

318525
15
29



UNIVERSIDAD INTERCONTINENTAL

ESCUELA DE PSICOLOGIA

Con Estudios Incorporados a la

Universidad Nacional Autónoma de México

1983-1988

**“PERFIL DE PERSONALIDAD EN UN GRUPO DE
DIABETICOS TIPO I Y UN GRUPO
DE NO DIABETICOS”**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A:

CLAUDIA MIER CADAVAL

DIRECTOR DE TESIS:

LIC. MARICELA RODRIGUEZ MARTINEZ

MEXICO, D. F. 1989



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 está 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.

INDICE	pag.
Resumen	4
Introducción	6
1. Diabetes Clínica	9
1.1 Conceptualización de Términos	9
1.2 Mecanismo General	10
1.3 Antecedentes Históricos	11
1.4 Tipos de Diabetes	12
1.5 Causas de la Diabetes	15
1.6 Funcionamiento Normal y Patológico	19
1.7 Tratamiento	27
1.8 Complicaciones Agudas	34
1.9 Pruebas para Detectar Glucosa	36
1.10 Complicaciones Crónicas	36
2. Diabetes Tipo I	41
2.1 Diferencias con la Diabetes Tipo II	42
2.2 Problemas Conductuales	43
2.3 Mecanismos de Adaptación	46
3. Personalidad	49
3.1 Clasificación	49
3.2 Perspectiva Histórica	50
3.3 Personalidad según Cattell	51
3.4 Análisis Factorial	53
3.5 Personalidad del Adolescente y del Adulto Joven	58
3.6 Estudios Hechos a Población Diabética	68
4. Metodología	82
4.1 Objetivos de la Investigación	82
4.2 Planteamiento General	83
4.3 Planteamiento del Problema	83
4.4 Formulación de Hipótesis	83
4.5 Variables	84
4.6 Muestra	85
4.7 Diseño	86
4.8 Tipo y Nivel de Investigación	86

4.9 Instrumentos	86
4.9.1 Evaluacion de la Personalidad	86
4.9.1.1 Significado Psicológico de los Factores	88
4.9.1.2 Instrucciones para su Aplicación	102
4.9.1.3 Manera de Contestar	102
4.9.1.4 Calificación	103
4.9.1.5 Confiabilidad y Validez	104
4.9.2 Evaluacion del Tratamiento	106
4.9.2.1 Calificación	106
4.10 Procedimiento	106
4.11 Análisis Estadístico	107
5. Resultados	108
5.1 Resultados (Cuadros y Gráficas)	108
5.2 Interpretación y Discusión de Resultados	118
5.3 Conclusiones	131
5.4 Sugerencias	133
5.5 Alcances y Limitaciones	134
Citas Bibliográficas	136
Bibliografía	140
Anexos	143

RESUMEN

RESUMEN

El propósito de esta investigación fue comprobar las diferencias existentes en cuanto a personalidad entre 30 diabéticos insulino-dependientes, divididos en dos grupos de 15 sujetos cada uno: el primero de 15 a 20 años y el segundo de 21 a 27 años de edad, los cuales se compararon contra un grupo de 30 sujetos que no padecen de enfermedad crónica alguna, separados de la misma forma. Las variables fueron: como Independiente, la Diabetes y como Dependiente, la Personalidad, la cual se evaluó por medio del Cuestionario de los 16 Factores de Personalidad de Raymond B. Cattell. El análisis de los datos se llevó a cabo a través de la "t" de Student. Los resultados obtenidos señalaron que existe diferencia en cuanto a los rasgos de: Expresividad Emocional, Inteligencia, Dominancia, Superego, Actitud Cognitiva y Autoestima, dependiendo del grupo de que se trate.

INTRODUCCION

INTRODUCCION

A través de los años la vida se ha prolongado gracias a los avances médicos; sin embargo, debido a ésto, se ha incrementado también el número de personas con enfermedades crónicas, que requieren de tratamientos muy caros a largo plazo. "El aumento de enfermedades crónicas es un fenómeno reciente, ya que el índice de muertes por enfermedades infecciosas disminuyó de 36 por cada 100 en 1900 a 6 por cada 100 en 1980. Contrastando con esto, el índice de muertes por enfermedades crónicas ha aumentado de 20 a 70 por 100 en las últimas ocho décadas". (1) Este cambio requiere que el personal de salud dedique una mayor parte de tiempo al desarrollo de estrategias y tecnología necesarias, que ayuden a las personas con enfermedades crónicas a la exitosa adaptación a sus impedimentos; es decir, funcionar al máximo posible en sus actividades cotidianas. Esto implica lograr un enfoque de tipo sociopsicosomático, en el que se integren los factores sociales, psíquicos y somáticos, los cuales actúan de un modo simultáneo y en conjunto dentro del individuo.

En el campo de enfermedades crónicas, una de las más importantes es la Diabetes, que en "nuestro país ocupa el quinto lugar de morbilidad y el segundo como causa de ingreso hospitalario. Asimismo, la mortalidad causada por esta enfermedad ha ido en aumento, ocupando en la actualidad el tercer lugar dentro de las diez primeras causas de muerte". (2) Sin embargo, poco se ha hecho específicamente por la Diabetes Tipo I o insulino-dependiente (en la que la gran mayoría de los sujetos que la padecen son menores de cuarenta años), ya que el porcentaje de la población que la sufre es mucho menor que la población Diabética Tipo II o no-insulino dependiente.

Dentro del equipo multidisciplinario que interviene en el tratamiento de la Diabetes, el papel del psicólogo resulta relevante; sus conocimientos sobre la enfermedad, así como de los problemas emocionales relacionados con ella, le permitirán ayudar al paciente a lograr una mejor adaptación y, por lo tanto, a llevar una vida más productiva y más sana.

El propósito de esta investigación es comparar el perfil de personalidad del Diabético Tipo I contra el del joven que no padece de enfermedad crónica alguna (cuyas edades oscilan entre los 15 y 27 años de edad), mediante el 16 FP de Raymond B. Cattell. Asimismo, aplicar un cuestionario a los diabéticos acerca del cuidado y manejo de su enfermedad (seguimiento), así como conocimientos generales acerca de ella.

Para una adecuada comprensión de esta investigación resulta necesario conocer aspectos esenciales de la Diabetes, personalidad del adolescente y del adulto joven, así como estudios previos a la población diabética.

Lo anterior, junto con los resultados obtenidos, proporcionará un mayor conocimiento de la enfermedad, permitiendo así el generar nuevas ideas y conceptos acerca del tratamiento óptimo para el paciente diabético.

CAPITULO I

DIABETES CLINICA

CAPITULO I

DIABETES CLINICA

Antes de adentrarnos en los aspectos psicológicos de una enfermedad, es imprescindible conocerla desde el punto de vista clínico; es decir, conocer orígenes, causas, tratamiento y demás características que pueden ser, hasta cierto grado, causantes de los desórdenes psíquicos encontrados en el sujeto que la padece, en este caso el diabético.

A lo largo de este capítulo se proporcionan algunas definiciones, que aunque nos acercan un poco al entendimiento de la Diabetes, resultan insuficientes para la comprensión específica de este padecimiento. Por lo tanto, resulta importante profundizar un poco en ciertos aspectos que facilitarán este entendimiento. La Diabetes es una enfermedad extensa y compleja, en la cual se conjugan un sinnúmero de factores, por lo que se requeriría de todo un tratado que nos permitiera adentrarnos en todos los aspectos de la misma. Por ello se tratará de que la explicación resulte clara y breve.

Debemos separar la Diabetes en dos grandes grupos: Diabetes Tipo I y Diabetes Tipo II, que a pesar de compartir muchas características comunes, resultan diferentes en cuanto a etiología, tratamiento e implicaciones emocionales.

Es por ello que en el primer capítulo se expondrán las características generales de la Diabetes, diferenciando siempre los dos grupos. Asimismo, se recalcará la información referente a la Diabetes Tipo I, ya que será ésta, la variable tratada en el desarrollo de la siguiente investigación.

CONCEPTUALIZACION DE TERMINOS

"La Diabetes es un desorden en la habilidad que posee el cuerpo para proveerse de sus necesidades nutricionales". (3)

"La Diabetes es una enfermedad caracterizada por una alteración permanente del metabolismo de los hidratos de carbono que se utilizan mal por parte del organismo; dicha alteración se debe esencialmente a una carencia o a una deficiencia de acción de la hormona pancreática o insulina; sus signos característicos y predominantes, en las fases descompensadas, son la hiperglucemia y la glucosuria, con aumento de las oxidaciones de las grasas o proteínas". (4)

"Denominación ordinaria de un estado morbosos en que el organismo no puede utilizar normalmente el azúcar, dando lugar a la presencia excesiva de éste en la sangre y orina". (5)

"La Diabetes Mellitus es una enfermedad metabólica caracterizada por una deficiente producción de insulina por el páncreas. Dado que la oxidación de los carbohidratos es imposible sin esta sustancia, la pérdida de función pancreática ocasiona un incremento en la concentración de azúcar en la sangre (hiperglicemia) con una consecuente secreción de azúcar en la orina (glucosuria). A estos desórdenes en el metabolismo de los carbohidratos se asocian frecuentes disturbios en el metabolismo de proteínas y grasas". (6)

MECANISMO GENERAL

El organismo obtiene su energía de los alimentos, que al ser digeridos se descomponen en un azúcar llamado glucosa. Esta entra a la sangre y posteriormente pasa a las células, gracias a la insulina (hormona producida por la glándula del páncreas, el cual es un órgano que se encuentra situado entre el estómago y el intestino). El diabético produce poca o nula cantidad de insulina, por lo que la glucosa permanece en el torrente sanguíneo, sin poder pasar a las células. Ya que el riñón no puede producir orina con un elevado contenido de glucosa, aumentará su producción de orina para deshacerse del exceso de ésta (poliuria). Esto trae como consecuencia los síntomas clásicos de la Diabetes:

- Orinar frecuentemente (resultado del esfuerzo del riñón por deshacerse de la glucosa).
- Sed, como consecuencia de la pérdida de agua en forma de orina.
- Hambre, en virtud de que el organismo no está asimilando ningún tipo de alimento (CH, proteínas y grasas).
- Pérdida de peso, al perder el organismo todos los nutrientes a través de la orina.
- Debilidad, como resultado de todo lo anterior.

Después de un determinado periodo, el nivel elevado de glucosa puede provocar daño en ojos, riñones, nervios y otras partes del cuerpo.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La Diabetes es una enfermedad conocida desde tiempos antiguos. 'La combinación de un aumento en el apetito, sed y un gran volumen de orina fue descrito como una enfermedad en escritos médicos chinos. Los famosos trabajos de Susruta (400 AC) de la India, y su discípulo Charaka (6 DC) indicaron muchos de los síntomas y aún los tipos de Diabetes. Un doctor griego, Aretaeus (70 DC) describió la condición y le dio el nombre de 'Diabetes' que significa 'deslizarse a través de un sifón', aunque más tarde (s. VI) se utilizó el nombre hindú 'Madhumeha' u 'orina miel'. Finalmente se le aplicó la palabra latina 'mellitus' (miel). Los observadores notaron que la herencia era importante, ya que varios miembros de una misma familia estaban afectados con la 'enfermedad de agua dulce'. Durante este lapso de la historia, fue registrado otro tipo de Diabetes, que se inicia en la madurez y en la cual, además de los síntomas usuales, el paciente se encontraba obeso y sin energía. El otro tipo de Diabetes (con inicio en la juventud) fue descrito como 'derretirse de la carne' y producía orina dulce. Las descripciones actuales de la Diabetes muestran hallazgos similares.

