



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

*ALGUNOS ASPECTOS SOBRE FRUSTRACION-
AGRESION EN EL NIÑO HEMOFILICO*

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

LILIA PEREZ AMADOR

DIRECTORA DE TESIS:
LIC MA. ASUNCION VALENZUELA C.

MEXICO, D. F.,

1987

M-0059853



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos a las autoridades correspondientes a la Facultad de Psicología donde se me brindó la preparación académica necesaria para mi ejercicio profesional de Licenciatura.

Dr. Juan José Sánchez Sosa
Director

Mtro. Jorge Peralta Alvarez
Secretario General

Lic. José Ignacio Martínez Guerrero
División de Estudios Profesionales

Mtro. Jorge Molina Avilés
División del Sistema de
Universidad Abierta

Lic. Alicia M. Velázquez Medina
Secretaria Escolar.

L. Ps. 4452

Dedico esta Tesis a la memoria
de mis amados padres, quienes
se que conmigo seguramente es-
tán en este logro.

A todos mis hermanos y en
particular a Martha y a -
Martín por todo su apoyo-
no sólo moral, en la con-
secución de esta meta.

A la Lic. Asunción Valenzuela Cota
Directora y Guía del presente tra-
bajo, doy mil gracias y mi más sin
cero reconocimiento por su dedica-
ción, impulso y experimentado con-
sejo.

A la Dra. Aida Brener Brener
Sinodal y amiga. Agradezco
todo el estímulo que me brind
dó así como las conexiones -
importantes en el área para
la elaboración de esta tarea.

A la Lic. María del Carmen Montenegro,
asesora en el Sistema de Universidad -
Abierta a quien debo la formación teó-
rica clínica de mi carrera.

Mi más sincero agradecimiento a-
la Dra. Rebeca Krutt por su gran
ayuda al proporcionarme el mate-
rial base para el manejo del instr
trumento utilizado en esta invest
tigación.

A las Sinodales:

Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo
Dra. Emma Espejel Aco
Lic. Ma. Asunción Valenzuela Cota
Lic. Gpe. Inda Saénz Romero
Dra. Aida Brener Brener

Por su tiempo y finas atenciones

Mil gracias.

RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivo valorar las reacciones a la frustración de un grupo de niños hemofílicos, afiliados a la Asociación Mexicana de Hemofilia, A. C. El motivo que llevó a ello se basó en la observación directa de un grupo de trabajo interdisciplinario en relación con este tipo de enfermedad; asimismo, el observar la interacción de estos chicos y acciones determinadas que llevaron a pensar en la presencia de agresión y diferentes formas de manifestarla.

La prueba utilizada en esta investigación fue "El cuadro de asociaciones para valorar las reacciones a la frustración de S. Rosenzweig" en su forma para niños. Los sujetos examinados fueron un total de 13 niños varones entre 6 y 12 años de edad, todos ellos en escolaridad primaria y con un C.I. medio y hasta ligeramente superior a la media. La media de nivel socioeconómico fue de media y media-baja.

Los objetivos específicos fueron los de determinar qué tipo y dirección de agresión se estaba presentando en la mayoría de estos chicos, y que diferencias habría en cuanto a edad e índice de gravedad. Los resultados indican que de acuerdo a las hipótesis planteadas, la mayoría de estos niños muestran una agresión de dirección extrapunitiva, misma que cambiará en relación con la edad tanto como en relación al índice de gravedad; una segunda hipótesis alterna que infería que los sujetos estudiados exhibirían una agresión del tipo de Necesidad Persistente (N-P) no pudo ser comprobada en su totalidad ya que se encontró que en su mayoría tendían hacia las categorías de Defensa del Ego (E-D) tanto como de Predominio del Obstáculo (O-D), no obstante, de igual manera pudo corroborarse que estas tendencias variaban en relación a la edad y al índice de gravedad.

Una revisión general del problema estudiado muestra que efectivamente estos chicos se enfrentan a una gran carga de tensión y ansiedad que constituyen una fuente de frustración importante en su vida diaria, la cual va a generar en un momento dado agresión, misma que tenderá a manifestarse en diversas formas y tomará diferentes caminos, dependiendo de condiciones inherentes al sujeto afectado tanto como de circunstancias y concomitantes al proceso mismo de su enfermedad, tipo de vida, grupo familiar y social.

En la parte final de este estudio se plantean los alcances y limitaciones encontradas durante su curso, así como un esbozo de posibles alternativas para un mejor desempeño dentro del ejercicio profesional del psicólogo en lo relativo al tema del paciente hemofílico y su entorno biopsicosocial.

I N D I C E

	pág
INTRODUCCION	2
CAPITULO I	
EL NIÑO HEMOFILICO	11
CAPITULO II	
MARCO TEORICO	19
CAPITULO III	
ANTECEDENTES DE INVESTIGACION	25
CAPITULO IV	
METODO	33
Planteamiento del Problema	33
Pregunta de Investigación	34
Hipótesis de Trabajo	36
Tipo de Estudio	38
Variables	38
Indicadores	39
Sujetos	40
Escenario	41
Instrumentos	41
Procedimiento	42
CAPITULO V	
TRATAMIENTO DE LOS DATOS	46
CAPITULO VI	
ANALISIS DE RESULTADOS	50
CAPITULO VII	
INTERPRETACION DE RESULTADOS Y DISCUSION	54

	pág.
CAPITULO VIII	
CONCLUSIONES, ALCANCES Y LIMITACIONES	64
ANEXOS TABLAS Y GRAFICAS	70
BIBLIOGRAFIA	74

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

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

Se considera que el presente trabajo es un intento más de incursionar en un campo tan poco conocido desde el enfoque psicológico, como es el caso del menor hemofílico y la forma de manifestar su agresión como reacción ante su enfermedad.

La hemofilia es un padecimiento que se transmite con carácter recesivo ligado al sexo y cuyo trastorno básico es la deficiencia de un factor determinante para la coagulación de la sangre; esto se manifiesta en frecuentes hemorragias leves o profusas, ya sea en forma espontánea o por algún traumatismo, que lleva al paciente a necesitar de molestas transfusiones, ser trasladados de urgencia al hospital o incluso requerir de días de internamiento, interrumpiendo así y en ocasiones de manera prolongada sus actividades cotidianas y escolares.

Un estudio llevado a cabo por Arias y Arias (1980)¹ revela:

"Estos pacientes son dados a exacerbar sus necesidades emocionales desde el momento mismo en que reciben el impacto de su enfermedad" ... "son seres resentidos y frustrados que perciben un futuro corto y difícil, dadas las complicaciones de la hemofilia".

1. Arias y Arias y Cols. Diagnóstico de Hemofilia. Rev. Mex. Clínica., 1980. pp. 1

Se sabe de estos pacientes que su enfermedad les exige un cuidadoso control sobre todo en lo que respecta a las actividades motoras, lo que a su vez les crea muchas restricciones que a menudo se enfatizan según la edad y medio de vida en que se desenvuelve el paciente.

Aggle y Mattson (1976), dicen que el dolor, la inmovilización y la separación de la familia, son eventos frecuentes en la vida temprana de muchos de estos pacientes y que el temor al dolor y al sangrado interfieren con la seguridad y conducta exploratoria, así como con el impulso vital hacia la independencia que comienza comúnmente en el segundo año de vida, pues el niño tiende hacia la pasividad y dependencia al no poderse desprender de las gratificaciones inherentes a la sobreprotección de otros. Estos mismos autores afirman que la enfermedad relacionada con la ausencia de actividad normal produce aislamiento lo cual puede interferir con el desarrollo, y que este mismo aislamiento está intensificado en muchos casos, por la tendencia de la familia y de otros, a tratar al niño hemofílico en forma diferente. Por otra parte también agregan que en el niño hemofílico, su sentido de ser defectuoso y vulnerable está aumentado por la sobreprotección de padres asustados, culpables y temerosos por falta de instrucción, y que comúnmente el enojo oculto de los padres debido a las muchas alteraciones que la enfermedad ha causado en sus planes de vida, amenaza -- muy sutilmente el desarrollo de la autoestima en el niño,

A. Metsson (1984) dice del joven hemofílico, que en adición a sus deficiencias en la coagulación sanguínea, puede mostrar también rasgos innatos de vulnerabilidad temperamental -- que pueden influir en el desarrollo de su personalidad, enumerando estos rasgos como alto nivel de actividad, disposición - ciclotímica o un bajo umbral de tolerancia a cambios medioamb-- bientales. Por otra parte este mismo autor señala que el trau ma psicosocial temprano como por ejemplo, pérdida de cuidado-- res significativos o el abuso severo, deteriora la capacidad - del niño para enfrentarse con una seria enfermedad como lo es- la hemofilia, en donde sus capacidades cognitivas son vitales- para comprender la naturaleza de su enfermedad, la razón de su manejo y sus implicaciones a largo plazo.

A lo largo de esta tarea de investigación se pudo perci-- bir lo cierto de algunas de las aseveraciones que se hacen de- estos pacientes, a través de asistir con regularidad a las reu niones de grupo que con frecuencia tienen lugar en la sede de- la Asociación que los coordina en México. Aquí fluían los co- mentarios que hicieron "palpar" el miedo inminente que la mayo- ría de estos chicos tienen al utilizar los medios comunes de - transporte como el metro, trolebús, camiones, etc., ya que te- men ser empujados por descuido de ellos mismos o de otra gente y por ende ser lastimados en los lugares sensibles a hemorra- gias. Otros comentarios hacían saber acerca de la marginación que muchos de ellos sentían en sus grupos escolares, dado que-

por prescripción médica eran excluidos de los juegos en grupo, deberes de gimnasio, marchas, desfiles, excursiones, etc., lo que al cabo de un tiempo los hacía sentirse diferentes al resto de sus compañeros y algunos terminaban por aislarse. Otro dato más que se pudo observar fue la rebeldía de algunos de ellos a seguir las normas impuestas en cuanto al cuidado y control de actividades motoras, en tanto otros parecían ser más bien pasivos y poco motivados a juegos y movimientos en general. Esto dió pie a la pregunta sobre las posibles causas que motivaban a unos niños a rebelarse y a otros a conformarse ante una misma restricción. En el caso de los niños sumisos la pregunta era, ¿qué retenían?, ¿cómo es que se habituaban a una vida sedentaria, en ocasiones desde muy temprana edad? - Si se conoce que la hemofilia es un padecimiento difícil de identificar por el niño pues no lo ve ni se siente enfermo, ¿qué le ocurría?, ¿de qué manera podría estar manifestando la incomodidad y el enojo ante las limitaciones que su enfermedad le imponía?. En el caso de los niños rebeldes la pregunta era sobre las posibles causas que generaban su enojo, así como las características de éste, su dirección y su demanda.

Se consideró que para contestar a ello era necesario centrarse en un área bien delimitada de la gran gama de aspectos de estudio que son posibles en esta enfermedad en lo relativo a la esfera emocional; de ahí que se haya decidido tomar en esta investigación, sólo aquellos aspectos que hablasen acerca -

de sus pautas de respuesta ante situaciones frustrantes como - en el caso de su enfermedad, la cual se consideró como un obstáculo indirecto en el camino hacia la satisfacción de necesidades; hecho que se infirió podría estar bloqueando el equilibrio emocional y el desarrollo hacia una vida normal.