En el s. XIX, Brockman -en su estudio de los peces-, y más adelante Langerhans -en su estudio de humanos-, describieron racimos de células presentes en el páncreas (pan dulce) como pequeños islotes en un mar de tejido pancreático. Estos islotes forman el 1% del total del páncreas. Dos científicos alemanes, Von Mering y Minkowski notaron en 1889 que si el páncreas era eliminado, el animal desarrollaba Diabetes. Más adelante, los científicos descubrieron que aún destruyendo el páncreas, los animales no se volvían diabéticos si los islotes se preservaban. Los estudios de Oplie en los E.U. confirmaron el hecho de que los pequeños islotes estaban dañados en humanos con Diabetes. Como se puede ver, hasta comienzos de la década de 1920, la Diabetes constituía una enfermedad sumamente grave. Todos los diabéticos morían jóvenes y los niños afectados podían esperar sólo una corta existencia. Fueron Banting y Best, en Ontario, Canadá, los que junto con la información preliminar disponible de otros científicos del mundo, que en 1921 iniciaron un proyecto histórico de investigación. Cuando obtuvieron los tejidos de los islotes fragmentados y purificados de los animales e inyectaron el material en un animal con Diabetes, encontraron que los niveles sanguíneos descendían. Gracias al descubrimiento de la insulina y su capacidad restauradora del metabolismo de la glucosa, parte del temor a esta enfermedad ha quedado disipada". (7)

TIPOS DE DIABETES

Antes de profundizar en el conocimiento de la Diabetes, cabe diferenciar sus dos tipos principales. La Diabetes se ha clasificado en el término general de Diabetes Mellitus y a pesar de que es claro el hecho de que todos los diabéticos carecen de insulina efectiva, las causas de esto resultan variadas, así como el grado de incapacidad que la enfermedad ocasiona. El grupo Data Nacional de Diabetes desarrolló una nueva clasificación de Diabetes, basada en los más recientes conocimientos acerca de esta condición. Esta clasificación ha sido aceptada por la mayor parte de las asociaciones en el mundo, y respaldada por el Comité Experto en Diabetes de la Organización Mundial para la Salud. "Los tipos más comunes de Diabetes son la I y II. Es obvio que existen subgrupos en cada una de las dos clases, pero por el momento existe evidencia insuficiente para lograr un mayor desglose. Otros tipos de Diabetes menos comunes (Diabetes Secundarias) son aquellas que ocurren después de un daño directo al páncreas (cáncer, accidente, cirugía, drogas, etc.) o en condiciones en las que se da un antagonismo hacia la acción de la insulina, como ocurre en la presencia de enfermedades endócrinas. Ciertos defectos de nacimiento y de origen hereditario pueden ser asociados a la Diabetes, como parte de otras muchas anomalías. Finalmente, algunos pacientes pueden mostrar una tendencia hacia la Diabetes en períodos específicos, como ocurre en el embarazo. A estas personas se les clasifica como intolerantes a la glucosa; una respuesta de glucosa elevada al dárseles cierta cantidad de azúcar en forma oral (Prueba de Tolerancia a la Glucosa). A estos pacientes no se les considera diabéticos, pero son susceptibles a ella. También las personas que sufren de riesgo son los pacientes cercanos al diabético, principalmente gemelos idénticos". (6)

A continuación se presenta un cuadro comparativo entre la Diabetes Tipo I y la Diabetes Tipo II:

CUADRO COMPARATIVO ENTRE DIABETES TIPO I Y TIPO II

<u>CLASE</u>	<u>TIPO I</u>	<u>TIPO II</u>
CARACTERISTICAS	Produce poca o nula insulina. Manifestación rápida (días-sem.).	Todavía produce insulina. Puede ser resistente a ella. Puede dejar de producirla. Manifestación lenta (años).
EDAD	Abajo de los 40	Arriba de los 40
TRATAMIENTO	Insulina. Dieta para equilibrarse con insulina.	Dieta para bajar de peso. ± agentes hipoglucemiantes o insulina.
HERENCIA	Si Relacionada con HLA.	Si * Dominante No relacionada con HLA.
DEFECTO DE INMUNIDAD	Común. 75% tienen anticuerpos anti-islotes.	No conocido.
FACTORES	* Infección Viral. * Otro	± Obesidad * Otro
TENDENCIA A ACIDOSIS	Si	No
NOMBRE FORMAL	Diabetes Insulino-Dependiente.	Diabetes No Insulino-Dependiente. Puede progresar a Tipo I.

* Datos no comprobados.

OTROS TIPOS DE DIABETES:

- 1) Secundaria a otra enfermedad o extirpación del páncreas. Generalmente se manifiesta como Tipo I.
- 2) Asociada con otras condiciones hereditarias Ej. Ataxia Friedreich. Se manifiesta como Tipo II.
- 3) Asociada con embarazo (Diabetes de Gestación). Puede ser el primer indicador de Diabetes Tipo I o Tipo II.

- 4) Dificultades en la tolerancia a la glucosa-pasado o presente.
- 5) Riesgo, pero sin anomalía presente. Ej. gemelos idénticos de diabéticos.

Fuente:

Mimi, Belmonte (1983) *The Diabetic Child and Young Adult: A Primer for Parents and Professionals*. Montreal: Eden Press Incorporated. p.4

Diabetes Tipo I:

"Este tipo de diabéticos poseen poca habilidad para producir su propia insulina, por lo que se les conoce también como diabéticos Mellitus insulino-dependientes. Estos individuos son propensos a una cetoacidosis (condición que resulta de una acumulación de cetonas en la sangre). Cuando hay una cantidad abundante de insulina disponible, se acumulan pocas cetonas, pero cuando se quema la grasa sin insulina disponible mucha de la grasa se convierte en cetonas. Una acumulación de estos productos ácidos ocasiona acidosis o cetoacidosis, que puede conducir al coma. Casi todos los niños diabéticos y un porcentaje reducido de adultos diabéticos tienen este tipo de Diabetes.

En la Diabetes Tipo I, tanto el sexo femenino como el masculino son susceptibles a contraer la enfermedad y en vez de que la obesidad sea un factor que contribuya al inicio, la mayor parte de los diabéticos de Tipo I son delgados. La Diabetes en niños y jóvenes es muchas veces precipitada por una infección como sería la de un virus. Por algún tiempo, este virus puede encubrir la Diabetes, mientras que los padres asocian los síntomas del niño con fiebre. La primera aparición de la Diabetes parece ser súbita y dramática. Las claves básicas para detectar la Diabetes Tipo I son:

- Aumento en el volumen de orina
- Sed intensa
- Pérdida de peso importante
- Hambre incrementada
- Disminución del crecimiento, cuando ocurre en niños menores de 13 años
- Irritabilidad
- Coma

Diabetes Tipo III:

El 85% de los diabéticos tienen esta clase de Diabetes, reteniendo todavía cierta capacidad para producir insulina. Muchas veces este tipo de páncreas produce una cierta cantidad de insulina, que el cuerpo no es capaz de utilizar en forma apropiada. También suele darse la tendencia al sobrepeso, provocando el exceso de células grasas y un esfuerzo extra al páncreas, el cual no logra producir suficiente insulina.

Aunque algunos diabéticos del Tipo II requieren de inyecciones de insulina o de medicamentos orales, la mayoría mantiene su Diabetes controlada con simple dieta, por lo que a este tipo de Diabetes se le conoce como Diabetes no insulino-dependiente. La gran mayoría de gente con esta tendencia adquiere la enfermedad después de los 35 años. Es muy raro que desarrolle cetoacidosis y sólo llega a sufrir de un coma en el momento en que se deshidrata (por la pérdida de líquido corporal) y acumulan altos niveles de glucosa en la sangre. Los principales síntomas son:

- Fatiga y pensamiento lento
- Frecuencia urinaria
- Sed
- Pérdida de Peso". (9)

CAUSAS DE LA DIABETES

Debemos reconocer el hecho de que resulta difícil diferenciar entre los factores que provocan la Diabetes. Se sabe que el nivel sanguíneo de glucosa es elevado, pero ¿cuál es la causa de esta elevación? No necesariamente puede deberse a una cantidad insuficiente de insulina, sino que puede haber un defecto en las células Beta del páncreas, o exceso de alguna(s) hormona(s) en la circulación, o algo que cause que la insulina no sea efectiva. Algunos de los factores que pueden contribuir a causar la Diabetes son:

Herencia:

"Es una transmisión de 'factores específicos' o genes de una generación a otra". (10)

Se cree que el rasgo diabético es un "gene" (elemento en la célula que transmite características hereditarias y forma parte específica de una respuesta, que es acarreada de una célula a otra) recesivo, de acuerdo con las leyes de herencia de Mendel: "Según la genética clásica de Mendel, un rasgo recesivo se presenta solamente en los hijos si se hereda de ambos padres. Una persona que recibe un rasgo recesivo procedente de un solo padre es un portador y hay un

50% de posibilidades de que éste pase el rasgo a sus hijos. Si dos portadores llegaran a casarse, la posibilidad de que el rasgo diabético se presente en sus hijos sería de uno en cuatro. Aún cuando el rasgo está presente en el individuo desde el momento de la concepción, la enfermedad en sí puede manifestarse muchos años después. Los porcentajes no se afectan por el número de hijos; es decir, en el caso de un matrimonio de dos portadores, la posibilidad sigue siendo uno en cuatro, ya sea que tengan uno o quince hijos.

En años recientes, la herencia de Diabetes se ha puesto bajo estudio intensivo y ahora parece que el proceso puede considerarse más complejo y puede ser 'Multifactorial'. Varios genes y no uno solo tendrán que estar presentes en los padres, en combinaciones precisas para que se desarrolle la Diabetes en los hijos. Además de los genes, otros factores causales pueden estar relacionados". (11)

Se piensa que "la forma adulta o Tipo II de Diabetes parece ligada a una serie de genes, que son responsables de la herencia familiar de esta enfermedad, aunque el medio ambiente también conocido como 'stress', juega un papel importante. La obesidad es probablemente el factor que más influye.

La forma juvenil o Tipo I de Diabetes quizá esté relacionada a factores genéticos específicos, incluyendo una condición inmunológica en que intervienen antígenos. Se define como 'antígeno' a una sustancia, generalmente una proteína, la cual, cuando se pone en contacto con ciertos tejidos, es reconocida como extraña y provoca una respuesta, casi siempre inmunológica. A menos que uno tenga un gemelo idéntico, todos somos diferentes, debido al arreglo genético de nuestras proteínas. Estas diferencias en proteínas son llamadas antígenos ya que ellas provocan que el cuerpo reaccione formando 'anticuerpos' defensivos. Esta reacción se lleva a cabo en ciertas células sanguíneas y es importante para protegernos cuando un antígeno extraño como una bacteria o una toxina penetra al torrente sanguíneo. El cuerpo 'reconoce' esto como un material extraño y forma anticuerpos para destruirlo. La insulina por sí misma puede ser antigénica ya que puede estimular la formación y liberación de anticuerpos los cuales a su vez hacen que la insulina sea menos efectiva". (12)

A continuación se presenta una tabla que indica las posibilidades de riesgo en una familia:

POSICION DE LOS FAMILIARES CERCANOS DEL DIABETICO

PACIENTE CON RIESGO	UN PADRE DIAB.	AMBOS PADRES DIAB.	HERMANO CON DIAB.	MAS DE UN HERM. DIAB.	RIESGO ABS.
Hijo	+	-	-	-	5%
Hijo	-	+	-	-	10-15%
Hijo	+	-	+	-	10%
Hermano	-	-	+	-	5%
Hermano	+	-	+	-	10%
Hermano	-	+	+	-	20%
Hermano	-	-	-	+	10%

Valores Aproximados

Fuente:

George, Kozak (1976) Guia de Instrucción para el Diabético.
E.U.A.: Joslin Diabetes Foundation Incorporated. p.4

Edad

La Diabetes no es común por debajo de los 40 años, siendo una afección de la edad mediana y avanzada. Se cree que "el aumento de incidencia con la edad puede estar relacionado con un descenso general de las funciones corporales que la edad provoca en todas las células. Se puede observar la incidencia en los siguientes grupos de edades:

EDAD	INCIDENCIA
0-20	1 en 2500
20-40	1 en 1000
40-50	1 en 200
50-60	1 en 100
60-70	1 en 50

Fuente:

George, Kozak (1976) Guia de Instrucción para el Diabético.
E.U.A.: Joslin Diabetes Foundation Incorporated. p.2

Raza

Aunque no se ha demostrado definitivamente una mayor o menor incidencia de Diabetes en determinadas razas, muchos observadores concuerdan en que los judíos son más susceptibles a la enfermedad que otras personas. Esto puede deberse a su predilección por una dieta rica en carbohidratos y al tipo de vida sedentaria.

"También en comunidades de más recursos, la incidencia de Diabetes parece aumentar a medida que hay más riqueza. En comunidades africanas, la Diabetes entre los nativos es rara hasta que se consume una dieta alta en harinas y azúcares. Se ha sugerido como un posible factor el uso de fibras en la dieta, ya que un alto contenido en fibra reduce la incidencia de Diabetes. El mecanismo exacto del papel de la dieta en la aparición de la Diabetes, se desconoce, pero la evidencia que implica a la dieta es muy marcada". (13)

Sobrepeso

Aunque el sobrepeso resulta una causa de un bajo porcentaje en la Diabetes Tipo I, en la Diabetes Tipo II es una de las principales causas.

"El 80% de los diabéticos no insulino-dependientes recién descubiertos tienen sobrepeso. Es obvio que en adultos el exceso de peso causa una tendencia a desarrollar la Diabetes más frecuentemente que en adultos con peso normal o con déficit de peso. El aumento en el total de calorías consumidas es el factor más importante y no el tipo de alimentos consumidos. La ingestión de azúcar y otros dulces concentrados por el ser humano no es la causa de la Diabetes. La mejor medida posible para prevenir su desarrollo en una persona con familiares diabéticos es mantener su peso dentro de los límites normales". (14)

Influencia Hormonal y de otros medicamentos

Se ha comprobado que "un desequilibrio hormonal puede afectar la acción de la insulina, porque la hormona tiroidea, la epinefrina, la cortisona y el glucagón, así como la hormona del crecimiento, tienden a hacer a la insulina menos efectiva. Otros compuestos que influyen en el organismo, especialmente al páncreas, son los diuréticos y agentes anticonceptivos orales. Estos compuestos no causan Diabetes, pero algunas veces parecen aumentar la tendencia a la misma". (15)

Existe un número tal de posibles causantes de la Diabetes I y II, que resultaría imposible mencionarlas en esta investigación. Algunas de éstas son: la influencia viral, de drogas y de enfermedades, intoxicaciones, traumas físicos, embarazo, etc.