Para abordar este tema se realizó el estudio de 13 niños-hemofílicos entre los 6 y los 12 años de edad, miembros afiliados a la Asociación Mexicana de Hemofilia, A.C., a quienes se les aplicó el "Test para valorar las reacciones a la Frustración de S. Rosenzweig",- forma para niños. Se decidió tomar como ámbito de estudio la edad escolar dado que se le consideró como un período de suma importancia, en lo relativo a la confirmación y reafirmación del carácter en base a la socialización, la relativa y creciente autonomía e independencia y el cotidiano hacer del niño en estas edades, donde se ha observado que el juego activo es una forma habitual de desplazar la agresión inherente a todo ser humano.

Tomando como marco de referencia la teoría Psicoanalítica de la agresión en donde Freud, en su obra "Más allá del principio del placer" afirma que la pulsión de muerte es fundamental en todo ser viviente, se plantearon algunas preguntas de investigación en base también a Rosenzweig,⁽²⁾ quien dice que:

2. Rosenzweig Saoul. Psychodiagnosis. Greune and Straton. New York, - - 1934. pp. 3

"Un ser humano se frustra cuando encuentra uno o más obstáculos en la vía hacia la satisfacción de necesidades vitales."

mismas que sirvieran para sondear y comprender la manera en -- que estos niños manejan, desplazan o utilizan la agresión ante la frustración que para ellos representan las implicaciones de su enfermedad. Por otra parte también se intentó conocer como era esta agresión es decir, qué tipo sustentaba.

El interés por desarrollar este tema surgió de la apreciación directa en un centro hospitalario, ~~de que existe un campo de investigación incipiente en nuestro país que no obstante --~~ transluce creciente actividad y cuyo objetivo primordial es -- construir un panorama más amplio de desarrollo personal y social para este tipo de paciente, brindándole así la oportuni--
dad de una vida normal a través de ayuda emocional y adapta--
ción social activa. Fue aquí donde se decidió adherirse a esta loable labor, intentando realizar y sistematizar el estudio de un concepto más de la gran gama de conocimientos que aún -- quedan por descubrir en el ejercicio de la investigación científica y propiamente en lo relativo a esta enfermedad y de -- quien la padece.

Los datos no pueden ser generalizados más que a la mues-- tra que se remitió a 13 niños hemofílicos de sustrato socioeco--
nómico medio y medio bajo, miembros afiliados a la Asociación--

Mexicana de Hemofilia, A. C. con quienes se estableció contacto a través del Hospital Infantil de México "Dr. Federico Gómez", en el Servicio de Psiquiatría y Adolescentes. De igual manera, a través del Hospital General de México, S. S., en el Servicio de Hematología de la Unidad de Pediatría, instituciones a quienes se agradece su valiosa colaboración sin la cual hubiera sido imposible reunir a los sujetos de la presente investigación.

Cabe decir aquí que pese a no ser por su número una muestra altamente representativa de la población infantil hemofílica en nuestro País, si puede considerársele relevante dado precisamente que el monto en sí de pacientes se vió condicionado por las características mismas de los sujetos en estudio que como anteriormente se citó, son difíciles de entrevistar pues son continuas sus idas y venidas al hospital, pero la mayor parte de las veces para ser transfundidos, curados, controlados o bien internados por uno o más días, etc., y sólo se reúnen una vez al mes para su terapia de grupo y aún aquí son frecuentes las faltas por accidentes, actividades escolares importantes, problemas en la seguridad del traslado, etc., de modo que hubo que adaptarse a estas circunstancias y tomar sólo aquellos sujetos que entraran en la muestra y pudieran reunirse en un tiempo prudente.

Se cree que una de las aportaciones de mayor importancia que puede brindar este estudio, es el hecho de conocer al me--

nor hemofílico y la manera en que éste manifiesta su agresión, como una respuesta ante la situación frustrante de su enfermedad, ya que como se citó anteriormente, no se ha encontrado -- hasta el momento otra investigación que explore este aspecto - en particular el cual se considera de suma importancia en la - apreciación del niño hemofílico de edad escolar, ya que en base a este conocimiento se podrían generar programas de psicoterapia grupal homogéneos, tomando en cuenta intereses, rasgos - de carácter y concomitantes sociales y escolares y en base no sólo al padecimiento hemofílico, sino también tomando en cuenta la edad.

Otra aportación importante se piensa sea la aproximación-relativa a través de este estudio, de la "psique" del niño hemofílico mexicano lo cual podría servir para enriquecer el proceso de una psicoterapia de grupo, tanto como subrayar la importancia de la creación de programas de psicoterapia familiar en nuestro país, para este tipo de paciente.

Finalmente se espera que las diversas investigaciones sobre el tema que para este trabajo se han recopilado, sean aportaciones valiosas para todo estudioso del paciente hemofílico-a través del abordaje biopsicosocial de su enfermedad.

C A P I T U L O I

EL NIÑO HEMOFILICO

La hemofilia es un padecimiento hemorrágico caracterizado por la tendencia a presentar extravasaciones sanguíneas desproporcionadas a la causa aparente que las origina. Tiene como base etiológica una alteración hereditaria resultante de la mutación ocasional de un gen del cromosoma X; esto da lugar a la falta de un elemento importante de coagulación en la sangre lo que motiva que las hemorragias que sobrevienen al paciente, ya sea en forma espontánea o provocada, se prolonguen y en ocasiones sean incontenibles.

En México hay probablemente uno de cada diez mil niños -- con esta enfermedad hereditaria que afecta a todas las clases sociales y que se manifiesta en diversos grados de gravedad; algunos de ellos tan leves que sólo se les descubre después de una intervención quirúrgica; otros por el contrario, se hacen presentes casi desde el nacimiento, manifestándose a través de un leve traumatismo o por un sorpresivo sangrado nasal incontenible, etc.

En la práctica diaria se encuentran dos tipos de hemofilia, una por deficiencia del factor VIII, clasificada como "A" o también llamada "Hemofilia Clásica", siendo ésta la más frecuente; también tenemos la "B" que es por deficiencia del fac-

tor IX, a la que también se le denomina "Enfermedad de Christmas". Ambos tipos de hemofilia presentan los mismos síntomas y se heredan con carácter recesivo ligado al sexo, siendo la mujer quien la transmite y el hombre quien la padece. La hemofilia clásica se presenta en muy raras ocasiones entre las hembras, ya que para que esto ocurra se requiere de la unión de un hemofílico con una hembra portadora. Existe también un tercer tipo, de muy rara aparición, que es la hemofilia por deficiencia del factor XI (antecedente tromboplastínico del plasma), ésta es la más leve y a diferencia de las dos anteriores no se hereda con rasgo recesivo sino autosómico dominante, por lo que pueden llegar a observarse casos típicos en ambos sexos.

El cuadro clínico del padecimiento se manifiesta por esqui-mosis (moretones), hematomas (tumores), hemartrosis (hemorragias en las coyunturas) y sangrados por traumatismos bucales especialmente en regiones alveolares, zona del frenillo, borde de la lengua y labios. Es posible observar también frecuentemente que se presente sangrado durante la erupción dentaria.

La hemartrosis es la manifestación común en el niño hemofílico y afecta principalmente las articulaciones de rodillas, tobillos y codos. Cuando la hemorragia intraarticular se repite en el mismo sitio y no se trata adecuadamente, provoca alteraciones irreversibles llamadas Artopatías, que consiste en el

atrofiamiento de la articulación dando en ocasiones lugar a la inmovilización permanente de un miembro o extremidad en el paciente. Uno de los eventos hemorrágicos más severos en este padecimiento, lo constituye la hemorragia intracraneana la cual es la primera causa de muerte en el hemofílico, afortunadamente ya no con tanta frecuencia a medida que avanzan los descubrimientos médicos de cómo controlarla.

Lamentablemente no hay hasta el momento un tratamiento pertinente para curar la hemofilia; la aplicación regular de plasma, sangre o concentrados del factor antihemofílico, sólo tienen un efecto de control una vez que se hayan presentado las hemorragias, pero nunca pueden ser usados para prevenirlas.

Las consecuencias sociales de la hemofilia comienzan a manifestarse desde muy temprana edad, por lo general, y continúan a lo largo de la vida del paciente. Es común que los cuidados a estos niños se extremen cuando están aprendiendo a caminar, ya que como sabemos en esta etapa van a estar expuestos a golpes y caídas que si en un niño normal no pasa a mayores, en ellos si tienen graves consecuencias; de ahí que una de las recomendaciones más frecuentes a los padres es que procuren acondicionar un lugar sin muebles para enseñar al niño a caminar, evitando en lo posible los jalones bruscos o apretones cuando se juegue con él. Se recomienda también enfatizar los cuidados en la mesa en donde el niño no deberá manipular obje-

tos puntiagudos o cortantes a ninguna edad, ni tomar alimentos que puedan producir escoriaciones en la boca o la lengua, como es el caso del picante algunos dulces, paletas, caramelos, pan duro, etc. Cuando el niño va a la escuela debe informársele al maestro sobre su padecimiento y pedirle que no exponga al niño a juegos bruscos, por lo que deberá dispensarlo de las actividades de educación física, deportes o gimnasio, a menos que se prevean condiciones especiales para él. Existen casos graves en los que también se estipula que el niño no deberá permanecer demasiado tiempo de pie o expuesto al sol; hay ocasiones en que incluso se adopta la costumbre de retardar unos minutos la salida de clase, con el fin de evitar atropellamientos.

Parece ser pues que la actividad física del hemofílico está bastante restringida sin embargo, recientes investigaciones hablan de avances en esta área ya que se están reportando la creación de programas de ejercitación como la natación y levantamiento de pesas ligeras, encaminadas a desarrollar masa muscular como medida de protección natural contra los golpes. Aun cuando estos ejercicios pueden ser utilizados por niños de temprana edad, por lo común al preescolar y escolar hemofílico se le recomienda el uso de rodilleras y coderas y en algunos casos extremos, hasta el uso de un casco protector.

En lo que respecta a la profesión, a menudo los hemofílicos son orientados hacia profesiones y oficios sedentarios, co

mo contador, relojero, mecánico de radio, laboratorista, médico clínico, profesor, traductor, etc.

En lo que se refiere a la elección de pareja y matrimonio, al hemofílico se le orienta sobre la paternidad responsable y la influencia de la herencia, a través de planteársele que de tener hijos, si son hembras serán portadoras, por lo que hay una gran posibilidad de que sus nietos varones sean hemofílicos, así como algunas nietas mujeres sean portadoras.

Caplan, (1981)³ dice que:

"Un stress psicológico es cualquier situación o evento percibido por el individuo como amenazante y capaz de producir malestar mental".

De acuerdo con este autor las amenazas causadas por episodios de enfermedad en el hemofílico, aún cuando difieren según la edad, básicamente son por el miedo a la muerte, al dolor y al daño corporal, a la separación y abandono de la familia, a la inmovilidad permanente, a la pérdida de independencia y al castigo.

Otros autores que también han hablado acerca del stress en la hemofilia son Buxton y Martin, (1982) quienes han encontrado una relación estrecha entre stress y sangrado espontáneo, a nivel del S.N.C. lo cual es muy frecuente que produzca debilidad mental. Por su parte Markova (1976) opina que una fuente importante de stress para el individuo son algunos tipos de

3. Caplan G. 1981. Mastery of stress: Psychosocial aspects. A M J. Psychiatry, 138, 413-420. pp. 2

interacción familiar, siendo en la del hemofílico una influencia relevante la sobreprotección paterna y particularmente materna como suele observarse. Esta autora ha sugerido también un enlace entre la culpa que por lo común la madre experimenta acerca de la transmisión genética y la sobreprotección resultante, argumentando que esto puede ser la causa de la conducta dependiente-pasiva de unos niños y la impulsiva y riesgosa de otros. Esta misma autora plantea también que durante la adolescencia, cuando normalmente se presenta el conflicto entre dependencia - independencia, el hemofílico básicamente dependiente se enfrenta a los problemas de relación social y de pareja, sintiéndose por lo común avergonzado, deprimido y defectuoso, siendo entonces esta autoestima disminuida la primera causa de que el riesgo del abuso de drogas u otros problemas de conducta sean comunes en este grupo de edad.

Diversas publicaciones coinciden en que un nuevo síndrome descubierto constituye una fuente más de stress para el hemofílico. El atemorizante espectro del síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA, está haciendo efecto en este tipo de pacientes como una fantasía del asesino misterioso. El factor de remplazo, plasma, previamente visto como defensor de la vida es ahora percibido por algunos como una forma de "ruleta rusa", ya que tantos niños como adultos temen ser contagiados a través de las transfusiones sanguíneas que con frecuencia requieren y ya ni los extremos en el cuidado de la técnica esté-

ril parecen estar conteniendo del todo con la angustia y fantasía, en ocasiones bien fundamentada, de estar expuestos a -- contraer el temible SIDA a través de un concentrado o transfusión sanguínea.

Muchos autores convienen en que a pesar de los muchos - - stress impuestos por la enfermedad, muchos hemofílicos logran desarrollarse psicológicamente normales; en esto un factor clave es un apoyo familiar estable, de ahí que los esfuerzos por apoyar un sistema de ayuda para estos pacientes tengan en cuenta la adaptación psicosocial del hemofílico y su familia de manera tan primordial, como el cuidado Médico consistente el que a su vez, es auspiciado u orientado por el equipo de Salud Mental en lo relativo a los diversos factores de stress que pueden estar asociados con el retroceso de un paciente hemofílico.

En México algunos programas con el abordaje biopsicosocial y familiar se han venido desarrollando evidenciando buenos resultados; de ahí que se pueda decir que la vía de desarrollo que se le brinda a nuestro paciente hemofílico, si no puede ser igualada a la de otros países más desarrollados, si abre una brecha de superación y trabajo efectivo en lo relativo a los logros del equipo médico y de Salud Mental.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

Diversos autores han abordado el tema de la agresión desde diferentes puntos de vista. S. Freud en la primera parte de su obra introdujo el término de pulsión de muerte o de destrucción, para definir la agresividad en el humano; más tarde en su obra "Más allá del principio del placer" dice que la pulsión de muerte es fundamental en todo ser humano y es lo que va a inducir a retornar al estado inorgánico. Este autor también sostuvo que la agresión era la primera y la más importante reacción ante la frustración, cuando se obstaculiza la búsqueda de placer que es el propósito básico del ser humano, por lo que la frustración entonces podrá dar lugar a que se presenten respuestas de agresión que en un momento dado, va a ser dirigida hacia personas u objetos del exterior, las cuales son percibidas por el organismo como fuentes de frustración; podría también en vez de ello, revertirse contra el propio organismo o bien, desplazarse hacia otros objetos. Más tarde en su segunda teoría de las pulsiones, este mismo autor expone -- que existen dos fuerzas vitales en el individuo denominadas -- "Eros" y "Tanatos", de las cuales la primera tiende hacia la autoconservación y la segunda hacia la autodestrucción; afirmó también que ambas fuerzas luchan entre sí, logrando de esta manera el llamado equilibrio interno del ser humano y que en este sentido las diferencias individuales están basadas es decir, en la variación de las cantidades de energía existentes -

parte otros estudios de investigación han revelado un aumento en la agresión después de la frustración, en tanto que en otros se ha descubierto que, a veces hay una disminución y en otras ocasiones no se producen cambios en la agresión. De este modo se puede concluir que la frustración facilita la agresión, pero que el camino que tome la agresión originada es -- otro cuestionamiento que podría llevar a la pregunta-- ¿cómo es esta agresión?, ¿qué dirección toma? porque como se sabe -- existen factores que pueden modificarla una vez originada, tales como el reforzamiento y los factores situacionales por un lado, tanto como la estructura interna e historia personal del sujeto por el otro, de este modo se podría decir que la agresión es una pulsión, un potencial, una característica del ser humano posible de originarse ante los obstáculos frustrantes -- pero por sí misma maleable a diversos factores, tanto internos como externos en el ser humano, que en un momento dado van a ser los responsables de un incremento, un decremento, o bien -- ningún cambio en la presencia de agresión.

Uno de los primeros estudiosos e investigadores sobre la hipótesis de frustración-agresión, fue Rosenzweig quien en -- 1934 desarrolló una teoría acerca de la frustración encuadrada en los marcos de la teoría psicoanalítica experimental; él en su obra distinguió tres aspectos fundamentales: Frustración, -- presión o stress y tolerancia a la frustración. Frustración -- llamó a aquel sentimiento que embarga al individuo cuando éste

en cada tendencia que por otra parte son también las motivadoras de la conducta humana.

Wallon y Goudenough son dos autores que concuerdan en señalar a la agresividad como un potencial que si se suprimiera de raíz, traería como consecuencia la pasividad, la falta de iniciativa y en muchos casos el aislamiento patológico.

Por su parte algunos etólogos como Lorenz dicen que las respuestas de agresión son respuestas innatas a patrones particulares del estímulo.

Es probable que la explicación teórica más conocida de la conducta agresiva sea la hipótesis de Frustración-Agresión. Según esta opinión, la agresividad es una respuesta consecuente ante una situación frustrante. Hay evidencias de esta suposición dadas por diversas investigaciones. En un estudio se descubrió que los alumnos varones agresivos tenían padres que castigaban severamente las agresiones en el hogar (Eron, Banta, Walder y Laulicht, 1961). En otro estudio (McCord, McCord y Howard, 1962) observaron que la existencia de un medio familiar punitivo, las amenazas y el rechazo parental hacia los hijos, eran factores altamente correlacionables con la agresión de un grupo de niños varones. En base a estos investigadores y sus hallazgos, se podría decir que muchos de ellos señalan que en cierto modo el castigo a la agresión que frustra al niño, se relaciona con una mayor agresividad infantil. Por otra

encuentra uno o más obstáculos que no puede dominar, en su ruta hacia la satisfacción de necesidades vitales. Presión o -- stress la definió como la situación o estímulo que constituye el obstáculo y finalmente, la tolerancia a la frustración la denominó como la aptitud de un individuo para soportar su frustración sin pérdida de su adaptación psicobiológica es decir, sin recurrir a modos inadecuados de respuesta. Este autor señala que las reacciones a la frustración pueden ser clasificadas de acuerdo a la economía de las necesidades frustradas, de este modo él enumera primeramente dos tipos: necesidad persistente (N-P) en donde el individuo toma en cuenta solamente el destino de la necesidad frustrada, y defensa del ego (E-D) en donde el individuo toma en cuenta sólo su ego para defenderlo de la frustración. Más tarde introduce un tercer tipo llamado ~~dominio del obstáculo (O-D) en donde el individuo responde sólo en términos del problema mismo, siendo incapaz de defender al ego o de seguir su meta original por lo que únicamente admite su frustración.~~ Ahora bien, partiendo de la base de que todas o casi todas las reacciones a la frustración generan respuestas de carácter agresivo, Rosenzweig clasifica estas reacciones de acuerdo al manejo que el individuo hace de la agresión así originada, encontrando que en muchas respuestas la -- agresión se desplaza hacia el medio ambiente (respuestas extra punitivas), vuelve esta agresión hacia el sujeto mismo (respuestas autopunitivas) o puede sublimarse, es decir, que pue-

de mostrar el sujeto indicios de resolver el problema en forma más o menos conciliable con el medio (respuestas impunitivas).

C A P I T U L O I I I

ANTECEDENTES DE INVESTIGACION

En base al hecho de considerar la enfermedad de la hemofilia -- como una fuente de diversas frustraciones para el paciente, -- tanto de carácter personal como familiar y social, se hace -- aquí una breve recopilación de varias investigaciones que versan sobre las diferentes maneras en que el hemofílico responde ante las implicaciones de su enfermedad. Cabe señalar aquí -- que en la literatura revisada hasta el momento, no se encuentran datos de ningún estudio o investigación nacional o extranjera que trate expresamente el tema de la frustración-agresión o agresión en el niño hemofílico.

Uno de los primeros trabajos llevado a cabo en nuestro -- país es el de Carmen Suárez quien en 1980 realizó una tesis sobre "hallazgos psicológicos en el paciente hemofílico", ella se basó en el estudio de un grupo de 15 varones hemofílicos entre los 18 y 30 años de edad, a través de una batería de pruebas de personalidad, encontrando que "...el rasgo más característico en ellos es la agresividad y la forma en que tienden a manifestarla, creándoles frecuentes choques con la autoridad y la sociedad, ya que por lo general toman caminos poco positivos -- como son la inactividad laboral, la inadecuada relación matrimonial, bajo nivel de preparación académica y en ocasiones de mayor gravedad, la drogadicción". Por otro lado esta misma autora concluye que "...la edad en que se encuentra el hemofíli-

co tanto como su índice de gravedad, van a aumentar su conducta agresiva y en ocasiones antisocial".

Otro estudio más realizado en 1984 por S.B. Levine en los Estados Unidos, se basó en comparar las fases del desarrollo de un grupo de niños hemofílicos con las fases del desarrollo por las que atraviesa todo niño no hemofílico. Este autor plantea que el hemofílico corre el peligro de caer en desviaciones del desarrollo en el área psicosexual, y por otra parte, también tener problemas de tipo sexual, en las áreas de funcionamiento, orientación, logro, capacidad y satisfacción, todo ello debido a las concomitantes de la sobreprotección materna. Dice también que el hemofílico sufre limitaciones en el desarrollo de la curiosidad, el ingenio y la sociabilidad, debido a la excesiva preocupación que desarrolla ante la posibilidad de sangrado y daño. Finalmente este autor concluye que todas estas variables son altamente correlacionables con la dificultad del hemofílico para adaptarse a su medio cotidiano, escolar o laboral en la edad adulta, y que por otra parte correlacionan también con su inhibición social y problemática de relación de pareja.