Existe la idea de que el stress juega cierto papel en la aparición de la Diabetes. La conjunción de stress y herencia se expresa en el concepto que dice:

"La herencia carga el arma y el stress jala el gatillo". (16)

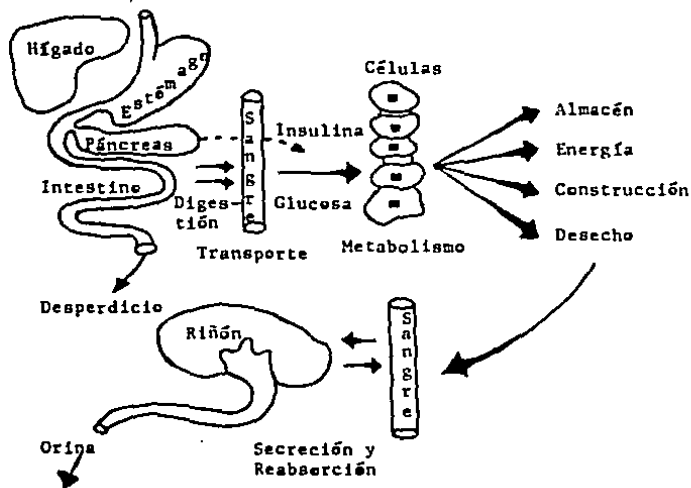
"No hay duda de que el stress juega cierto papel, pero de acuerdo al pensamiento actual, el stress por si mismo no hace que se desarrolle Diabetes a menos que la persona tenga predisposición por herencia (¿o por infección viral en etapa temprana de la vida?). Esto quizá sea la razón de que con frecuencia los pacientes hagan responsable de la aparición de la Diabetes a un stress agudo, como un accidente automovilístico, un traumatismo o un stress emocional. A menos que haya una explosión en el abdomen que destruya el páncreas, la probabilidad es que algunas circunstancias alrededor del accidente y las pruebas en el hospital probablemente desenmascaren una Diabetes incipiente, que ya estaba presente antes. Nunca se ha mostrado que el stress mental cause Diabetes. En situaciones de stress agudo, tales como el reconocimiento de peligro inmediato, se libera adrenalina. Esto hace que los niveles de glucosa en sangre se eleven, preparando al individuo para la lucha o la huida, pero este efecto es de corta duración y constituye una preparación para la emergencia. En el stress de mayor duración, puede liberarse cortisona, la cual tiene un efecto antiinsulínico. Sin embargo, estas situaciones son autolimitantes, y si el stress continúa, el cuerpo responde menos, cuanto más se acostumbre a la situación del stress". (17)

FUNCIONAMIENTO NORMAL Y FUNCIONAMIENTO PATOLOGICO

Para comprender más fácilmente el problema del diabético, resulta útil familiarizarse con el estado normal en lo que respecta al metabolismo de la glucosa.

Como es sabido, después de masticar y deglutir nuestro alimento, éste entra al estómago por el intestino delgado, en donde es digerido a través de la acción de enzimas contenidas en los jugos digestivos. El proceso digestivo rompe el alimento en pequeñas partes, que son entonces absorbidas a través de las paredes intestinales hacia el torrente sanguíneo. Una vez que se encuentra en circulación, el alimento es transportado a todo el cuerpo, en donde llega a las miles de células de las que está hecho (alrededor de 1,000 billones de células). Cada una de ellas funciona como un diminuto laboratorio que lleva a cabo reacciones químicas (metabolismo), que permiten obtener beneficios del alimento.

NUTRICION Y METABOLISMO



Fuente:

Mimi, Belmonte. Op. Cit. p.10

El alimento se utiliza de tres maneras:

"1. En la combustión de alimentos, produciendo calor, energía o calorías, que a su vez proveen al cuerpo con la energía necesaria para llevar a cabo sus variadas funciones.

2. Transformación química del alimento dentro de la célula, lo cual provee al cuerpo con materiales necesarios en la construcción de nuevos tejidos. Dado que constantemente debemos reponer tejidos, existe una demanda continua de nuevo material.

3. Almacenamiento. Cuando el consumo de alimentos es mayor que la necesidad del cuerpo por energía y material de construcción, el exceso es almacenado en hígado, músculos y tejido graso. Este último está disponible para uso en caso necesario, especialmente en periodos de ayuno". (18)

Los alimentos indigeribles son desechados y eliminados como materia fecal.

Nuestros alimentos están constituidos por diversos elementos, cuya cantidad y composición varia. Los elementos más importantes, extraídos de los alimentos a través del proceso de digestión, son las tres sustancias alimenticias fundamentales: Los hidratos de carbono o carbohidratos, los lípidos y las proteínas. Los CH son los azúcares y almidones; los lípidos son las grasas y las proteínas son las albúminas.

Las grasas son sustancias particularmente ricas en energía; 1 gramo de grasa pura produce 9.3 calorías. Las grasas son transportadas por la sangre a los diversos órganos en donde se les utiliza en seguida o se les almacena en forma de tejido adiposo cuando no existe una necesidad inmediata. Dentro del grupo de las grasas se encuentran principalmente: mantequilla, aceites animales y vegetales, manteca, cremas, etc. Las proteínas y los CH son menos ricos en energía; 1 gramo de proteína o 1 gramo de CH poseen un contenido de 4.1 calorías.

Las proteínas ingeridas con los alimentos no se utilizan tanto como combustible; su importancia radica en que ellas permiten elaborar nuevas sustancias protéicas, propias del organismo. Sirven como materia prima para la elaboración de la sustancia celular de la albúmina de la sangre, de las enzimas (proteínas en la célula que actúan como catalizadores y desencadenan reacciones químicas dentro de la misma) y de las hormonas. Estas se encuentran principalmente en los siguientes alimentos: carnes, pescado, queso, huevos, aves, ciertos vegetales, cereales y leche.

La tercera de las sustancias básicas contenida por los alimentos son los CH. Los ingerimos, sobre todo, en forma de almidones y azúcares. El almidón se encuentra en la harina y en los productos elaborados con ella; en arroz, harina de maiz, papas, etc. a todos los cuales se conoce también como carbohidratos complejos. Los azúcares o CH simples se encuentran en miel, frutas, jugos, etc.

Como se ve, la mayor parte de los alimentos que consumimos son transformados en azúcar (glucosa) ya sea en el proceso de digestión o posteriormente, a través de cambios químicos ocurridos en las células. Por lo tanto, el azúcar en la dieta no puede ser evitado y es aquí donde una deficiencia de insulina puede ser la causante de serios problemas.

Quando comemos, el 100% de lo consumido en CH irá al torrente sanguíneo después de un proceso de digestión de 3-30 minutos; el 60% de proteínas de 1 a 2 horas, y el 15% de grasas en 2 horas o más. El organismo requiere también de vitaminas y minerales, los que se pueden encontrar en

diversos alimentos. Cuando el organismo no está ingiriendo alimentos (como sucede al dormir) la glucosa se obtiene de las reservas de hígado, músculos y tejido adiposo.

Las células Alfa del páncreas producen una hormona llamada glucagón, la cual tiene la capacidad de liberar glucosa de hígado, músculo y tejido adiposo. Por lo tanto, el nivel de glucosa en la sangre (glucemia) se mantiene constante en gran medida. La ingestión de CH hace que se eleve el nivel de glucosa en la sangre, pero sólo en forma pasajera y dentro de determinados límites. La cantidad de glucosa en la sangre se mide en mg/100 ml (miligramos por 100 ml). Entre comidas, el nivel disminuye, pero nunca queda vacío gracias a la liberación de glucosa por hígado, músculo y tejido graso. En un individuo normal, en ayunas, las concentraciones de glucosa están por debajo de 100 mg/ml y después de una comida entre los 110 y 140. Con ayuda de la insulina (cuya acción será descrita más adelante), la glucosa puede pasar de la sangre a tejidos y células. Los primeros en aprovechar esta glucosa son los músculos, los que extraen esta parte de la energía necesaria para el movimiento. Cuando el músculo está en reposo y no necesita de la energía proporcionada por la glucosa, ésta es almacenada en estos órganos como reserva energética.

"El primer órgano almacenador es el hígado, en el cual se realizan la mayoría de los trabajos de descomposición y recomposición; es decir, aquellos por los cuales se desdoblan determinadas sustancias para luego producir otras. La glucosa que fluye por la sangre es convertida en reserva, llamada glucógeno, pero el hígado sólo puede almacenar cantidades limitadas; su capacidad de acumulación es a lo sumo de 70 a 80 gramos de glucógeno. Los CH suministrados en exceso a través de la alimentación pueden ser almacenados en forma casi ilimitada por el tejido adiposo. Pero también las restantes sustancias constitutivas de los alimentos ingeridos, que no son transformados en energía, son convertidas (metabolizadas) en grasa. En una palabra: Todo lo que comemos de más se deposita en el tejido adiposo y termina por llevarnos a la obesidad". (19)

Y ¿qué mecanismo se encarga de que la glucosa sea debidamente aprovechada y que la concentración de ésta en la sangre se mantenga constante? En todo este proceso el papel más importante es el desempeñado por la insulina.

La insulina es una hormona producida por las células Beta del páncreas. Las células Beta se encuentran en ciertas áreas del páncreas, llamadas islotes de Langerhans. Estos islotes contienen otras células que son las Alfa, Delta y F. Se reconoce actualmente que cada tipo de célula tiene una función específica y que cada una influye sobre la otra. Parece ser que en el caso de la Diabetes Tipo I sólo las células Beta sufren daño o son destruidas.

La función de la insulina es permitir el paso de glucosa del torrente sanguíneo a la célula. Ya dentro de ésta, la glucosa sufre una transformación metabólica, mencionada anteriormente.

El proceso de regulación de la glucosa es similar al de un termostato. Se puede representar esto con un gran recipiente al cual afluyen todos los componentes de la alimentación. Un bulbo sensible a las variaciones de la glucemia registra el aumento de concentración de la glucosa después de la ingestión de CH con la alimentación. Este dispositivo da la señal al páncreas, encargado de producir la insulina. El páncreas reacciona derramando insulina en el torrente sanguíneo. La insulina abre una válvula en el mecanismo que regula la salida de la glucosa del torrente sanguíneo. La glucosa puede pasar a la musculatura, al hígado o al tejido adiposo. La glucemia vuelve a descender a valores normales. Eso hace que se interrumpa la señal de alarma emitida por el "bulbo sensible" con destino al páncreas. Este deja de producir insulina y la válvula del sistema de regulación se vuelve a cerrar. De esa manera se mantiene la concentración de glucosa en el organismo del individuo sano dentro de los estrechos límites deseables.

"Y ¿de qué manera se da este movimiento de glucosa sanguínea? Sabemos ya que el alimento provee de glucosa y que ésta entra al torrente sanguíneo cada vez que comemos. Esto da como resultado el aumento de glucosa sanguínea después de las comidas. Sabemos también que la insulina permite que la glucosa deje la sangre y entre a las células, disminuyendo así la glucosa sanguínea, pero ¿por cuál mecanismo aparece la insulina en el momento deseado? Esta es una de las maravillas del cuerpo humano, ya que tan pronto como la glucosa sanguínea comienza a elevarse, las células Beta del páncreas son alertadas (por una serie de mecanismos neurológicos y hormonales) a producir y liberar insulina directamente al torrente sanguíneo. De hecho, se ha demostrado que al mirar o pensar en comida, el intestino y estómago mandan impulsos que activan las células Beta. La insulina es entonces liberada anticipando el aumento futuro de glucosa en la sangre.

Por lo tanto, la insulina se produce cuando se necesita. Durante el transcurso del día, pequeñas dosis de insulina son producidas durante periodos de abstinencia, en base a las pequeñas dosis de glucosa que entran a la sangre provenientes de las reservas. Con las comidas, el páncreas aumenta su producción de insulina equivalente a las dosis mayores de glucosa que entran a la sangre". (20)

En el caso de la persona diabética, la sutil regulación en el nivel de glucosa está perturbada por el hecho de que no existe la insulina, o el páncreas la produce en cantidades insuficientes. Cuando el diabético ingiere alimentos ricos en CH, la concentración de glucosa aumenta. El bulbo sensible registra dicho aumento, pero su señal de alarma, la que dirige al páncreas, no estimula en éste la producción de insulina o ésta solo se cumple en forma insuficiente. Por eso, si la válvula del mecanismo de regulación no se abre o sólo lo hace en parte, la glucosa no puede salir de la sangre o lo hace lentamente, manteniéndose la glucemia en aumento. Cuando la concentración de glucosa en la sangre asciende demasiado (a valores entre los 160 y 180 mg/100ml), el riñón comienza a eliminarla a través de la orina. A este nivel crítico se le ha dado el nombre de "umbral renal". Cuando la glucosa supera esa concentración, podemos comprobar su presencia en la orina.

"La glucosa sobrante sólo puede llegar a la orina disuelta en abundante agua; de modo que grandes cantidades de la misma solamente pueden ser eliminadas a través de grandes cantidades de orina. El agua necesaria para eso proviene del cuerpo, lo cual da origen a escasez de agua en los tejidos. Esto, a su vez, provoca sensación de sed, que será compensada con una mayor ingestión de líquido, lo cual explica dos de los principales síntomas del diabético no sometido a tratamiento: las grandes cantidades de orina y la sed.

La sensación de cansancio, la disminución del rendimiento y la pérdida de peso también pueden explicarse sobre el esquema de la regulación perturbada. La glucosa excesiva que circula en el torrente sanguíneo, pasa por los riñones y se elimina con la orina. Pero esa glucosa eliminada significa una pérdida de combustible para los músculos. La musculatura padece por falta de provisión energética y el resultado de eso es la sensación de cansancio y pesadez.

Pero como el cuerpo debe seguir cumpliendo sus funciones, apela a las reservas de energía. El glucógeno del hígado (glucosa de reserva) es rápidamente consumido. Comienzan entonces a aprovecharse las reservas contenidas en el tejido adiposo y así se consumen las adiposidades. El diabético experimenta todo esto como disminución de la capacidad de rendimiento y pérdida de peso.

Las grasas provenientes del tejido adiposo sólo se queman en forma incompleta en el hígado, a causa de la falta de insulina. Surgen así, productos intermedios que se acumulan en el organismo; son los llamados cuerpos cetónicos. Estos son expulsados con la orina y su presencia en ella se manifiesta por el aumento de acetona. Por lo general, este es un síntoma serio, pues en una situación así puede llegarse también a una hiperacidificación de la sangre y,

por consiguiente, a una grave complicación hepática: el coma diabético". (21)

La velocidad con que se presenten los síntomas dependerá de la severidad de la Diabetes.

Cuando la ausencia de insulina es total, como en el caso del niño o del joven (Diabetes Tipo I) la condición empeora rápidamente; en personas mayores u obesas que todavía producen algo de insulina (Diabetes Tipo II) el deterioro ocurre más lentamente.

La siguiente tabla describe lo que sucede en los síntomas precisos:

DIABETES NO CONTROLADA

DESCOMPOSICION (Lo que actualmente sucede en el cuerpo)	SINTOMAS (Lo que se ve)
Incremento del nivel de glucosa en la sangre.	Glucosa sang. 200+mg/dl Puede haber fatiga y pensamiento difuso.
Glucosa se desparrama en la orina.	Pruebas de glucosa en orina indican presencia. Comezón genital (infección).
Pérdida excesiva de agua en la orina.	Orina frecuente día y noche. Gran cantidad de orina. Moja cama.
Deshidratación.	Sed, boca seca y pegajosa. Pérdida de peso (pérdida de agua). Estreñimiento.
Células privadas de glucosa (combustible).	Menos energía disponible para el cuerpo, fatiga. Hambre.
Células empiezan a quemar grasa y músculo.	Pérdida de peso (pérdida de tejido).
Producción de cetonas. Acumulación en la sangre. Derrame en la orina. Envenenamiento general.	Prueba de orina + para cetonas y cetonas en el aliento. Pérdida de apetito, dolor abdominal, vómito. Dolores neuríticos.
Sangre se vuelve ácida (Cetoacidosis).	Respiración rápida y profunda.
Deshidratación empeora. Presión sanguínea cae. Fallo en el riñón.	Extrema sed y resequedad. Aumento en la debilidad. Shock y Coma.

Fuente:

Mimi, Belmonte (1983) The Diabetic Child and Young Adult; A Primer for Parents and Professionals. Montreal: Eden Press Incorporated. p.22

TRATAMIENTO

Una Diabetes no controlada o un coma diabético se puede evitar si el diabético entiende y sigue las siguientes reglas de buen control: *Dieta, Insulina, Ejercicio y Pruebas Diarias (en orina o sangre)*. La única excusa para un coma diabético sería la negligencia del nuevo diabético que no le da importancia a los síntomas y tarda en buscar atención médica.

Este apartado se refiere al tratamiento de la Diabetes Tipo I, cuyo control se da con insulina. En el caso de la Diabetes Tipo II el uso exclusivo de la dieta o de agentes hipoglucemiantes suele ser el método de control más efectivo.

"Estos agentes capacitan al páncreas para producir mayor cantidad de insulina, cuando menos temporalmente. Las tabletas tienen su máxima efectividad en las personas con Diabetes de reciente aparición (generalmente menos de 10 años de duración), en el grupo más estable (aquellos en que la Diabetes apareció a los 40 años de edad o más tarde) y en aquellos cuyos requerimientos de insulina sean menores de 20 o 30 unidades diarias". (22)

Insulina

Pocos descubrimientos en medicina han cambiado el curso de una enfermedad como el advenimiento de la insulina. Desde su descubrimiento, en 1921, ha salvado un sinnúmero de vidas y ha ayudado a millones de diabéticos a llevar vidas sanas y productivas.

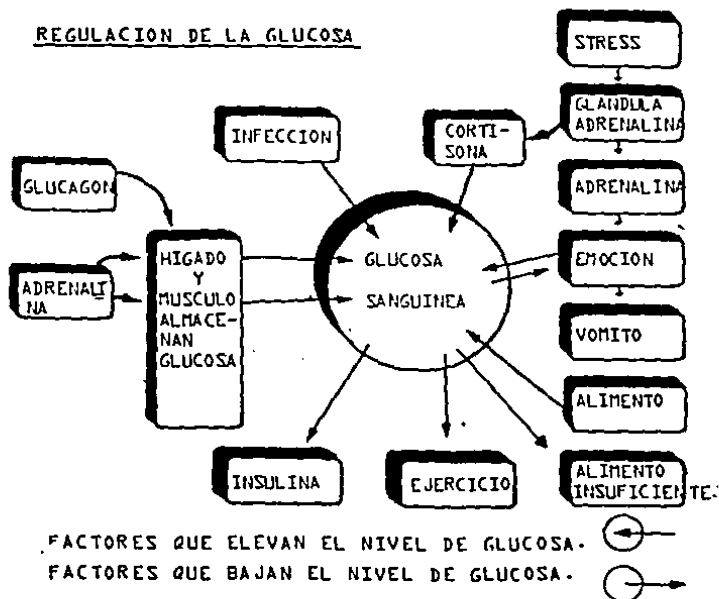
La llave hacia el uso adecuado de insulina, consiste en encontrar la dosis correspondiente a los cambios de glucosa sanguínea, producidos por la cantidad de alimentos ingeridos y el nivel de actividad física.

Esta hormona, que es una proteína formada por dos cadenas de aminoácidos conectados entre sí, no puede tomarse por vía oral porque es digerida por las enzimas de estómago e intestino. Es por ello que la insulina debe ser administrada con una inyección subcutánea. Actualmente, las insulinas de mayor uso son las que se obtienen de la res. Sin embargo, la insulina humana, ya sea "semisintética" (se logra al convertir la insulina de cerdo a una forma idéntica a la humana) o "recombinante" (hecha a través de Ingeniería Genética) se está haciendo cada vez más común. Parece ser que esta última es la de más rápida absorción y la que provoca un menor número de reacciones alérgicas, como enrojecimiento de la piel en el lugar de inyección, o la

resistencia a la insulina (necesidad de inyectar grandes dosis de insulina). La insulina difiere en lo que se refiere a su acción, sea de puerco, res o humana.

Basándose en qué tan rápido comienza a bajar el azúcar y qué tanto lo continúa haciendo (duración de la acción), la insulina se clasifica en tres categorías: acción rápida (regular), acción intermedia (NPH y lenta) y acción prolongada (Ultralenta y Protamine Zinc Insulin). El comienzo de acción y la duración de cada insulina puede variar de persona a persona, y de una marca a otra. Un sinnúmero de factores son responsables de esta variación. Dependiendo de qué tanta insulina produzca todavía el páncreas, el paciente necesitará una mayor o menor dosis. El organismo produce anticuerpos contra la insulina, probablemente como consecuencia de su origen animal. Entre más sea el número de anticuerpos presente, mayor será la dosis de insulina. Finalmente, un número de hormonas producidas por el cuerpo tienen un efecto antagónico hacia la insulina. Tienden a presentarse durante el stress o una enfermedad. Por lo tanto, las necesidades de insulina varían de persona a persona y de tiempo a tiempo en el mismo individuo.

REGULACION DE LA GLUCOSA



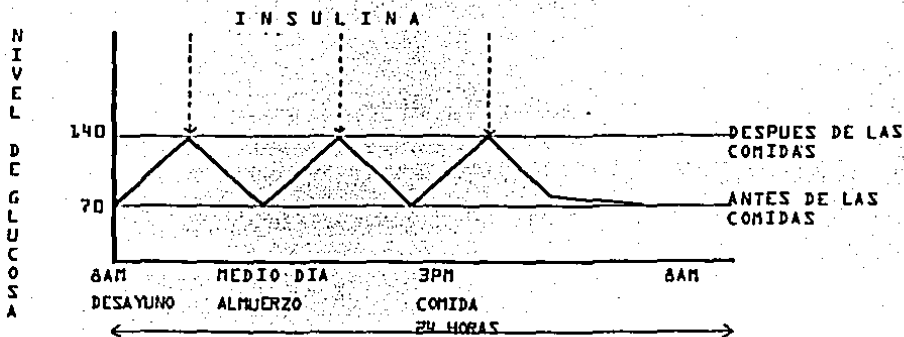
Fuentes:

Mimi, Belmonte. Op. Cit., p.52

Dieta

Hasta ahora hemos visto que el nivel de glucosa en la sangre se eleva después de las comidas y baja después, como resultado de su entrada a las células, bajo la acción de la insulina. En el individuo normal, esto ocurre de manera automática, produciendo el páncreas insulina según la demanda. Por lo tanto, la insulina es liberada varias veces al día en cantidades precisas según la cantidad de comida y el volumen de azúcar en la sangre.

CONTROL DE LA GLUCOSA EN EL NO DIABETICO



Fuente:

Mimi, Belmonte (1983) Op.Cit., p.17

En el diabético, la insulina se administra una o más veces al día. A partir del sitio de inyección, la insulina entra gradualmente a la circulación en el curso de 24 horas, sin importar el nivel de glucosa sanguíneo. Ya aplicada la insulina, su acción comienza a tomar curso, que no será afectado o alterado por las necesidades del cuerpo. Para que el diabético mantenga un control uniforme de su glucosa, es necesario que la cantidad de alimento que ingiera sea proporcional a la dosis de insulina administrada y al tiempo de acción.

Una persona no diabética no tiene que preocuparse de la dieta. Si ingiere una gran cantidad de alimento, el páncreas secreta la cantidad necesaria de insulina, pero si se omite una comida, suspende su actividad de manera temporal, para resumir su acción en el próximo alimento. El diabético Tipo I no puede tolerar este tipo de irregularidades. Si omite una comida (por ejemplo a mediodía) la insulina que se inyectó en la mañana continuará actuando para reducir la glucosa sanguínea. Por lo tanto, su nivel de azúcar puede disminuir a niveles por abajo de los normales (menos de 70 mg/dl con la posibilidad de provocar una hipoglicemia). Si en esa misma comida se excede en alimentos, la insulina que se aplicó en la mañana no será suficiente y su nivel de glucosa se irá arriba de los 140 mg/dl.

Como se puede ver, la dieta es esencial en un tratamiento con insulina: una complementa a la otra. Ya establecida la dieta, se puede ajustar la dosis de insulina de tal manera que la glucosa sea debidamente utilizada durante las 24 horas. Esto provee la energía necesaria para llevar a cabo las actividades diarias y suplir los materiales de construcción necesarios en la reparación de tejidos, así como en el crecimiento de los mismos.

En el establecimiento de una dieta, se debe tomar en cuenta lo siguiente:

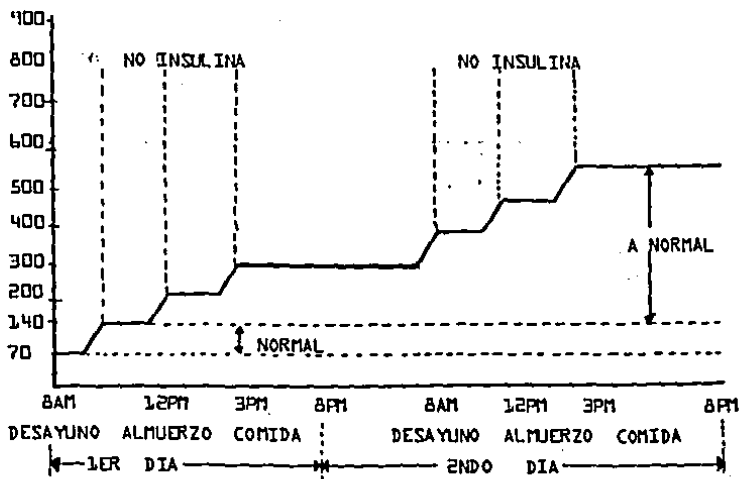
"1. La ingestión de alimentos debe repartirse en todo el día en donde $1/5$ parte deberá ser administrada en el desayuno, $2/5$ partes a la hora de la comida y $2/5$ partes a la hora de la cena, generalmente con pequeños refrigerios entre las comidas.