Otro estudio más realizado en 1984 fue el de J. Pittadaki en Grecia. Aquí se trató de valorar los aspectos sociales y psicológicos de un grupo de adultos varones hemofílicos y de un igual número de portadores. El diseño que se utilizó fue -

evaluativo descriptivo y los datos se obtuvieron a través de dos cuestionarios que fueron al unísono aplicados tanto en un grupo como en otro. Los resultados hablan de que el hemofílico experimenta dolor, ansiedad, stress familiar, ansiedad parental, inhibición social e interferencia con los planes de la familia en forma más realista que los portadores; en estos últimos se observó exageración en términos de ansiedad y temor.

Como puede verse, hasta aquí se han encontrado similitud en los rasgos de conducta que el hemofílico presenta tanto en nuestro país como en el extranjero, esto es en el sentido de que en todos ellos se habla de manera directa o indirecta sobre el stress y ansiedad que el hemofílico sufre en relación a su enfermedad y las concomitantes sociales y familiares de la misma, por lo que puede tender hacia la agresividad, también tener problemas de interrelación con la autoridad y la pareja, y por otra parte limitaciones en la curiosidad y el ingenio, así como bajo nivel de preparación académica. Dicho de manera más amplia se podría decir que todos estos estudios concuerdan en que el hemofílico sufre un índice de desadaptación social debido a las concomitantes de su enfermedad.

A continuación se exponen una serie de investigaciones extranjeras que concuerdan en abordar el problema del niño hemofílico desde una perspectiva biopsicosocial es decir que se abocan en estudiar al niño, su enfermedad y las concomitantes-

sociales, psicológicas y familiares que van a influir en este vínculo, tornándolo más, menos o nada patológico.

Uno de los primeros trabajos realizados con este corte se llevó a cabo en los Estados Unidos por J. M. Voguel en 1972. Este autor trabajó tanto con hemofílicos menores como adultos y familiares de éstos; en su estudio planteó la dificultad que el paciente tiene para vivir psicológicamente normal, en tanto cargue a costas el rótulo de enfermo crónico y esencialmente hemofílico. Basándose en el examen de aspectos de interrelación social y familiar, este investigador concluyó que "...son más el temor y la ansiedad que hechos reales, los responsables de la restricción que sufre el hemofílico para desarrollar una vida normal".

~~En los Estados Unidos también en el año de 1974, Allan J. P. y Bernard J. hicieron un estudio en el que describieron las fases iniciales en el impacto de la enfermedad de un grupo de niños hemofílicos de 6 a 9 años de edad. Los datos se obtuvieron analizando el desarrollo afectivo y cognoscitivo, las relaciones parentales, la historia médica de accidentes y el grado de preocupación parental acerca del niño y su enfermedad. Los resultados concluyeron que la hemofilia es psicológicamente --innocua, si la vida en la familia es normal es decir, sana y funcional en tanto que, si existen alteraciones en la familia-- ello puede dar lugar a graves consecuencias psicológicas en el niño.~~

En 1976, Gutton P. H. en Francia, estudió 32 hemofílicos de 5 a 9 años de edad en términos de valorar su adaptación - - biopsicosocial. Este autor argumentó que sólo hemorragias repetidas en los primeros años (segundo y tercer semestres de vi da) engendran una perspectiva psicopatológica, la cual es causada esencialmente por patología parental.

A. Mattson en los Estados Unidos, en este mismo año escribió acerca de un programa para manejar biopsicosocialmente al hemofílico; él se basó en el modelo de la teoría general de -- sistemas concebido por Von Bertalanffy en 1968; Mattson planteó la necesidad de considerar a la familia como una influencia importante de apoyo o stress para el niño; apunto también la relevancia de las influencias extrafamiliares como son los eventos físicos traumáticos, la escuela, la relación con los - compañeros, la reacción de los parientes y amigos y el manejo médico continuo, todo lo cual impacta al paciente y a su familia. En base a esto dijo que el hemofílico en crisis se relacionara en forma diferente tanto con la familia como con los - compañeros, y que en base a ello la familia del paciente cambiará también en términos de los cambios que hay en toda familia cuando se enfrenta a la asistencia de un miembro enfermo. El modelo de sistemas abiertos ilustra de este modo que los -- cambios en cualquiera de los subsistemas, el niño hemofílico o los padres por ejemplo, repercutirán también dentro de todos - los demás sistemas. Por otra parte también llama la atención-

al "juego psicosocial" de las familias con un miembro hemofílico y la importancia de la ganancia de conocimientos de los varios componentes de los sistemas alrededor del niño crónicamente enfermo.

En 1984 en los Estados Unidos también, D. P. Aggle hizo una recopilación de diversas investigaciones tanto psicológicas como médicas acerca de la salud mental del niño hemofílico; este autor argumentó que la hemofilia es como cualquier otra enfermedad crónica que va a complicar la dificultad de educación y va a tender a aumentar la incidencia de problemas psicológicos en todos los grupos de edad; de modo que, la tecnología que sólo se aboque al cuidado médico del paciente es incompleta ya que lo que se requiere es un abordaje biopsicosocial que correlacione el cuidado médico con información vital acerca del paciente, de su experiencia y las circunstancias de su vida actual.

En este mismo año en México, Leonel Avila G. realizó un estudio en el que comparó la problemática psicosocial de un grupo de niños hemofílicos, a través de sus observaciones en una psicoterapia de grupo; él encontró rasgos similares en cuanto al manejo familiar y stress, en la mayoría de las familias lo cual afirmó, eran también semejantes al manejo familiar y stress del prototipo de familia con un miembro enfermo, en el extranjero. En sus conclusiones este autor señala la

M-0059853

preponderancia de los programas de psicoterapia grupal para el hemofílico y su familia, ya que lo consideró como un pilar básico en el proceso de rehabilitación y ayuda para este tipo de pacientes.

C A P I T U L O I V

M E T O D O

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La pregunta de investigación surgió a raíz de observar el comportamiento de estos niños donde un conjunto de actitudes de rebelión que implicaban molestia y agresión, parecían ser semejantes en unos y otros. Por un lado estaban aquellas que adoptaban algunos niños como el no querer portar las medidas de protección pertinentes como las rodilleras y coderas para asistir a la escuela; las actitudes temerarias en los juegos con otros compañeros que implicaba querer pelear a golpes pese a la prohibición preestablecida, la hiperactividad que generaba tensión en sus familiares y temor de un posible sangrado. Por otra parte también la pasividad extrema y el aislamiento que igualmente causaba tensión a sus familias y el choque con la autoridad por no poderlos hacer participar en quehaceres o actividades que no implicaban peligro. Ello dió lugar a la suposición de que posiblemente habría algunos aspectos básicos en los modos de reacción de estos niños ante la situación frustrante que implicaba su enfermedad, que de acuerdo a algunas variantes inherentes a su medio de vida, edad, índice de gravedad, etc. podrían estarlos llevando a presentar unas y otras actitudes de rebelión. De este modo la pregunta de investigación quedó planteada de la siguiente manera:

¿Qué aspectos podemos encontrar en el manejo de las Frustración-Agresión en el niño hemofílico, visto a través -- del test de Frustración de Rosenzweig-forma para niños"?

Una postura experiencial llevó a pensar que en base a considerar las características de personalidad de este tipo de pacientes, en donde la madurez emocional y la capacidad de espe-
ra se ve coartada por la sobreprotección parental y propiamente de la de la madre, se encontraría un manejo de la agresión-
con características proyectivas y por otra parte el uso de los mecanismos de negación y sobrecompensación como defensas con--
tra la angustia que pudiera estar causando la situación frus--
trante; esto se infirió que se traduciría, en términos del instrumento utilizado, a través de una reacción con dirección ex--
trapunitiva de la agresión y del tipo de necesidad persistente (N-P), en donde la solución para la situación frustrada es en--
fáticamente esperada que sea resuelta por alguien más. Por --
otra parte se pensó que de no encontrar una tendencia definida en cuanto a dirección y tipo de agresión, sería interesante --
analizar qué patrones de conducta estarían dándose realmente y la relación que éstas guardasen con las características de - -
edad, grado de información acerca de la enfermedad e índice de gravedad del sujeto en estudio.

Con respecto a la edad Rosenzweig dice que es viable que los niños, conforme avanzan en edad, vayan cambiando tanto en sus respuestas de dirección como de tipo de agresión esto es,-

en base a la maduración del pensamiento y el grado de socialización, todo lo cual va a permitir que el niño vaya introyectando normas sociales y morales a medida que crece.

En lo relativo al grado de información acerca del padecimiento, algunos estudiosos informan que mucho de la ansiedad y exacerbación de los síntomas que estos pacientes muestran, - - tienden a decrementar a medida que son poseedores de una mayor información y conocimiento real acerca de su padecimiento.

Finalmente y de acuerdo con diversos autores, se puede -- aseverar que es comprensible que a mayor índice de gravedad en todo enfermo, mayores son sus sentimientos de incapacidad y -- desventaja con lo que en ocasiones propicia el ser sobreprotegido por los otros. Cabe aquí señalar que hay ocasiones en -- que estos mismos sentimientos de futilidad e invalidez pueden surgir en base no a una gravedad real sino fantaseada, aun - - cuando propicie las mismas consecuencias de sobreprotección co mo por ejemplo en relación a los niños hemofílicos, hay estu-- dios que citan que en este tipo de padecimiento es común encon trar casos en los que la reacción de incapacidad y temor, co-- rresponden más a la experiencia temprana en casa, la forma en que se les ha hecho vivir la enfermedad, que a la naturaleza o severidad real del padecimiento.

PLANTEAMIENTO DE HIPOTESIS:

En base a las anteriores conjeturas y con el objeto de di lucidar su correlación con la pregunta básica de investigación se plantean las siguientes hipótesis:

I. HIPOTESIS ALTERNA

La dirección de la agresión de los niños hemofílicos será en su mayoría extrapunitiva (E), vista a través del Test de Frustración de Rosenzweig.

HIPOTESIS NULA

La dirección de la agresión de los niños hemofílicos no se rá en su mayoría extrapunitiva (E), vista a través del - - Test de Frustración de Rosenzweig.

II. HIPOTESIS ALTERNA

El tipo de agresión de los niños hemofílicos se dará pri-- mordialmente dentro de la categoría de Necesidad Persistente (N-P), vista a través del Test de Frustración de Rosenzweig.

HIPOTESIS NULA

El tipo de agresión de los niños hemofílicos no se dará -- primordialmente dentro de la categoría de necesidad persistente (N-P), vista a través del Test de Frustración de Ro-senzweig.

III HIPOTESIS ALTERNÀ

Habrà diferencias en cuanto a la direcci3n y tipo de agresión en relación a la edad de los niños hemofílicos, visto a través del Test de Frustración de Rosenzweig.

HIPOTESIS NULA

No habrá diferencias en cuanto a la direcci3n y tipo de -- agresión en relación a la edad de los niños hemofílicos, - visto a través del Test de Frustración de Rosenzweig.

IV. HIPOTESIS ALTERNA

Influirá el índice de gravedad en la direcci3n y tipo de - agresión de los niños hemofílicos, visto a través del Test de Frustración de Rosenzweig.