2. La dieta debe proporcionar cantidades balanceadas de CH, proteínas y grasas. Algunos alimentos (CH) se degradan y producen energía rápidamente; las proteínas y las grasas se utilizan con más lentitud. De los CH, algunos se utilizan más rápido que otros; los dulces no pueden ser útiles en la dieta ya que se degradan y absorben rápidamente, perdiéndose en la orina.

3. La dieta deberá proveer todos los elementos necesarios para una buena nutrición.

4. La dieta deberá proveer la misma cantidad de alimentos para mantener estabilidad". (23)

FALLO EN EL CONTROL DE GLUCOSA EN UN NUEVO
DIABETICO TIPO I (DOS DIAS DE DURACION)



Fuente:
 Mimi, Belmonte (1983) Op.Cit., p.18

Ejercicio

Antes del descubrimiento de la insulina, se sabía que el ejercicio bajaba los niveles de glucosa en el diabético. Por aquella época, el ejercicio y la dieta eran los pilares y lo son aún en el tratamiento del diabético Tipo II. En el caso de la Diabetes Tipo I o insulino-dependiente, el ejercicio puede ser un excelente auxiliar al tratamiento. En las personas que toman insulina, varios factores entran en juego para bajar la glucosa sanguínea durante el ejercicio:

1. "Los músculos activos usan glucosa como combustible en la obtención de energía. Esto es particularmente cierto en el comienzo de la actividad; más tarde, la grasa sustituye a la glucosa para tal propósito por un periodo largo.

2. El páncreas de un no-diabético tiende a cerrar la producción de insulina durante el ejercicio, mientras que el diabético experimenta un incremento en la cantidad de insulina que entra al torrente sanguíneo como resultado del aumento en el flujo sanguíneo hacia la parte ejercitada.

3. El hígado de un no-diabético libera glucosa durante el ejercicio como resultado de la producción de adrenalina y glucagón. El hígado del diabético no puede liberar glucosa bajo estas circunstancias debido al excedente de insulina circulando en su sistema. A diferencia del no-diabético, su cuerpo es incapaz de cerrar la entrada de insulina al torrente sanguíneo. La insulina bloquea el efecto de la adrenalina y glucagón del hígado y previene la salida de glucosa.

El diabético que se ejercita más de lo usual puede sufrir una baja en el nivel de glucosa sanguínea o hipoglicemia si no toma las siguientes precauciones:

1. Disminuir la dosis de insulina o
2. Comer un poco más antes de hacer ejercicio y
3. Llevar consigo algo de azúcar para evitar una baja en el nivel de glucosa
4. Traer una identificación, que notifique que la persona es diabética". (24)

Hay que tomar en cuenta que el ejercicio debe ser el adecuado a las necesidades de cada individuo: condición del corazón, edad, peso, etc., y que debe ser practicado con regularidad, lo que evitará cambios bruscos en el nivel de glucosa sanguínea.

COMPLICACIONES AGUDAS

El tratamiento de la Diabetes tiene que ser balanceado. Mucha comida puede incrementar los requerimientos de insulina. Menos cantidad de comida o más ejercicio pueden reducir el nivel de glucosa. Es importante reconocer los dos tipos de reacciones ocasionadas por alteraciones en los niveles de glucosa sanguínea. Si es bajo el nivel se le denomina Hipoglicemia; si es alto, Hiperglicemia.

CETOACIDOSIS DIABETICA VS HIPOGLICEMIA

CLAVES (Signos, síntomas, pruebas)	HIPERGLICEMIA (Cetoacidosis)	HIPOGLICEMIA (Reacción)
Glucosa en sangre	Generalmente muy alta. 300 mg/dl++	40 mg/dl o menos
Glucosa en orina	5% +	Negativa (por lo menos en 2da orina evacuada.
Acetona en orina	Fuertemente Positiva	Negativa (pueden haber trazas)
Síntomas	Sed, orina frecuente, cansancio, pérdida de peso, deshidratación, fiebre, dolor abdominal, estreñimiento, vómito, dolor muscular, olor a acetonas en el aliento, etc.	Hambre, nerviosismo, temblor, sudor frío, dolor de cabeza y de estómago, náusea, vómito, evacuación difícil, somnolencia y sueño, pérdida de conocimiento y convulsiones.
Duración de los síntomas antes de pérdida de conocimiento	Mínimo de 8-10 horas, generalmente días	Minutos
Control previo de la diabetes	Generalmente malo	Generalmente bueno
Causas	Interrupción de insulina, o dosis insuficiente; exceso de comida; infección; vómito.	Sobredosis de insulina; alimento insuficiente (vómito); actividad física extra.
Tratamiento	Insulina. Fluidos intravenosos y atención médica-hospital.	Glucosa por la boca o intravenosa o glucagón inyectado.
Prevención	Dosis de insulina apropiada, atención cuidadosa a la dieta, frecuentes pruebas de glucosa en orina y sangre.	

Fuente:

Mimi, Belmonte. Op. Cit. p.68

Estos son los dos extremos de una Diabetes mal controlada, a los que se suele llamar "Complicaciones Agudas". Ambas pueden llevar a la pérdida del conocimiento y, asimismo, ambas pueden ser evitadas, siguiendo las reglas del cuidado diabético: hábitos regulares en la alimentación y correctas dosis de insulina, en base a pruebas hechas en la sangre y orina.

PRUEBAS PARA DETECTAR GLUCOSA

Dos de los desarrollos más importantes en el tratamiento de la Diabetes en los últimos años han sido: la capacidad de medir la glucosa sanguínea en casa, varias veces al día, y la Prueba de Hemoglobina Glucosilada (HbA1C), que permite conocer el nivel sanguíneo en los últimos tres meses. Las pruebas de glucosa en orina se han vuelto obsoletas, aunque suelen ser útiles en la indicación del umbral renal. A diferencia de las pruebas de glucosa en sangre, éstas se encuentran retrasadas varias horas en relación a las primeras. Después de que una persona bebe o come, el nivel de glucosa en sangre se incrementa y, transcurridos aproximadamente 30 minutos a 1 hora, alcanza su pico máximo. Pueden pasar dos horas o más, antes de que los resultados de esta comida se reflejen en los niveles de glucosa en orina.

El automonitoreo diario de glucosa sanguínea representa un avance importante en el tratamiento, dado que investigaciones clínicas han determinado que el control cuidadoso de la glucosa sanguínea puede prevenir o retrasar algunas de las complicaciones de la Diabetes y reducir su severidad. Los pacientes que aprenden a identificar su respuesta a comida, ejercicio, stress y medicamentos pueden controlar su tratamiento y mejorar el auto-cuidado.

COMPLICACIONES CRONICAS

En lo que se refiere a "Complicaciones Crónicas", de presentarse éstas, lo hacen generalmente después de que la enfermedad ha perdurado por algunos años. Las complicaciones agudas, en cambio, pueden aparecer en cualquier momento una vez declarada la Diabetes. Estas últimas pueden evitarse, mas no así las complicaciones crónicas, que aunque pueden ser retrasadas manteniendo los niveles específicos de glucosa sanguínea por arriba o abajo de un cierto nivel, se desconoce hasta qué punto lo anterior pueda influir en su aparición.

Se cree que la "mayoría de estas complicaciones pueden ser atribuidas a un desarrollo alterado de los tejidos como consecuencia de un metabolismo anormal. Estudios hechos en animales indican que ciertas complicaciones pueden ser prevenidas retardadas y probablemente reversibles mediante un meticuloso control de glucosa sanguínea. Extendiendo estos resultados hasta el género humano, se pueden obtener estrategias efectivas de tratamiento, prevención y cura de las complicaciones de la Diabetes". (25)

Dentro de las complicaciones en el ojo se puede mencionar el glaucoma (presión aumentada por exceso de líquido en el ojo) y la retinopatía (desarrollo de nuevos y anormales vasos sanguíneos en la retina), siendo ambas resultado posible de una Diabetes mal controlada.

Con respecto a la retinopatía, varias pruebas clínicas han confirmado que la fotocoagulación (uso de rayo laser para destruir los vasos anormales) puede reducir el riesgo de ceguera hasta en un 60% en individuos que presentan retinopatía poco severa. A pesar de que se ha hecho un progreso considerable en el desarrollo de métodos de tratamiento efectivos para la retinopatía, éstos no ayudan a todos los pacientes ni previenen la causa de la misma. La causa básica de este daño vascular aún se desconoce, pero estudios recientes sugieren que los niveles elevados de glucosa pueden dañar los vasos capilares e impedir la regulación del flujo sanguíneo.

Algunas complicaciones renales también son resultado de los cambios degenerativos en los pequeños vasos sanguíneos resultantes de la Diabetes. Los riñones perderán entonces su habilidad para filtrar productos de desecho provenientes de la sangre. La etiología acerca de las complicaciones renales en la Diabetes es poco entendida. Estudios al respecto han demostrado que algunos de los cambios en el funcionamiento del riñón pueden ser reversibles o prevenidos mediante un estricto control en los niveles de glucosa, así como mediante un adecuado manejo de infecciones renales y de hipertensión. En algunos pacientes se han llegado a efectuar diálisis y trasplantes de riñón, lo que les ha permitido un rango más prolongado de vida.

En lo referente a complicaciones cardiovasculares, se cree que la arterioesclerosis ocurre a una edad más temprana y progresa rápidamente cuando se le asocia con Diabetes. Lo que sí se sabe es que el control de lípidos sanguíneos y de glucosa sanguínea, así como el control del peso y la presión, resultan ser importantes en la reducción de una posibilidad de paro, ataque al corazón y enfermedades vasculares periféricas.

La Diabetes es una de las principales causas de los desórdenes periféricos y autónomos del sistema nervioso. Las complicaciones neurológicas de la Diabetes abarcan funciones sensoriales y funciones autónomas, pudiendo resultar en sensaciones de ardor, debilidad, adormecimiento, parálisis y dolor. La falta de sensibilidad impide al paciente darse cuenta de cortadas y ampollas que se pueden llegar a infectar y gangrenar, derivando en amputación. La impotencia en el hombre es otra complicación neurológica frecuente.

Recientes estudios han demostrado que la hiperglicemia está asociada a 3 anomalías diferentes en los nervios periféricos:

- Disminución en el nivel de un elemento químico que afecta la velocidad de la conducción nerviosa.
- Aumento de actividad en caminos alternos del metabolismo de la glucosa.
- Aumento en la unión de glucosa a proteínas.

Estas alteraciones en el metabolismo pueden ser la unión bioquímica entre la hiperglicemia y la disfunción nerviosa, lo cual puede proveer las bases para un tratamiento farmacológico efectivo.

Dentro de las complicaciones crónicas se presentan las del embarazo y las del desarrollo embrionario. Los bebés de cualquier madre diabética tienen un mayor porcentaje de riesgo de malformaciones congénitas, muerte intrauterina, peso y tamaño excesivo, problemas respiratorios, hipoglicemia neonatal e ictericia. A pesar de que los mecanismos precisos de esta condición no han sido determinados, la hiperglicemia y las anomalías metabólicas relacionadas seguramente juegan una parte importante en esto. La regulación exacta de la glucosa sanguínea, así como el monitoreo fetal durante segundo y tercer trimestre, han reducido frecuencia y severidad de las complicaciones (exceptuando las malformaciones congénitas) hacia rangos asociados con mujeres no-diabéticas. La mujer diabética debe estar más consciente de las ventajas de la planeación del embarazo y el control de la glucosa.

Las complicaciones de la Diabetes de larga duración pueden ser peligrosas. Sin embargo, muchas de ellas no son tan formidables como lo fueron en el pasado, gracias a la mejoría en los tratamientos.

Se cree que los problemas psicológicos del diabético pueden ser más serios que los problemas crónicos físicos. La falta inicial de aceptación y el resentimiento al tener una enfermedad crónica es incomprensible. Los estadios en el camino de la aceptación son:

1. "Temor y desaliento
2. Alivio al no tener algo peor
3. Una expectativa al futuro y finalmente
4. Aceptación y un mejor cuidado". (26)

A pesar de todo, el mayor riesgo radica en la indiferencia y la negligencia.

En un estudio (1977) realizado por Simon entre jóvenes diabéticos bien controlados y diabéticos mal controlados, se encontró lo siguiente:

- "El grupo de diabéticos mal controlado presenta niveles incrementados de ansiedad y depresión, ya que la enfermedad progresa y con ella el mal cuidado.
- El grupo de diabéticos controlados parece ser el más sano mentalmente y en sus familias hay menor probabilidad de divorcios". (27)

CAPITULO II

DIABETES TIPO I

CAPITULO II

DIABETES TIPO I

La gente joven nunca consideraría padecer Diabetes. A una edad en la que está llena de entusiasmo, vigor y esperanza, no le parece correcto tener un padecimiento asociado, por lo común, con gente de mayor edad. Los niños y la gente joven son valientes y aceptarán enfermedades agudas con el mejor humor posible, aunque no están preparados para enfrentarse contra algo que parece durar toda la vida.

Muy a menudo los padres del niño o del joven diabético parecen estar totalmente abrumados al principio; y suelen pasar por un estado de choque al conocer de la Diabetes en su hijo. Otros pasan por varios estados, como: resentimiento, negación y otras fases, antes de adaptarse y aceptar la situación.

Los niños y los jóvenes desarrollan Diabetes posiblemente como consecuencia de infecciones y de una situación hereditaria. Otras posibles causas incluyen la influencia de la hormona del crecimiento (de la pituitaria anterior), ya que un número importante de jóvenes se vuelven diabéticos durante su impulso de crecimiento. Al inicio, los niños diabéticos parecen ser más altos que los de su edad. El pico para el inicio de la Diabetes en niñas es la edad de 11 años, y 13 en los niños, lo que sugiere que pueden estar implicadas las hormonas relacionadas con la pubertad. En lo que se refiere a la herencia, se cree que si influye decisivamente, aunque esto es difícil de precisar, dado que no siempre se tiene información referente a nuestros antepasados.

En la diabetes tipo I se presentan cuatro estadios distintos de inicio:

1. "En este tiempo del diagnóstico existe aún algo de insulina en la sangre y en el páncreas. Aunque los niveles de glucosa sanguínea pueden estar elevados después de las comidas, regresan a menudo a lo normal durante la noche.

2. La Diabetes parece mejorar y aumentar la producción de la propia insulina del paciente casi a cantidades normales. Esta 'remisión' es un estado variable, pero no debe dar lugar a falsas esperanzas y ser interpretada erróneamente como una curación. Más adelante, la esperanza se transforma en desesperación ya que, casi siempre, la situación diabética se hace más intensa. Algunas veces durante este periodo de remisión parece que los pacientes pueden ser tratados solamente con dieta o con alguna de las tabletas que disminuyen el azúcar sanguínea. En cerca de un tercio de

los niños diabéticos, este periodo de remisión se presenta dentro de los tres primeros meses del tratamiento y puede durar un tiempo indefinido. Al principio, el tratamiento intensivo parece aumentar este periodo de remisión; sin embargo, declina con un aumento de peso, infección, la pubertad o simplemente el paso del tiempo.

3. Cuando la Diabetes se vuelve intensa una vez más, a menudo los padres se sienten desalentados. Los niveles de glucosa sanguínea suben y bajan a pesar de los intentos de regulación. Desafortunadamente, la lucha que debe tener lugar en las células Beta y en otras, termina casi siempre de la misma manera: las células Beta son dominadas y el paciente ahora es completamente dependiente de la insulina proveniente de fuentes externas.

4. La Diabetes total es el resultado último. No se puede encontrar insulina en la sangre o en el páncreas, y la utilización y el almacenamiento del alimento dependen del balance entre el ingreso de éste y la insulina disponible. En el presente, se cree que la hormona del crecimiento es un factor importante en el inicio de la Diabetes. Estos pacientes dependen de la insulina sin consideraciones de edad y presentarán acidosis si se omite la insulina". (28)

DIFERENCIAS CON LA DIABETES ADULTA O TIPO II

Existen muchas diferencias entre la Diabetes Tipo I y la Diabetes Tipo II. El inicio y el curso clínico son diferentes, si bien la condición básica es la misma. Algunos médicos consideran que la Diabetes Tipo I es un tipo diferente de Diabetes, aunque esto no es necesariamente cierto. La diferencia puede encontrarse en la falta completa de insulina en el niño en crecimiento, comparada con el metabolismo de un adulto estático, cuyos procesos vitales están deteriorándose gradualmente. La Diabetes Tipo I tiende a ser agresiva e inestable, mientras que la Diabetes Tipo II es, casi siempre, mucho más estable. En la Diabetes Tipo II, el inicio puede ser muy insidioso, pudiendo muchos de los pacientes tener Diabetes por cinco años o más, sin haberse dado cuenta. Por el contrario, la Diabetes Tipo I es, a menudo, súbita y dramática.

Mientras que los diabéticos de Tipo II pueden vivir solamente con la regulación dietética, el diabético Tipo I no lo puede hacer sin insulina, cualquiera que sea la dieta. Se reconoce que la dieta es todavía importante para el control satisfactorio, aunque la insulina es por completo vital; asimismo, al igual que para el diabético de Tipo II, el ejercicio sigue siendo una parte muy importante del tratamiento. En el caso de niños y jóvenes, se requiere de

una menor motivación para el ejercicio regular, a diferencia del adulto.

"Los padres de un nuevo diabético deben aprender cuál es el plan general y los objetivos del tratamiento y lo que se debe hacer para obtenerlos. Algunos de los aspectos más importantes son:

- La técnica de aplicación de la insulina y el ajuste simple de las dosis.
- Prevención y tratamiento de las reacciones insulínicas.
- Prueba de orina o sangre y su relación con la dosis de insulina.
- Fundamentos de la dieta y cómo proveer el balance adecuado de manera interesante.
- Cómo manejar la Diabetes durante las enfermedades cortas y algunas veces intensas". (29)

PROBLEMAS CONDUCTUALES

Dificultades en el Crecimiento:

Existen inúmeras respuestas al principio de la Diabetes. En general, una vez que han aceptado el diagnóstico de Diabetes, los adultos toman una actitud filosófica y agradecen que su situación no sea más terrible. La actitud de los niños hacia la Diabetes depende de su edad:

Comprensiblemente, los niños menores de cinco años protestan hacia la inyección de insulina, aunque es más probable que la acepten cuando ven a otros hacer lo mismo. Hasta los 10 años existe el problema de que los niños se relacionen con sus hermanos y hermanas que no son diabéticos. Los primeros años de la adolescencia son periodos de experimentación, con frecuencia matizados por problemas emocionales.

La Dra. Priscilla White señala que el "estadio inicial es de aceptación con la esperanza de una curación completa o de la desaparición de la Diabetes. Cuando esto no sucede, por lo común sigue la experimentación; más tarde, un periodo en el que se niega sufrir Diabetes, y eventualmente resignación o aceptación. Para desesperación de los padres y otras personas relacionadas emocionalmente con estos jóvenes, el camino desde el primero hasta el último paso mencionados parece largo y tortuoso". (30)

En general, y sobre todo si carece de la comprensión y el cuidado amoroso de sus padres y sus médicos, poca gente joven está preparada filosófica o emocionalmente para aceptar la Diabetes como una prosecución de toda la vida.

El adolescente puede tener problemas emocionales característicos. Esto, aunado al problema que representa el tener un padecimiento crónico, que requiere de atención médica esmerada y continua, hace más difícil aún la vida de este grupo. Los problemas de conducta se inician en los diabéticos más jóvenes y aunque varían con las diferentes edades, se vuelven más profundos en la adolescencia. Las aprensiones normales de la adolescencia están amplificadas por las realidades de la vida. El adolescente debe comprender acerca de la insulina, las reacciones, las pruebas, la dieta y las precauciones que, de ordinario, el niño olvidaría, o de las cuales se encargaría alguna otra persona.

Falsificación de Pruebas:

En lo que se refiere a la falsificación de pruebas, "la persona muy joven puede aceptar las reglas impuestas por los padres. La falsificación de pruebas que hace un niño más grande es un intento para conquistar la aprobación de los padres o evitar que el regaño a él pueda conducir a un desastre. Los padres no pueden entender por qué las pruebas de glucosa en la orina son constantemente normales en casa, mientras que en el consultorio del médico, tanto las cifras de glucosa sanguínea en orina, como en sangre, se encuentran muy elevadas". (31)

A mayor edad se puede manipular la dosis de insulina. Algunas veces, los jóvenes adolescentes se aplican secretamente insulina extra para mantener de manera continua las pruebas sin glucosa, en un intento de agradar al médico u obtener el elogio de sus padres. Pueden rehusar la aplicación extra de insulina y, en ocasiones, han sido admitidos a un hospital con el diagnóstico de reacción insulínica y una historia de "no aplicación de insulina." Estas situaciones llegan a descubrirse eventualmente. Debe buscarse el tratamiento de las razones psicológicas de estos sucesos. Estos episodios se presentan más a menudo en muchachas, que son más complicadas y de mayor inventiva que muchachos de la misma edad.

Es difícil para los padres, con sus ansiedades, no sobreproteger al niño diabético o, por el contrario, insistir en un régimen demasiado estricto y no realista. Rara vez el niño diabético es descuidado, existiendo una marcada tendencia a la sobreprotección. La solución a muchos de estos problemas es trabajar personalmente con el niño diabético o con el adolescente que inicia. Las discusiones frecuentes y las pequeñas pláticas acerca de los ajustes de la dosis de insulina reforzarán la idea de que el propósito de las pruebas no es premiar o castigar, sino proporcionar la cantidad adecuada de insulina. Es importante para los padres hacer hincapié en que las pruebas de sangre o de

Orina no deben mencionarse como pruebas buenas o malas, puesto que esto no es un asunto moral.

Los adolescentes deben responsabilizarse de su propia dosis de insulina después de consultar con sus padres y con el médico, aunque las reglas no deben ser muy rígidas.

Rivalidad entre hermanos:

Otro problema emocional que puede surgir es la rivalidad fraterna, que nace desde los primeros años. Sería extraño que el diabético no tuviera resentimiento hacia hermanos y hermanas, así como éstos hacia él. Esto puede deberse a que los padres tiendan a proporcionar atención extra al diabético; atención que los hermanos no diabéticos pueden interpretar como favoritismo.

Aprobación por parte de otros:

Uno de los problemas clásicos del adolescente es la aprobación de sus compañeros, y el diabético no es excepción. Por ello, muchos jóvenes diabéticos olvidan los cuidados fundamentales de la enfermedad y se involucran en actividades que muchas veces pueden resultar peligrosas.

Ninguna persona diabética puede vivir en forma tan normal como alguien no diabético. La libertad completa para comer y ser tan activo como uno quiera, en cualquier tiempo, está restringida por un programa que debe seguir la acción de la inyección diaria de insulina. Naturalmente, el tener que seguir diariamente este plan, que requiere de agujas, jeringas, una dieta nueva o revisada y una continua atención a las infecciones, cuidado de la piel y salud en general, provoca fuertes sentimientos emocionales. La respuesta individual está influida por la edad y también por la naturaleza del inicio de la Diabetes. Igualmente importante es la ayuda (o falta de ésta) ofrecida por amigos o familiares, médicos, y el número de situaciones médicas amenazantes que se presenten. Sin embargo, un punto clave en el bienestar del paciente diabético es el grado de aceptación de la enfermedad. Esta aceptación depende de la capacidad de cada paciente para enfrentarla. Se deben entender los mecanismos que sigue la gente para adaptarse a la Diabetes.

MECANISMOS DE ADAPTACION

Negación:

La primera adolescencia suele ser una edad de negación, incluyendo aquí a los diabéticos. Sin embargo, entre los 17 y los 20 años, la gente joven empieza a asumir una actitud diferente acerca de la vida en general y de sus propias carreras en particular, y comienza a pensar en el colegio, el trabajo y el matrimonio, lo que puede ayudarla a dominar la negación de su Diabetes. Mientras llega ese tiempo, el diabético y su familia habrán de tolerar muchos días de ansiedad. "Este mecanismo es una respuesta universal y natural a un problema indeseable como la Diabetes. La negación es, por lo común, la razón principal que esgrimen los pacientes para descuidar la recomendación de buena salud. Aún la gente normal va por la vida negando intermitentemente toda clase de situaciones reales. Cuando se presenta la Diabetes, la negación del paciente puede tomar diversas formas. Poca gente se atreve a negar totalmente la existencia del padecimiento, dejando de lado o confundiendo a propósito la dosis de insulina. Sin embargo, mucha gente descuida relativamente su Diabetes aplicándose poca insulina, haciendo muy pocas consultas preventivas a su médico, y viviendo con una conducta autodestructiva que provoca un descuido crónico, más que uno agudo. Varias tradiciones sociales facilitan que algunos nieguen su problema. Los pacientes dicen algunas veces: 'Yo niego mi Diabetes todo el tiempo, excepto los 15 minutos en la mañana cuando me aplico la insulina'. Al madurar, la gente aprende a negar menos, a enfrentar su problema y a seguir el tratamiento requerido de una manera resignada, aunque ciertamente no deprimida. A menudo la educación es útil en la resolución de este problema. Las experiencias en grupos con otros diabéticos, sea en los campamentos para niños con Diabetes, en consejos para los adultos jóvenes guiados por hermanos mayores voluntarios, o los grupos de discusión para los diabéticos adultos, pueden ayudar a romper los patrones de negación". (32)

Rechazo:

Cuando la negación es extrema, toma lugar el rechazo de la Diabetes. El paciente niega por completo que la Diabetes existe. La habilidad de los diabéticos jóvenes a engañarse a sí mismos puede también engañar a sus padres y a su médico, ya que puede ser difícil detectar esta actitud.