HIPOTESIS NULA

No influirá el índice de gravedad en la direcci3n y tipo - de agresión de los niños hemofílicos visto a través del -- Test de Frustración de Rosenzweig.

V. HIPOTESIS ALTERNA

Habrà significaci3n en el grado de informaci3n acerca de - la enfermedad en relación al tipo y direcci3n de la agre-- si3n de los niños visto a través del test de frustraci3n - de Rosenzweig.

HIPOTESIS NULA

No habrá significación en el grado de información acerca de la enfermedad, en relación al tipo y dirección de la agresión de los niños hemofílicos, visto a través del Test de Frustración de Rosenzweig.

TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio Evaluativo Descriptivo, de campo, ex post facto. Se plantea que es ex post facto dado que el evento ya ocurrió y la tarea se delimita a observar las relaciones entre sus partes es decir, el fenómeno de la enfermedad y las respuestas de los sujetos en estudio.

VARIABLES. Dado que se trata de un estudio Evaluativo-Descriptivo, no hubo la utilización del método experimental como tal, es decir, en cuanto al empleo de variables independientes a manipular y dependientes a medir pues como ya se mencionó con anterioridad, la investigación se basó en observar un evento ya dado y las características de su ocurrencia por tanto, los únicos parámetros que se tomaron en cuenta además de la edad, índice de gravedad de los sujetos y grado de información acerca de la enfermedad fueron los de dirección y tipo de agresión que se exponen a continuación.

INDICADORES

Dirección de la Agresión. Extrapunitiva (E) cuando el examinado vuelca la agresión hacia afuera.

Intrapunitiva. (I) cuando el examinado vuelca la agresión hacia adentro, (hacia sí mismo).

Impunitiva. (M) cuando se evita o elude toda manifestación de la agresión.

Tipo de Agresión. Predominio del Obstáculo (O-D) cuando ~~la respuesta indica sólo una perseverancia o insistencia en la presencia del obstáculo.~~

Defensa del Ego. (E-D) cuando la respuesta se refiere a la culpabilidad, el sujeto ignora todo lo demás para defenderse de la amenaza que envuelve al ego de la frustración.

Persistencia de la Necesidad. (N-P) cuando la respuesta implica en cierto modo la satisfacción de la necesidad frustrada.

Edad. Se tomaron sujetos entre 6 y 12 años de edad.

Índice de Gravedad. Se obtuvo la información directamente del expediente clínico. Se tomó como válida aquella expuesta en el control como la prevaleciente en el momento de aplicar el instrumento de medición.

Grado de información acerca de la Enfermedad. Se obtuvo - mediante una entrevista con cada uno de los sujetos en forma - individual y dirigida mediante las siguientes preguntas de son - deo:

1. Cómo se llama tu enfermedad?
2. Qué tipo de hemofilia tienes?
3. De dónde sangras más frecuentemente?
4. Sabes a qué se debe tu sangrado?
5. Sabes qué podrías hacer para prevenirlo?
6. Sabes por qué no puedes jugar a la mayoría de los juegos y ejercicios que a otros niños si se les permiten?
7. Piensas que te vas a curar?
8. A qué piensas dedicarte cuando crezcas?
9. Vas a tener hijos cuando te cases?

10. Es contagiosa tu enfermedad?

Las respuestas a estas preguntas se calificaron con un - puntaje de 0, 1 y 2 puntos siendo la máxima calificación de 20. De cero a 7 puntos se valoró como bajo nivel de información; - de 8 a 14, nivel medio; de 15 a 20, nivel alto.

SUJETOS.

La muestra estuvo compuesta por 13 niños varones de 6 a - 12 años de edad con diagnóstico de hemofilia (cualquiera de -- sus clasificaciones). El nivel intelectual se estipuló con -- una media de promedio normal y el nivel socioeconómico fluctuó

entre medio y medio-bajo. Todos los sujetos cursaban la escolaridad primaria básica.

ESCENARIO. Se utilizaron diversos consultorios del Servicio de Psiquiatría y Adolescentes en el Hospital Infantil de México, dependiendo de la disponibilidad del inmueble y la hora en que se citaba al sujeto. En el Hospital General de México se utilizó el consultorio No. 5 de la consulta externa en la Unidad de Pediatría asignado a la consulta de Psicología en esta Unidad.

INSTRUMENTOS.

Test de Frustración de Rosenzweig. Forma para niños.

El estudio del cuadro de asociaciones para valorar las reacciones a la frustración de S. Rosenzweig, es una técnica proyectiva controlada que tiene por objeto descubrir patrones de reacción ante situaciones típicas de tensión. Puede ser considerada proyectiva en el sentido usual puesto que en ésta el sujeto expresa algo de su propia personalidad y patrones de reacción, esto es, en base a la manera como el sujeto interpreta y maneja material de un estímulo ambiguo. Dado que es una técnica controlada se limita a descubrir un solo aspecto en particular: Reacciones a la Frustración.

Test para determinar C.I. Se utilizó el de Terman-M que-

mide factor general de inteligencia en base a los criterios de capacidad de abstracción y nivel de pensamiento.

Entrevistas. Una preliminar para determinar si se incluía o no el sujeto a la muestra. Era aceptado si cumplía con los requisitos preestablecidos en términos de edad, escolaridad, nivel socioeconómico, etc.

Las relativas al sondeo para determinar grado de información acerca de la enfermedad.

PROCEDIMIENTO

Debido a las circunstancias descritas con anterioridad - - que trata de la dificultad para entrevistar a este tipo de pacientes, se procedió a reclutar a los sujetos de este estudio conforme se iban presentando a las juntas mensuales que tienen lugar en la sede de la Asociación que los coordina. Tras una entrevista preliminar se citaba a los sujetos escogidos para ese mismo día en el que se les aplicaba la correspondiente - - prueba de C. I. Hubo tres casos en los que los sujetos ya tenían valoración intelectual dado que se les había aplicado una batería psicológica completa en otro tiempo y para otros fines no obstante, esto no se consideró de importancia, dado que en este estudio, el nivel intelectual promedio que se buscaba, só lo se estaba tomando como un criterio de inclusión a la muestra.

Una vez que se corroboraba que los sujetos cumplían con los criterios de inclusión a la muestra en su totalidad, se procedía a citarlos para la aplicación individual del Test de Rosenzweig. En cada caso la examinadora presentaba al niño el folleto de prueba invitándolo a dar sus respuestas oralmente, mismas que se anotaban en hojas aparte, registrándose también datos pertinentes al tono de voz, timbre, gesticulación, etc., enseguida se determinaba si de acuerdo al tiempo y disponibilidad del sujeto, era posible entrevistarlo en relación a su conocimiento acerca de su padecimiento; generalmente estas entrevistas se tenían que posponer dado que en su mayoría, los sujetos, después de las juntas de grupo, concurrían a sus citas de control y chequeo en Hematología.

La calificación de cada protocolo de respuestas se llevó a cabo según instrucciones del manual de prueba; dicha calificación fue realizada además de la examinadora, por dos jueces ciegos es decir, personas que no aplicaron la prueba pero que de igual manera conocían y manejaban ésta. Los resultados de estas calificaciones, en suma tres listados, arrojó una confiabilidad del 89% mediante la fórmula.

$$\frac{\text{Acuerdos}}{\text{Acuerdos} + \text{Desacuerdos}} \times 100$$

Finalmente una vez que se habían recabado los datos pertinentes se procedía a tener una breve plática individual con --

los sujetos en compañía de su madre o familiar, en la que se -
agradecía su colaboración y disponibilidad y de igual manera -
se le aseguraba que una vez terminada la investigación se lle-
varía a cabo una reunión con todos ellos en donde se les plan-
tearía de manera breve y general los resultados.

C A P I T U L O V

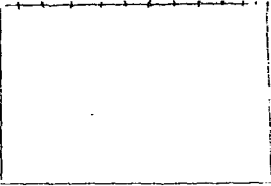



TRATAMIENTO DE LOS DATOS

Los datos se trataron mediante el análisis factorial de correspondencias, el cual es una técnica descriptiva multidimensional basada en la teoría de Benzecri en 1963 y Benzecri et al, en 1973.

El análisis puede dividirse en tres pasos:

a) Definición de una nube de puntos, b) construcción de una métrica en el espacio reducido y c) Ajuste de un subespacio de dimensión menor que represente geoméricamente a cada individuo y variable.

En el presente estudio el procedimiento fue como sigue:

	Factores de Rosenzweig	Tipo y Dirección
Indiv. (1)		
" (2)		
·		
·		
Indiv. (13)		
Edad		
Ind. Grav.		

Gráfica

b) Distancia entre individuos y factores de la prueba de Rosenzweig

Se definió una estructura métrica para cada nube de puntos, es decir, cómo se definen las distancias entre los individuos y los factores de la prueba.

c) Ajuste de Planos

Se determinó el ajuste de cada nube de puntos en un subespacio de dimensión menor en el cual los puntos fueron representada de manera gráfica es decir, se buscó la manera de mostrarlas proximidades entre los factores e individuos, además buscar también la cercanía con las variables de edad e índice de gravedad y los indicadores de dirección y tipo de agresión. - La variable de grado de información acerca de la enfermedad no se tomó en cuenta en este análisis dado que por sí sola se eliminó al no encontrarse grado de varianza significativa entre los sujetos pues en su mayoría cayeron en el rango de nivel medio y alto en información.

Este análisis se logró mediante el paquete LEAS (Logical-d'Enseignement et d'Analyses Statistiques.- Unité d'Biouetrie. Montpellier, France) para microcomputadora en el que se incluyeron una matriz de 19 renglones (13 individuos activos y 6 suplementarios) y 16 columnas (10 variables activas y 6 suplementarias). Ver tabla 1 en el anexo.

De esta manera se determinó el grado de proximidad entre-

los indicadores de Dirección y Tipo de agresión: Extrapunitiva (E), Intrapunitiva (I) e Impunitiva (M); y de Predominio del - Obstáculo (O-D), Defensa del Ego (E-D) y Necesidad Persistente (N-P) respectivamente. Posteriormente se estudió la cercanía con las variables suplementarias de edad e índice de gravedad. Como paso siguiente estos datos se vaciaron en una gráfica que finalmente permitió denotar como en un tercer plano entre las dos predeterminadas, la correlación y proximidad buscada. (Ver gráfica 1 en el anexo).

El factor M' de la prueba de Rosenzweig no se incluyó dado que solamente un sujeto dió respuestas en esta categoría y en el tratamiento general de los datos tanto como en la gráfica de los mismos, presentaba disonancia o "ruido", de ahí que se haya decidido eliminarlo.

C A P I T U L O V I

ANALISIS DE RESULTADOS

El método utilizado como ya se mencionó fue el del análisis factorial por correspondencia a través del paquete LEAS para microcomputadoras.

Los resultados obtenidos en relación a la dirección de la agresión de los niños hemofílicos de la presente muestra, indican que éstos en su mayoría tienen puntajes con características extrapunitivas, lo que permite un grado de acuerdo con la hipótesis de trabajo No. 1 que dice: "La dirección de la agresión de los niños hemofílicos será en su mayoría extrapunitiva".