Los padres y los hijos deben comprender que en una Diabetes típica del joven no es fácil tener pruebas de orina sin glucosa, en especial porque cesa la producción de insulina de los islotes de Langerhans. Los padres deben de entender

que, en efecto, el hijo está tratando de ayudar al tratamiento. La confianza obliga a confianza. La gente joven debe de tener razones para las pruebas. A esta edad cualquier elemento extraño al estilo de vida usual puede ser odioso. No obstante que muchos padres piensan que sus hijos diabéticos descuidan su enfermedad, lo cierto es que estos jóvenes pacientes la atienden con extremo cuidado.

La depresión se presenta con bastante facilidad en los adolescentes, y es aún más común en aquellos con Diabetes. Con frecuencia están conscientes de la muerte y la incapacidad, y temen que sus vidas se acorten por la Diabetes. Quizá sufran la tentación de pensar que pueden tener una escapada y vivir la vida a su totalidad, sin considerar todas las precauciones, pero se ha comprobado que mientras más aprenden sobre la Diabetes y se les permite tomar decisiones en su tratamiento, mejores son los resultados. Cuando los diabéticos jóvenes se dan cuenta de que al pretender que el padecimiento no existe, no logran nada, con frecuencia cobran mucho más interés en el tratamiento y tienen mejor cuidado de sí mismos.

Temor I

"La información acerca de la Diabetes a menudo confunde a los pacientes. Algunas de las estadísticas acerca de la Diabetes, o ciertos ejemplos de diabéticos a los que les fue mal, pueden producir temor. Muchas familias recuerdan las experiencias desafortunadas de sus parientes diabéticos, aún cuando la situación previa puede no relacionarse con la situación de la nueva persona diabética. Con frecuencia, estos recuerdos tienen una influencia desfavorable y negativa en el concepto que los nuevos pacientes tienen de su propia condición. El resultado natural de este tipo de influencia es la ansiedad. Los buenos consejos generan esperanza. El uso de las dosis correctas de insulina que en realidad hacen al paciente sentirse mejor y conocer a los diabéticos que han tenido éxito cuidándose a sí mismos, ayudará a dar ánimos al diabético de diagnóstico reciente. Si tales influencias positivas no ayudan, la ansiedad se convertirá en una forma absorbente de vida, que influirá en las relaciones familiares, conyugales e interpersonales. Además, la gente joven con Diabetes se rebela a menudo cuando los padres permanecen demasiado ansiosos y sobreprotectores. Parte de la gente se somete a este temor y a esta ansiedad y tiene un estilo de vida árido y frustrante, siendo incapaz de tomar decisiones importantes".

(33)

Culpa:

"La culpa es la tercera respuesta más común al diagnóstico de Diabetes. Ciertamente, si en verdad se comprenden los aspectos hereditarios de la Diabetes, cualquier aceptación de culpa por uno de los padres -o la mutua atribución de ésta- no tiene sentido. Los pacientes y sus familias albergan todavía la creencia de que por medio de la Diabetes de alguna manera están sufriendo de ciertas faltas o pecados previos. Este sentimiento primitivo hace que la persona se deprima y sea menos capaz de manejar los requerimientos diarios que supone el vivir con la Diabetes. Las personas deben eliminar la Diabetes del reino de la moral. La culpa rara vez es una forma provechosa de motivación a largo plazo". (34)

Si estos sentimientos de negación, temor y culpa pueden expresarse y discutirse adecuadamente, se podrá obtener una mejor perspectiva de la situación y se logrará la aceptación. El dominio de los sentimientos emocionales naturales sobre la Diabetes es del mayor interés para los doctores, las enfermeras, y para aquellos miembros de la familia que están tratando de ayudar a sus parientes o a sus amigos diabéticos.

CAPITULO III

PERSONALIDAD

CAPITULO III

PERSONALIDAD

CLASIFICACION

Se han hecho algunos intentos para clasificar las definiciones de la personalidad. Uno de ellos consiste en dividir a las teorías en ideográficas y nomotéticas:

Eysenck (1952) dice que:

- "Las teorías ideográficas buscan regularidades intraindividuales, estudiando pocos casos únicos; basan sus afirmaciones y suposiciones en el reporte de lo que es inmediatamente observable e interpretable; es decir, que se atiende a la interpretación que da el sujeto de lo que sucede dentro de él, de acuerdo con su percepción y con su realidad subjetiva, subrayándose las características únicas y el estudio de la personalidad total.

- Las teorías nomotéticas buscan regularidades interindividuales, estudiando al mismo tiempo a grandes conjuntos de sujetos, investigando cuáles aspectos o factores se presentan con mayor o menor regularidad; y tratan de descubrir las leyes generales que explican y gobiernan a estos factores. Si bien reconocen la existencia de hechos únicos, los explican como el punto de intersección de un número de variables cuantitativas". (35)

Otra diferenciación consiste, primero, en considerar a la persona en función de su valor como estímulo (el efecto causado en los demás) y, segundo, en considerarla en función de las respuestas (lo que la persona hace en realidad).

En el primer grupo, las definiciones serían consideradas como "populares", puesto que se basan en el criterio subjetivo de las personas. Mientras que determinado individuo puede ser agradable para unos, para otros puede resultar lo contrario.

En un intento por evitar las dificultades al tratar de definir la personalidad en función de los estímulos, muchos psicólogos han optado por considerarla como respuesta. En este segundo grupo se vincula a la personalidad con ciertas manifestaciones objetivas, estudiadas mediante técnicas de la Psicología Científica. En este grupo tenemos definiciones como las de:

- Kempf (1919) define la personalidad como "la forma habitual de adaptación que realiza el organismo entre sus impulsos egocéntricos y las exigencias del medio ambiente". (36)

- Morton Prince (1924) afirma que "personalidad es la suma total de todas las disposiciones biológicas, de impulsos, tendencias, apetitos e instintos hereditarios del individuo y de las disposiciones y tendencias adquiridas". (37)

- Floyd Allport (1924) dice que "personalidad son las reacciones características del individuo a los estímulos sociales y la calidad de su adaptación a la idiosincrasia de su ambiente". (38)

- Symonds (1928) define la personalidad como "el retrato o panorama de un organismo que trabaja unido en todas sus fases". (39)

- Gordon W. Allport (1937) dice que la "personalidad es la organización dinámica, dentro del individuo, de aquellos sistemas psicofísicos que determinan su peculiar ajuste al ambiente". (40)

Esta última definición reconoce la naturaleza cambiante de la personalidad (una organización dinámica): atiende los aspectos internos, prefiriéndolos a las manifestaciones externas; pero establece las bases del valor de la personalidad como estímulo social (ajustes únicos a su ambiente).

Resulta importante tomar en cuenta la teoría de Allport, ya que Cattell utilizó muchos lineamientos de ésta para elaborar la suya propia.

PERSPECTIVA HISTORICA

Desde épocas remotas, el hombre ha dirigido su atención hacia sí mismo en la búsqueda de una explicación de lo que sucede en el mundo externo. Han existido dos tendencias:

- La de los hebreos, que hablan de poderes internos inescrutables y oscuros, parecidos a los externos que manejan al hombre. El tratar de conocer esas fuerzas es malo, dejando el conocimiento sólo a Dios.

- La de los griegos (tiempo de Sócrates y Platón), que dicen que mediante el razonamiento se puede llegar al entendimiento y control de uno mismo, y que esto se convierte en el camino a la salvación de un estado moral a punto de colapsarse.

También perciben la existencia de fuerzas malévolas que llevan al ser humano a su derrumbamiento. Platón, en su República, nos habla de deseos y placeres no necesarios que aparecen durante el sueño y mueven al hombre a cometer actos desastrosos durante el mismo.

Sus obras no tratan directamente sobre la personalidad, pero sí están impregnadas de muchos de los conceptos que actualmente se ocupan de diversas teorías de la personalidad.

PERSONALIDAD SEGUN CATTELL

Cattell (1965) dice que el estudio de la personalidad ha pasado por tres fases principales:

- "Literaria y Filosófica

Es considerada como un juego personal de interés súbito y de creencias convencionales, que va desde el primer hombre pensante hasta el novelista y dramaturgo más reciente.

- Protoclínica

Surge a través de los intentos de medición para tratar la conducta anormal, enfermos y cuyo tema se basó en las generalizaciones psiquiátricas de hombres como Freud, Jung, Adler, etc.

- Cuantitativa y Experimental

Inicia a principios de siglo y ha rendido frutos hace sólo 10 o 15 años". (41)

Según Cattell, para los griegos existía un parentesco consanguíneo entre el hombre y la naturaleza. El filósofo Collingwood sostenía que la tierra, el aire, el fuego y el agua (elementos de Empédocles) constituían las unidades básicas de la composición de todas las cosas. La mezcla y la separación (sinéresis y diáresis) de estos elementos irreductibles -según razonaba Hipócrates-, producía diferentes fluidos vitales (humores) tales como la flema, la sangre y las bilis negra y amarilla, que constituían los determinantes básicos de los temperamentos de un individuo y de los tipos de personalidad. Así, en la tipología hipocrática de las personalidades sanguínea, melancólica, flemática y colérica, puede atestigüarse una fusión de estos elementos.

La teoría específica de los tipos de temperamento buscaba una congruencia entre la organización de la personalidad y los determinantes distales del mundo.

El hombre occidental ha seguido pensando en términos de tipos. Sin embargo, aunque éstos permiten una visión ordenada del universo, las tipologías nos apartan de la consideración específica de la personalidad individual. Las tipologías pueden ser simples -como la de Hipócrates-, o estilizadas -como se ha visto en el sistema jungiano-, que permuta la dimensión consciente-inconsciente con las

actitudes de introversión-extroversión, y las funciones de pensar, sentir, percibir e intuir. En cada caso se sacrifica el grano fino de las diferencias individuales en beneficio de una descripción nomotética más amplia.

Hay ciertas indicaciones de una tendencia contraria en las contribuciones de Teofrasto, el fundador de la caracterología literaria. En los caracteres, Teofrasto se centró en los rasgos humanos, tales como se desarrollan, para dar color y sabor a la vida del individuo. El más leve matiz de conducta se tejía dentro de una visión compuesta del estilo de vida del individuo. En su mayor parte la tradición estética de la caracterología literaria se ha limitado al campo literario, no logrando penetrar dentro de las fronteras de la psicología académica.

En la República, Platón concebía una sociedad ideal compuesta por plebeyos, guerreros y reyes-filósofos. Dentro del marco de esta sociología global, postulaba que los individuos que formaban esas clases ordenadas eran motivados por tres categorías diferentes de impulsos. El rey-filósofo era impulsado por anhelos de verdad y conocimiento (por el bien); el valor y la fortaleza motivaban al guerrero y, al plebeyo, el deseo y las necesidades más viles. Por lo tanto, tenemos el concepto de una sociología sustentada por una psicología de la motivación individual. Platón especulaba que el rey-filósofo estaba bien desarrollado en la región cerebral (asiento de la razón); el guerrero destacaba por su desarrollo torácico (asiento del valor), y el plebeyo se caracterizaba por una zona visceral (asiento del deseo). En Platón se hallan sentadas las bases para una teoría del hombre que rinde el debido respeto a los demás determinantes, tanto sociológicos y biológicos como psicológicos. La preocupación por el cambio y el desarrollo dentro de la estructura viva puede remontarse a la antigua Grecia. En Aristóteles encontramos una interesante noción de proceso. En respuesta a la pregunta: ¿Qué es una bellota?, Aristóteles observaba que no sólo hay que mirar lo que algo parece ser, sino también lo que tiende a llegar a ser; dicho de otra forma el ser-en-capacidad contra el ser-en-perfección.

La siguiente serie de preguntas, que derivan del clima intelectual del siglo III AC puede formularse para evaluar teorías contemporáneas de la personalidad:

- ¿Cuáles son las unidades básicas de la organización de la personalidad individual?

(¿Cómo se halla construida intrapsíquicamente la persona?; los elementos propiamente dichos de la construcción de teorías, lo que constituye el problema estructural).

- ¿Cuáles son los deseos, las necesidades y las apetencias que impulsan a un hombre hacia la acción?
(En la psicología contemporánea, expresamos este asunto en términos de instigación, regulación y manutención. Constituye el problema de la motivación).

- ¿Cuál es la relación entre el desarrollo precoz de la personalidad y la estructura de la personalidad en la vida posterior?

(¿Cómo tienen lugar los cambios y cómo se modifica la persona a través del tiempo? Las investigaciones de esto (procesos diacrónicos) tratan de esclarecer secuencias del desarrollo).

- ¿Cuál es la relación entre los sucesos ambientales (estímulos) y la organización de la personalidad? ¿Cuáles son las fuerzas que moldean y modifican la conducta en la vida cotidiana?

(Este interés por el papel de las influencias inmediatas (sincrónicas) sobre la personalidad, se centra en la identificación de los determinantes ambientales de la conducta).