~~La segunda hipótesis planteada afirma que el tipo de agresión de los niños hemofílicos se dará dentro de la categoría de necesidad persistente (N-P), con mayor correspondencia; los resultados obtenidos denotan que la mayor acumulación de sujetos se aproxima a las categorías (O-D) predominio del obstáculo y (E-D) Defensa del Ego; de ahí que no es posible aceptar esta afirmación y quede en su lugar la hipótesis nula de trabajo que dice: "El tipo de agresión de los niños hemofílicos no se dará primordialmente dentro de la categoría de Necesidad Persistente (N-P), visto a través del Test de Frustración de Rosenzweig". (Ver Tabla I anexo).~~

En la tercera hipótesis se plantea: "Habrá diferencias en cuanto a la dirección y tipo de agresión de los niños hemofílicos en relación con la edad, visto a través del test de frustración de Rosenzweig". En este caso se observó que la edad 1 (de 6 a 8), tiende hacia la categoría (E-D) Defensa del ego), - en tanto que la edad 2 (de 8 a 10) hacia la categoría de predominio del obstáculo (O-D) y la edad 3 (de 10 a 12) hacia la de necesidad Persistente (N-P).

Por otra parte la dirección de la agresión, en su mayoría denotó proximidad como el indicador Extrapunitivo (E) para las edades 1 y 2, en tanto que se acercó al indicador Intrapunitivo (I) en la edad 3. (Ver tabla II anexo)

La cuarta hipótesis que se planteó dice: "Influirá el índice de gravedad en relación al tipo y dirección de la agresión de los niños hemofílicos, visto..." Aquí los datos indican acuerdo con esta hipótesis ya que los niños de gravedad 1 (leve) cayeron en proximidad con las categorías correspondientes a Necesidad Persistente (N-P) y Ego Defensiva (E-D), con una dirección tanto Intrapunitiva como Extrapunitiva, en tanto que los de gravedad 2 (moderada) tendieron hacia la categoría de Predominio del obstáculo (O-D) con dirección extrapunitiva. En tanto que los de gravedad 3 (importante) en su mayoría se acercaron a la categoría de Necesidad Persistente (N-P) y en igual medida a la de Predominio del Obstáculo (O-D), siendo la dirección de la agresión tanto Intrapunitiva (I), como Extrapu

nitiva (E). (Ver tabla III anexo)

La quinta hipótesis que se había planteado buscando significancia entre el grado de información acerca de la enfermedad con la dirección y tipo de agresión de los niños hemofílicos - estudiados, no pudo comprobarse o desecharse pues como se ha - venido diciendo no se encontró grado de varianza relevante en - el nivel de información de los sujetos acerca de su padecimiento ya que todos caían en un rango de calificación medio y alto.

nitiva (E). (Ver tabla III anexo)

La quinta hipótesis que se había planteado buscando significancia entre el grado de información acerca de la enfermedad con la dirección y tipo de agresión de los niños hemofílicos - estudiados, no pudo comprobarse o desecharse pues como se ha venido diciendo no se encontró grado de varianza relevante en el nivel de información de los sujetos acerca de su padecimiento ya que todos caían en un rango de calificación medio y alto.

C A P I T U L O V I I

INTERPRETACION DE RESULTADOS Y DISCUSION

Como puede observarse, los niños hemofílicos del presente estudio tienen en su mayoría una dirección de la agresión Extrapunitiva. Según diversos autores, esto es típico de un niño en estas edades, ya que no hay que olvidar que la agresión sirve para lograr la autoafirmación lo cual es parte del desarrollo normal del niño (Berkowitz, 1958).

Por otra parte Freud (1949) habla de una etapa de latencia que se presenta entre los 5 ó 6 años y se extiende hacia la pubertad, en la que va a haber una inhibición de los impulsos agresivos debido a la socialización y a la creciente introyección de las normas morales, y por un lado Rosenzweig también dice en acuerdo con Freud, que aproximadamente entre los 4 ó 5 años y hasta los 12 ó 13 se extiende una etapa en la que va a haber una disminución gradual de la agresividad debido a las inhibiciones causadas por las propias experiencias; dice también que paralelo a este cambio, hay un aumento en las reacciones hostiles indirectas y un aumento de las respuestas intrapunitivas e impunitivas. En base a lo anterior pudiera decirse que lo que determina la Extrapunitividad de los chicos estudiados, pese a que entran dentro de las edades comprendidas en la etapa de latencia de Freud o de Socialización de Ro-

senzweig, es el evento de su propia condición hemofílica es de cir que se piensa que existan factores emocionales y de aprendizaje, intrínsecos a la forma en que se desenvuelven dentro de su rol restrictivo de autocuidado, lo que en un momento da do les hace generar agresión hacia su medio; de ahí que pese a que sí se observa una disminución gradual conforme van creciendo y acercándose a la pubertad, ésta parece ser en menor escala que la que presentaría un niño en normales condiciones, y parece estar condicionada o mediatizada por factores inherentes a la vivencia real y emocional del proceso de enfermedad.

Freud habla también de un crecimiento gradual del control de los impulsos en base a un incremento del grado de maduración del YO y en especial del desarrollo y manejo de las medidas defensivas. Por otra parte Ana Freud (1949) dice que las situaciones traumáticas en las etapas tempranas y los continuos sucesos frustrantes a que se vea expuesto el niño, podrá degenerar en una falta de control Yoico en las manifestaciones impulsivas por lo que el individuo tenderá a la agresividad; en base a estos autores se podría inferir que los chicos hemofílicos puedan estar teniendo dificultad para lograr la maduración del YO posiblemente debido a la tan conocida sobreprotección parental de que son objeto y por otra parte por las constantes y en ocasiones muy tempranas experiencias traumáticas a que se enfrentan (sangrados espontáneos, urgentes internamientos, etc.) y sucesos frustrantes relativos a la protección de daño físico; de ahí que pueda explicarse su orientación Extra-punitiva.

En cuanto al tipo de agresión, los niños hemofílicos de esta investigación denotan que corresponden tanto a la categoría de Predominio del Obstáculo (O-D), como a la de Defensa del Ego (E-D). Aquí puede decirse que de manera general, por un lado estos niños carecen de la suficiente energía para manifestar sus impulsos agresivos de manera constructiva (N-P) para lograr su meta, pero por otro lado, en determinadas circunstancias tienden a presentar un tipo de agresión destructiva (E-D) con el objeto de salvar a su ego de las -- amenazas percibidas es decir, que es viable que por el mismo aprendizaje de su condición hemofílica estos niños hayan -- aprendido a "no quejarse" pese a su gran carga de coraje y -- por otro lado hayan hecho también de esta "virtud" de no que jarse, su ideal del YO, por lo que no permiten amenazas de -- desvirtualización de este Yo idealizado.

Pudo corroborarse también que debido a las condiciones -- inherentes a su padecimiento como el índice de gravedad y -- por otra parte debido a su edad, su manera de responder a la frustración cambiaba; así se observó que con lo relativo a -- la edad, los más pequeños (6 a 8) son extrapunitivos y del -- tipo de Defensa del Ego (E-D) es decir que a esta edad su -- agresión se vuelca en forma destructiva hacia el medio, como una forma de proteger a su Ego, no importándoles ya la satis facción de la necesidad frustrada; pudiera decirse que esto corresponde a la concepción de la agresión del desarrollo que menciona Berkowitz

quien afirma que para que el niño logre controlar sus impulsos tiene que pasar por diversas fases a través de las cuales va aprendiendo a enfrentarse a las frustraciones; de ahí que se piense que estos chicos pequeños no logran aún suficiente control, y por otro lado que de manera más vulnerable se sientan amenazados a ser juzgados como "malos" dada su etapa de desarrollo en que se encuentran donde la amenaza de castigo por parte de los padres o la fantasía de ser abandonados por defectuosos parece estar más asentada posiblemente por su nivel de pensamiento aun en etapa concreta o funcional, que no le permite más que fijarse en detalles de este tipo en cuanto a las relaciones causa-efecto de su vida diaria "Me caí-- desobedecí-- me golpeé -- estoy internado -- es un castigo".

Ahora bien, los niños de mediana edad (8 a 10) demostraron correspondencia con el tipo de agresión de Predominio del Obstáculo (O-D), y de tendencia Extrapunitiva. Aquí es viable hablar de acuerdo a Rosenzweig, de una mayor entrada en el proceso de socialización en el que los impulsos agresivos van tendiendo a disminuir en base a las inhibiciones causadas por las propias experiencias, por lo que en el caso de los chicos estudiados puede decirse que a medida que crecen y se adaptan a su rol hemofílico, van también perdiendo energía para protestar en forma constructiva (N-P) o destructiva (E-D) por lo que entonces se tornan pasivos y sólo muestran su coraje con irritabilidad y tensión y en ocasiones reticencia a la

participación de actividades que si se les recomiendan, en -- una postura de "Si no me dejan hacer lo que quiero, tampoco -- haré lo que ellos quieren", proyectando así la agresión a su medio.

Otro parece ser el funcionamiento de los chicos mayores-- (10 a 12) quienes presentan una correspondencia con el tipo -- de agresión de Persistencia de la Necesidad (N-P) y de tenden- -- cia Intrapunitiva. Aquí se infiere que debido a una mayor -- elaboración del pensamiento, estos niños mayores sean capaces de manipular su ambiente es decir, que por un mayor conoci- -- miento de las ganancias secundarias utilizan un tipo de agre- -- sión constructiva en la consecución de su meta, no obstante y debido en parte a la socialización que les impide expeler la -- agresión generada, por otra parte también a su Yo inmaduro -- que no les permite sublimar la agresión, tanto como por posi- -- blemente a un autoconcepto mayormente enfatizado de incapaci- -- dad o invalidez acrecentado por el recrudecimiento de caren- -- cias y conflictos de la ya cercana pubertad, estos chicos se -- vuelquen la agresión hacia si, y actúen con el mensaje de / -- "No puedo, soy un inválido, lo sé, pero entonces hazlo tú por mí", mostrándose así dependientes en el desenvolvimiento so- -- cial y cotidiano.

En lo que respecta al índice de gravedad se observó que -- los niños de gravedad leve (nivel 1) cayeron en proximidad -- con las categorías de Necesidad Persistente (N-P) y de Defen-

sa del Ego (E-D), con tendencia en la dirección de la agresión tanto Intrapunitiva como Extrapunitiva, lo cual indica que a menor presencia de enfermedad ellos tienden a utilizar un tipo de agresión constructiva (N-P) para el logro de su satisfacción, al tiempo que también utilizan su agresión destructiva (E-D), para defender a su Ego de la ofensa; aquí se puede inferir que la dirección intrapunitiva es el complemento de la agresión constructiva (N-P) y la dirección extrapunitiva de la agresión destructiva (E-D) para defender al Ego, como se ha venido observando.

Al respecto se piensa que estos chicos estén respondiendo en base a la autocompensación es decir, que tienden a darse gratificaciones secundarias (N-P) por el hecho de tener -- que vivir clasificados y rotulados como enfermos crónicos, pese a que ellos no se sienten realmente enfermos, no obstante al percibir también la tensión que causan en su ambiente debido a su demanda excesiva, experimenten desaprobación y culpa por lo que parte del coraje que les genera su impedimento sea hacia sí mismos, hecho que se ve demostrado en la conducta de muchos de ellos a no seguir las normas de autocuidado y protección, demostrando también con esta rebeldía agresión hacia su medio. Por otra parte también cuando en esta misma condición de gravedad leve responden con agresión destructiva en defensa de su Ego (E-D) puede deberse a su misma sensibilidad característica de saberse "defectuosos" ante los ojos de los demás pese a no sentirse realmente enfermos, por lo que no --

permiten amenazas contra ese Yo internalizado de "Chico diferente" en su rol hemofílico.

En cuanto a los niños hemofílicos de gravedad moderada - (nivel 2) nuevamente se encontró, como en los de edad media - un tipo de agresión con características de Predominio del Obs táculo (O-D) y de dirección Extrapunitiva, pese a esa similitud, lamentablemente no hay estudios de base que pudieran apoyar el grado de significancia de este hecho, ni es posible en contrar en este estudio algún dato que pudiera clarificarlo o correlacionarlo. Algo que se puede extraer al respecto de la condición de gravedad de estos niños y su reacción a la frustración, es que se piensa que estos chicos se muestran simplemente incapacitados para protestar, exigir, demandar o bien - volcarse hacia sí mismos esta agresión es decir, que denotan que ni utilizan su agresión en forma constructiva esto es, pa ra construir el logro de su objetivo, ni tampoco en forma des tructiva (E-D), sencillamente parecen adaptarse a las normas - o más bien someterse a éstas, dejando sólo ver su coraje mediante una conducta irritable y sensible que comúnmente expresan al medio, pues no les es posible negar del todo su enfermedad ya que son más o menos frecuentes las maniobras médicas urgentes, internamientos, sangrados, etc., a que se ven ex - puestos dada su condición moderada de gravedad.

En lo que respecta a los de gravedad importante (nivel - 3) quienes exhibieron una aproximación con las categorías de

Necesidad Persistente (N-P) y de Predominio del Obstáculo - - (O-D) con tendencia en dirección tanto Extrapunitiva como Intrapunitiva, puede decirse que esto indica que cuanto mayor y grave es su enfermedad, el chico hemofílico parece por un lado luchar por conseguir su meta a través de la agresión constructiva (N-P) es decir, por medio de la dependencia. Esto - se apoya en el hecho conocido de que cuanto mayores son los - sentimientos de incapacidad y desventaja en un individuo que - sufre, mayor es también la posibilidad de que en su invalidez propicie el ser sobreprotegido por otros, tendiendo entonces - a quedar fijado a las ganancias secundarias de toda desventaja, en este sentido (Caplan 1981) por lo que así este chico - grave puede verse empelido a exigir y demandar de su medio lo que por sí mismo no puede conseguir dado su sentimiento de futilidad e incapacidad, aunque por otra parte sea dado también a exhibir un manejo (O-D) -- Intrapunitivo de su agresión, lo cual hace pensar de acuerdo a un lenguaje más dinámico, el niño verdaderamente grave no es capaz de poner en juego reacciones adecuadas de defensa ante las amenazas a su Ego o impedimentos a su Necesidad, por lo que su respuesta es simplemente de agresión reprimida, inhibida, restringida, no teniendo - - otra salida que desplazar hacia sí la agresión, todo el coraje inherente a su situación por su sentido de ser defectuoso, vulnerable; de ahí su adaptabilidad aparente, su sometimiento, pero al mismo tiempo también su pasividad y su dependencia, característica evidente en la mayoría de estos chicos de

condición grave, hecho que no sólo pudo observarse en lo que respecta a la muestra estudiada, sino que apoyan estudios mencionados a lo largo del desarrollo de esta investigación.

Por los aspectos encontrados del manejo de la frustración-Agresión de los chicos hemofílicos de esta muestra puede inferirse que ellos comúnmente tiendan a utilizar como mecanismos de defensa, la proyección, la introyección, la represión, la negación, el desplazamiento, la regresión y la compensación, entre otros.

C A P I T U L O V I I I

CONCLUSIONES ALCANCES Y LIMITACIONES

El presente trabajo tuvo como principal propósito analizar algunos aspectos de la Frustración-Agresión del escolar hemofílico entre los 6 y los 12 años de edad, dado que se pensó que en estas edades en donde el niño desarrolla un juego activo que le permite en un sentido desplazar parte de la agresión inherente a todo ser humano, el chico hemofílico se estaría enfrentando a un sinnúmero de limitaciones debido a su enfermedad en la cual, se conocen las restricciones que comúnmente se les hacen en lo que respecta a juegos, desplazamientos y actividades de la vida diaria que en un momento dado puedan poner en peligro su salud, pues se sabe también que el menor golpe, rasguño y en ocasiones esfuerzo físico, en muchos de estos niños desencadena el inminente sangrado que los lleva a estar confinados al uso de férulas, muletas, sillas de ruedas, etc. Por otra parte constantes internamientos que interrumpen de manera importante sus actividades cotidianas y escolares, todo lo cual se infirió, estaría constituyendo una importante fuente de frustraciones que generarían respuestas de agresión.

Las hipótesis alternas que se plantearon fueron aceptadas en su mayoría es decir, que se confirió que por lo común estos niños generan agresión hacia ese medio que les rodea y les restringe y coarta en su innata necesidad de libre movimiento; -- por otra parte la segunda hipótesis alterna fue rechazada, -- aceptándose la nula, ya que a diferencia de la inferencia que-

se hizo acerca de que los niños de esta muestra en su mayoría - tenderían a persistir en la satisfacción de la necesidad frustrada mediante una actitud demandante y dependiente no se comprobó, dado que la mayor acumulación de sujetos se dió en un punto de aproximación tanto para la categoría de Predominio -- del Obstáculo como de la Defensa del Ego. En base a esto puede decirse que los chicos hemofílicos en su mayoría, se doblegan a las restricciones de su medio cotidiano y social mostrando su incomodidad con actitud ya sea irritable o sensible ante el sometimiento y no como se creía en un principio, que sería con una actitud manipuladora y demandante.

En este estudio pudo corroborarse también las hipótesis - que afirmaron que habría diferencias en el manejo de la agresión y características de ésta en relación a la edad e índice de gravedad es decir, que pudo constatarse que pese a pertenecer a un mismo grupo de clasificación como enfermos crónicos - hemofílicos, tanto la edad como el índice de gravedad son factores que influyen de manera importante en sus respuestas de agresión y su manera de contender con un mismo medio restrictivo.

Otra de las concomitantes importantes que se piensa haya - influido en los resultados finales de esta muestra, es la inherente a la dinámica familiar de cada uno de los sujetos, fac-

tor que lamentablemente no se pudo incluir en el análisis dado que se piensa que este dato por si solo sea objeto de otra tesis es decir, generar otra investigación en la que se analice el grado de influencia del grupo o dinámica familiar en el manejo de la agresión-frustración del niño hemofílico. Cabe - - aquí señalar que al respecto existen diversos estudios que mencionan este factor familiar, como acaso el de mayor importancia en la concepción que el menor hemofílico tiene de su enfermedad, y que en su mayoría concuerdan con la afirmación de J.-M. Voguel (1972) de que... "son más el temor y la ansiedad que hechos reales, los responsables de las restricciones que sufre el hemofílico para desarrollar una vida normal".

De esto puede desprenderse que independientemente de que un niño hemofílico se encuentre en tal o cual edad y padezca - más o menos seriamente las concomitantes sociales y cotidianas de su enfermedad, éstas en un momento dado tienden a minimizar se o exacerbarse en relación a la vivencia que el chico tenga de su padecimiento, hecho que comúnmente estará bajo la influencia de su medio y más propiamente de su ámbito familiar.

Las limitaciones de este estudio en gran medida se debieron al estado de salud global del paciente que en un momento - dado limitó la entrada a la muestra de investigación ya que como se mencionó con anterioridad, las características propias - de su tipo de enfermedad en las que los sangrados o hemorra - gias, tanto externas como internas son frecuentes y en ocasio-

nes graves, puede llevarlos a presentar lesiones cerebrales - que puedan a su vez deslindar en diversas anomalías asociadas - a retraso mental, trastornos perceptivosuales y motores, etc. - por lo que se determinó descartar estos casos pues de tomarlos en cuenta, se habría tenido que trabajar también con las variables de depresión, bajo nivel de pensamiento e inteligencia entre otras, que en un momento dado hubieran desviado el propósito inicial de investigar el manejo de la agresión en el niño - frustrado por su condición de ser hemofílico propiamente. Debido a esta situación, se hizo en cierto modo difícil extraer la presente muestra la cual pasados casi dos años se decidió - dejar en el número de 13 niños hemofílicos los que finalmente - cumplieran con los requisitos de inclusión a la muestra. (15 - prospectos de estudio fueron también descartados dado que no - se pudo tener acceso a los expedientes de la clínica de hemofílicos en el Centro Médico del IMSS, debido a las condiciones - postsísmicas de Septiembre 85).

Pese a reconocer que el monto en sí de sujetos no sea una muestra altamente representativa de la población hemofílica en nuestro país, si se considera relevante dado que este trabajo es uno de los pocos que se ha llevado a cabo en la República - Mexicana y por otra parte es el primero que examina el aspecto de la agresión y su manejo en niños menores de este tipo de padecer. Puede decirse también que esta investigación abre la - posibilidad de establecer criterios de calificación mediante -

la prueba de Rosenzweig, para los niños hemofílicos, en relación con la dirección y tipo de agresión, lo cual podría servir como base de un futuro proyecto de abordaje terapéutico y técnicas de manejo en este sentido.

Por último se hace notar que sería muy importante y recomendable que en una próxima investigación se tratara de ahondar en el estudio de este tipo de pacientes no sólo de edad escolar sino preescolar y adultos a través de otras pruebas proyectivas de diagnóstico psicológico que nos llevarán a conocer más de cerca la Psique del hemofílico de nuestro país, tomando en cuenta no sólo los aspectos de personalidad sino también -- biológicos y sociales, logrando así sentar las bases de una infraestructura que finalmente nos lleve al verdadero abordaje biopsicosocial que tanto resultado ha dado en otros países y es tan necesario ensayar en el nuestro como un esfuerzo más en el proceso de integración social y humano de todo paciente hemofílico.

Es importante señalar como una última observación también, la necesidad de la creación de programas más amplios de capacitación para el Psicólogo, en lo relativo a su desempeño en la psicoterapia de grupo, como parte de su formación académica es to es, que se le diera la oportunidad de introducirse en el -- campo directo de su objeto de estudio en este caso, la clínica de hemofílicos, contando con una infraestructura que apoye su-

trabajo y aprendizaje mediante la retroalimentación en este -
sentido que brindaría una práctica supervisada; de tal manera -
que el beneficio se extienda más allá de los límites de una --
ayuda social es decir, que se lleve a cabo un verdadero ejercicio -
profesional tanto en este campo como en otros, que a su vez --
sirva como un eslabón verdaderamente importante dentro de la -
práctica clínica del Psicólogo, en las Instituciones que re- -
quieren de su trabajo.

ANEXOS TABLAS Y GRAFICAS



TABLA I

Caso No.	Edad	Variables Activas											Variables Suplementarias					
		I Grav.	E'	I'	E	E	I	I	M	e	i	m	O-D	ED	N-P	Extr	Intr	Inp
1	1	1	2	0	7	1	2	1	0	2	1	8	2	11	11	12	4	8
2	1	1	5	0	6	0	2	1	1	3	2	4	5	10	9	14	5	5
3	2	2	5	0	5	8	1	0	0	1	2	2	5	14	5	19	3	2
4	2	3	2	1	4	1	3	0	2	4	3	4	3	10	11	11	7	6
5	2	2	2	0	6	4	1	4	2	2	0	3	2	17	5	14	5	5
6	2	1	2	1	3	1	1	2	1	5	3	5	3	8	13	11	7	6
7	2	3	6	0	3	2	0	2	0	1	5	5	6	7	11	12	6	6
8	3	1	7	0	5	3	0	1	0	4	2	2	7	9	8	19	3	2
9	3	1	3	0	3	1	0	2	3	2	2	8	3	9	12	9	4	11
10	3	3	3	1	3	2	0	3	2	4	3	3	4	10	10	12	7	5
11	3	2	1	2	0	0	1	2	1	2	5	10	3	4	17	3	10	11
12	3	1	2	0	2	1	1	0	2	2	7	7	2	6	16	7	8	9
13	3	1	5	0	4	0	2	2	1	2	2	6	5	9	10	11	6	7

(TRATAMIENTO DE LOS DATOS)

HEMOFILICOS

TABLA II

INDIVIDUOS SUPLEMENTARIOS

(Tratamiento de los Datos)

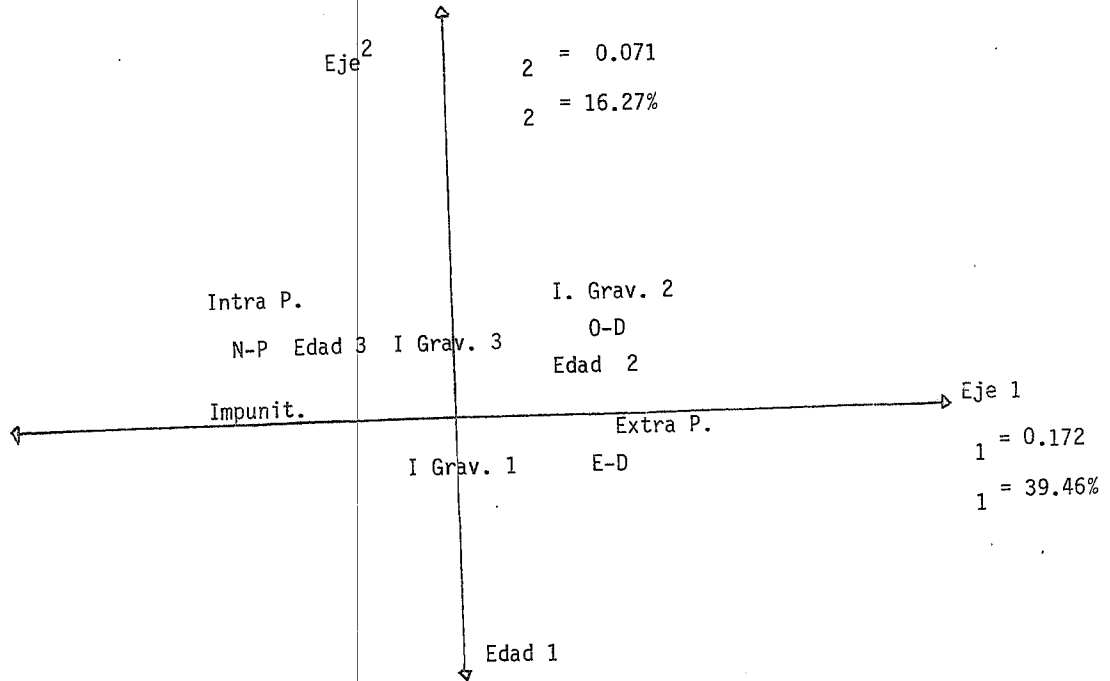
Edad	E'	I'	E	<u>E</u>	I	<u>I</u>	M	e	i	m	0-D	E-D	N-P	Extra	Intra	Inp.
1	7	0	13	1	4	2	0	5	3	12	7	21	20	26	9	13
2	17	2	21	16	6	8	5	13	13	19	19	56	45	67	28	25
3	2'	3	17	7	4	10	9	16	21	36	24	47	73	61	38	45
<u>I. GRAV.</u>																
1	26	1	30	7	8	9	8	20	19	40	27	62	79*	83	37	48
2	8	2	11	12	4	6	3	5	7	15	10	35	27	36	18	18
3	11	2	10	5	3	4	4	9	11	12	13	27	32	35	20	17

HEMOFILICOS

HEMOFILICOS

GRAFICA I

(Tratamiento de los Datos)



R E S U L T A D O S

TABLA I

HEMOFILICOS (6-12 años)

Dirección de la Agresión	Extrapunitiva
Tipo de Agresión	Predominio del Obstáculo (O-D) y Defensa del Ego (E-D)

TABLA II

HEMOFILICOS (variable edad)

	Dirección	Tipo
EDAD 1	Extrapunitiva	Defensa del Ego (E-D)
EDAD 2	Extrapunitiva	Predominio del Obstáculo (O-D)
EDAD 3	Intrapunitiva	Necesidad Persistente (N-P)

TABLA III

HEMOFILICOS (variables índice de gravedad)

	Dirección	Tipo
NIVEL 1	Intrapunitiva y Extrapunitiva	Necesidad Persistente (N-P) y Defensa del Ego (E-D)
NIVEL 2	Extrapunitiva	Predominio del Obstáculo (O-D)
NIVEL 3	Extrapunitiva e Intrapunitiva	Necesidad Persistente (N-P) y Predominio del Obstáculo (O-D)

BIBLIOGRAFIA

Alain J. P. Bernard. Psychological Reverberations of Hemophilia Accidents. Bouletin of Psychologie; 1973. 1974, -- vol. 27 p. 5-9, 418-432.

Arias y Arias y Cols. ., Diagnóstico de Hemofilia. Revisión Mexicana Clínica, 1980. p.p.1.

Aggle D.P., Hemophilia, Psychological Factors and Comprehensive Management. Scand Hematol Suppl 40, Vol. 33, 1984. p. 55-63.

Aggle y Mattson., Hemophilia Psychological Factors and Comprehensive Management. Scand J. Hematol, suppl. vol. 34, - 1976. p. 67-74.

Vjuriaguerra, Manual de Psiquiatría Infantil, Barcelona, - paña, Editorial Toray Masson. 1983.

Ala G., Valoración de la Psicoterapia de Grupo en Niños Hemofilia. Tesis para obtener el certificado de Adies- nimiento Clínico en Pediatría. Hospital Infantil de Méxi- "Federico Gómez" S.S., 1984.

Arrun María T., Traducción y Adaptación a México de la -- ueba de Rosenzweig. Tesis Lic. en Psic. U.N.A.M., 1966.

Arkowitz, Leonard art. The experimental reduction of hos

- tility. Psychological bulletin 1958-55, 257, 283.
- Bus Arnold Herbert., Psicología de la Agresión. Buenos Aires Troquel, Biblioteca El Tema del Hombre. p. 480. 1969.
 - Buxton Martin, N, et al., Stress and Platelet Agregation in Hemophiliac Childrens and Their Family Member. So Rechears-communicattions in Psychology, Psychiatry and Behavior. - - Behavior. vol. 6 (1), p. 21-48. 1981.
 - Caplan G., Mastery of Stress; Psychosocial Aspects. A.M.J. Psychiatriap. 138, 413-420. 1981. p.p. 2.
 - Coppari G. Norma., Manejo de la Agresión en Niños con Síndrome de Maltrato. Tesis Lic. en Psic. U.N.A.M., 1980.
 - Denker Rollf., Elucidaciones sobre la Agresión, Buenos Aires, Amorrourtu, 1973.
 - Freud Ana, D. Berlingham., La Guerra y los Niños, Buenos Aires, Editorial Iman, 1954.
 - Freud Ana, Psicoanálisis del Niño. Ed. IMAN, Buenos Aires, - 1945.
 - Freud Ana Agresion in relation to emocional development, - normal and Patological Psichoanalytic Study of the Child.- Vol. III-IV, 1949. International Universities Press. Art.
 - Freud Sigmund Más Allá del Principio del Placer. Ed. Bi- - blioteca Nueva Madrid, 1948.

- From Erick Anatomía de la Destructividad Humana. México, - Ed. Siglo XXI, 1983.
- Fuchs.- Estudio de la Agresión en Niños Preescolares Median te el Test Fuchs-Lara. Tesis Lic. U.N.A.M. 1984. Psicología.
- Hartman H. Kis E. and Loweintin.- Nothes of Theory of Agre-tion. Psychoanal Study Child, 1944.
- Hemorragia y Trombosis op. Cooperativa Latinoamericana de Homostasis y Trombosis. IMSS, México, 1981.
- Krutt Rebeca Frustración y Agresividad como Factores Inte-grantes de Caracteropatías Infantiles. Tesis Maestría en -- Psic. U.N.A.M., 1954.
- Lindzey G. and Goldwin R. M. Validaty of the Rosenzweig P.-F. Study J. Pears, 419-543, 1954.
- Margaret H. Hilgarten Hemofilia en el Niño Ed. Pediátrica, Barcelona España, 1978.
- Markova I. Macdonald K. and Forbes C (1980) Impact of Hemo-philía on Child rearing Practices and Parents Cooperation - J Child Psych Psychiat, 21 1962.
- Mattson A. (1972) Long Term Phsycal Illnes in Child Hood. A Challenge to Psychosocial Adaptation Pediatric 50. 801-811.

- Rosenzweig Saoul Psichodiagnosis, Greune and Straton New-York, 1934. pp.3
- Reca Telma Personalidad y Conducta en el Niño Ed. Buenos - Aires, 1951.
- R. Buchanan George. Revista Clínica Pediátrica de Norteamé-rica. 2/1980.
- Scano J. Hematology suppl. 40 vol. 33, 1984.
- Suárez López Carmen Hallazgos Psicológicos en el Paciente - Hemofílico. Tesis Lic. UNAM, 1980.
- Rechears Communications in Psychology en Behavior; 1981, vol. 6 (1); 21-48. Stress and Platelet agregations in Hemophi--liac Childrens and their Members Family.

- Reflections on the Psychology of the Hemophilic Child Re- vue d'Neuropsychiatric Infantile et d'hygiene Mentale d l' Infance. 1976; jul-aug. vol. 24 (7-8) 387-392.
- Wintrope M. Metal Clinical Hematology 8a. edición Leag - - Febiger, Philadelphia 1983.

M-0059853