ANÁLISIS FACTORIAL

Raymond Bernard Cattell nació en 1905 en Staffordshire, Inglaterra, donde se educó; en 1924 obtuvo el título de bachelor en ciencias y en 1929, el de doctor en psicología, ambos en la Universidad de Londres. Desde 1928 hasta 1931 fue profesor de la Facultad del South West, de Exeter, Ing., y desde 1932 hasta 1937 director de la City Psychological Clinic de Leicester, Ing. En 1937, la Universidad de Londres le otorgó el título de doctor en ciencias por su contribución a la investigación de la personalidad. Durante el período de 1937-1938, trabajó como investigador asociado en el Teacher's College de la Universidad de Columbia, tras de lo cual se desempeñó como profesor de psicología del G. Stanley Hall de la Universidad de Clark hasta 1941, año en que comenzó a dictar cátedra en la Universidad de Harvard.

El Cuestionario de los 16 Factores de la Personalidad (16 FP) fue elaborado en 1946, basándose en la investigación factorial. A Cattell, junto con otros autores -como Joy Paul Guilford y Hans Jurgen Eysenck-, se le considera representante de las Teorías Factorialistas. Estas, por lo general, poseen un conjunto de variables o de factores que se toman como explicativos de la conducta humana. Estas variables se han derivado en gran escala con muchos sujetos y usando una gran cantidad de medidas que permiten una calificación rápida y sencilla. Estas teorías derivan sus cualidades de la técnica estadística, conocida como Análisis Factorial.

"El procedimiento del Análisis Factorial empieza con un conjunto de observaciones obtenido de una muestra por medio de medidas a priori de variables básicas. Es un método para analizar este conjunto de observaciones en base a sus interrelaciones y determina si las variaciones presentadas se pueden explicar en forma adecuada por un número menor de categorías básicas, que aquellas con las que se inició la investigación. En esta forma, datos resultantes de un gran número de medidas a-priori pueden ser explicados en términos de un número menor de variables de referencia. Esta técnica brinda un modelo matemático para describir ciertas áreas de la naturaleza. Se interrelacionan una serie de calificaciones de pruebas u otras medidas, para determinar el número de dimensiones que ocupa el espacio de la prueba, y para identificar estas dimensiones en términos de rasgos u otros conceptos generales. Las interpretaciones se hacen observando que pruebas caen sobre una determinada dimensión, e infiriendo lo que éstas tienen en común y lo que está ausente de otras pruebas que no caen en la misma dimensión. Las pruebas se relacionan hasta el grado en que miden rasgos comunes. Observando y analizando el patrón de interrelaciones, se infiere la operación de uno o más rasgos u otras fuentes de variación subyacentes". (42)

El Análisis Factorial intenta explicar -desde el punto de vista estadístico- las diferencias, en rasgos existentes, entre los individuos, más que la organización mental dentro de cualquier persona. Ha encontrado aplicación en áreas como el estudio de respuestas condicionadas, de la inteligencia, de la dinámica del aprendizaje en animales, de baterías de pruebas industriales y vocacionales; estudios de personalidad, de discriminación auditiva, de conducta, etc.

El 16 FP es un test de personalidad y en la terminología psicométrica, los tests de personalidad son "instrumentos para la medida de las características emocionales, motivacionales, interpersonales y de actitud, como contrapuestas a las aptitudes". (43)

Estos 16 factores no tienen nada en común con la interpretación de "cantidad que sirve para multiplicar otra", ni tampoco como "detalle o peculiaridad". Deben entenderse como características, rasgos fundamentales, impulsos y tendencias permanentes o lo esencial del carácter.

El 16 FP se basa en el Método del Análisis Factorial. El teórico factorial comienza el estudio de la conducta de cada uno de los sujetos de un grupo numeroso con una gran cantidad de puntajes derivados de cuestionarios, estimaciones, tests situacionales o cualquier otra fuente que provea de una medida significativa y cuantificable de la conducta. Estas mediciones deben encarar aspectos diferentes

de la conducta. Una vez obtenidos los índices externos, el investigador aplica la técnica del A.F. a fin de descubrir los factores subyacentes que determinan o controlan el cambio de las variables externas. Espera, así, identificar un pequeño número de factores básicos cuya acción explique la mayoría de las variaciones operadas en la gran cantidad de medidas que constituyeron su punto de partida. El A.F. no sólo aísla los factores fundamentales, sino que proporciona una estimación del grado en que cada uno de ellos contribuye a determinar cada medida o conjunto de puntajes.

Hay, en esencia, dos formas en las que la ciencia puede avanzar hacia un desarrollo de sus conceptos verdaderamente eficaz:

- Una es mediante el proceso de tentativa conceptual y error, en la cual investigador tras investigador tropiezan ante las obscuridades de la naturaleza, y prueban concepto tras concepto hasta encontrar uno que se adecúe mejor a los hechos y brinde predicciones más apropiadas.

- La segunda consiste en desarrollar un plan experimental representativo:

Según alguna técnica de muestreo, se someten a prueba variables y luego se emplea un método matemático -como el Análisis Factorial- para aislar el número comparativamente pequeño de influencias subyacentes, que son responsables de las relaciones de covariación observadas entre las variables individuales ya medidas.

Los estudios de Cattell giran alrededor del Análisis Factorial, del que derivan las variables que considera más importantes para la explicación de la conducta humana. Sigue los pasos de Gordon Allport -en cuanto a que su posición puede llamarse una "Teoría del Rasgo"- y de Kurt Lewin -con respecto a su habilidad para trasladar las ideas psicológicas a las formas matemáticas explícitas-.

Para Cattell la personalidad es "aquello que permite predecir lo que una persona hará en determinada situación". (44)

Por lo tanto, el objetivo de la investigación psicológica de la personalidad consiste en establecer leyes acerca de lo que diferentes personas harán ante todo tipo de situaciones sociales y ambientales. La personalidad concierne a toda la conducta del individuo, ya sea manifiesta o latente.

Cattell considera a la personalidad como una estructura compleja y diferenciada de rasgos, cuya motivación depende en gran medida de un subconjunto llamado "Rasgos Dinámicos". Para él, un rasgo es una "estructura mental inferida a partir de la conducta observada y destinada a explicar la regularidad o coherencia de ésta". Juzga que existen:

- Rasgos Singulares que sólo corresponden a un individuo particular y que no aparecen de la misma forma en ninguna otra persona.

- Rasgos Superficiales que representan grupos de variables manifiestas o abiertas que al parecer operan en conjunto.

- Rasgos Fundamentales, los cuales representan variables subyacentes que intervienen en la determinación de múltiples manifestaciones superficiales". (45)

Si encontramos una cantidad de hechos que parecen producirse juntos, podemos preferir el considerarlos como una sola variable, mientras que los rasgos fundamentales sólo son identificables mediante el Análisis Factorial, que permite al investigador la estimación de las variables o factores que residen en la base de esta conducta.

El rasgo fundamental se subdivide en:

- Rasgo Fundamental Constitucional, relacionado con los patrones que surgen de condiciones o influencias internas (reflejan la herencia).

- Rasgo Moldeado por el ambiente; es decir, los patrones que surgen del efecto modelador de las instituciones sociales y las realidades físicas que constituyen el patrón cultural.

Y según la modalidad de su expresión, en:

- "Rasgos Dinámicos, que son relativos a la movilización del individuo hacia el logro de algún objetivo.

- Rasgos de Aptitud, que son los que atañen a los aspectos constitucionales de la respuesta como velocidad, energía y reactividad emocional". (46)

Según el criterio de Cattell, hay tres grandes fuentes de datos sobre la personalidad:

- "La historia personal o datos L:
Puede incluir informes de la conducta de una persona en sociedad, como escolares y legales. Hecha por personas que conocen al individuo en su ambiente vital real.

- Cuestionario de autoevaluación o datos Q:
Incluye las propias apreciaciones personales sobre la conducta, procurando un "interior mental" para el registro externo obtenido por los datos L.

- Test objetivo o datos T:

Está basado en la creación de situaciones especiales en las cuales puede clasificarse la conducta de manera objetiva; por ejemplo: tareas con lápiz y papel, o incluir instrumentos de varios tipos". (47)

Cattell ha intentado localizar los rasgos generales de la personalidad, conduciendo estudios separados de Análisis Factorial y utilizando las tres fuentes de datos ya citados. Supone que si surgen los mismos rasgos fundamentales de estas tres fuentes, proporcionarán pruebas decisivas de que son unidades funcionales y no meros instrumentos de un método.

El que un rasgo posea unidad funcional significa que debe haber diferentes indicadores del rasgo, que varíen juntos, o que se manifiesten de manera consistente.

PERSONALIDAD DEL ADOLESCENTE Y DEL ADULTO JOVEN

El concepto de personalidad ha quedado brevemente explicado, por lo que resulta esencial aplicar esos principios a las etapas de personalidad comprendidas en esta tesis, que van de los 15 a los 27 años.

Básicamente de los 15 a los 27 años encontramos comprendidas las etapas de adolescencia y adultez joven, y a pesar de que resulta difícil diferenciar entre una y otra, se intentará dar un enfoque global, basado en las teorías de diversos autores.

La adolescencia es el periodo que nos sitúa entre la infancia, que dejamos atrás, y la edad adulta, en la que nos embarcamos. En términos generales, se tiende a aceptar la definición de madurez hecha por Sigmund Freud; a saber: la capacidad de amar y de trabajar. En culturas menos sofisticadas, el adolescente es considerado como un adulto, preparado para asumir responsabilidades de trabajo, para casarse, tener hijos y educarlos. En sociedades más complejas como la nuestra, el adolescente es considerado todavía un niño en la mayoría de los aspectos.

"En la sociedad occidental, para que un adolescente llegue a ser verdaderamente adulto y no simplemente maduro en lo físico, tiene que llevar a cabo una serie de tareas básicas de desarrollo: ajuste a los cambios físicos de la pubertad y del crecimiento posterior adolescente, y a la corriente de pensamientos nuevos a que da lugar la maduración sexual; el desarrollo de su independencia respecto de los padres o de otras personas que se encargan de él; el establecimiento de efectivas relaciones sociales y de trabajo con coetáneos del mismo sexo y del opuesto, y la preparación para una vocación que tenga sentido. En el proceso de enfrentamiento a tales desafíos, la persona joven tiene que desarrollar también, paulatinamente, una filosofía de la vida, una visión del mundo y un conjunto de creencias morales y de normas directrices que, por más sencillas y básicas que sean, no son 'negociables'. Una filosofía fundamental es esencial para poner orden y congruencia en las numerosas decisiones que un individuo tendrá que tomar y en los actos que tendrá que cometer en un mundo diverso, cambiante y a menudo aparentemente caótico. Y el joven tiene que desarrollar un sentido de identidad (alguna idea de lo que es, de dónde se dirige y de cuales son sus posibilidades de llegar allí)".

(48)

Havighurst (1953) enumera las siguientes diez metas que debe alcanzar el adolescente a fin de llegar al estado adulto:

- 1) "Lograr relaciones nuevas y más maduras con iguales de los dos sexos;
- 2) Lograr un papel social masculino o femenino;
- 3) Aceptar el físico que se tiene y usar con eficiencia el cuerpo;
- 4) Alcanzar la independencia emocional respecto de los padres y de otros adultos;
- 5) Lograr una seguridad de independencia económica;
- 6) Elegir y prepararse para una ocupación;
- 7) Prepararse para el matrimonio y la vida familiar;
- 8) Desarrollar capacidades y conceptos intelectuales necesarios para la competencia cívica;
- 9) Desear y lograr una conducta socialmente responsable;
- 10) Adquirir una serie de valores y un sistema ético como guía de la conducta". (49)

En su libro "Infancia y Sociedad", Erik. H. Erikson diseñó un gráfico que mostraba el desenvolvimiento de la vida en secuencias observables, en donde cada etapa está señalada por una crisis. La palabra "crisis" no implica una catástrofe sino un punto decisivo; un período de vulnerabilidad creciente y potencial elevado.

Una de éstas es la de "Identidad versus Confusión de Rol". Se dice que en esta etapa comienza propiamente la juventud. El adulto joven debe enfrentarse todavía a conflictos no resueltos durante su niñez. Lo que aún suele perturbarle principalmente es la incapacidad para decidirse por una identidad ocupacional. Para evitar la confusión, se sobreidentifica temporalmente -hasta el punto de una aparente pérdida completa de la identidad-, con los héroes de las camarillas y las multitudes. Se dedicará a buscar los valores sociales que lo quien a la identidad. Se inicia la etapa del "enamoramiento", que en modo alguno no es total o siquiera primariamente sexual, salvo cuando las costumbres así lo exigen. En grado considerable, el amor adolescente constituye un intento por llegar a una definición de la propia identidad proyectando la propia imagen yóica difusa en otra persona y logrando, así, que se refleje y se aclare gradualmente. A ello se debe que una parte tan considerable del amor juvenil consista en la conversación.

En la etapa de "Intimidad versus Aislamiento", el joven que surge de la búsqueda de identidad y la insistencia en ella, está ansioso y dispuesto a fundir su identidad con la de otros. Está preparado para la intimidad o para la capacidad de entregarse a afiliaciones y asociaciones concretas y para desarrollar la fuerza ética necesaria para cumplir con tales compromisos, aún cuando éstos pueden exigir sacrificios significativos. "Ahora el cuerpo y el yo deben ser los amos

de los modos orgánicos y de los conflictos nucleares, a fin de poder enfrentar el temor a la pérdida yóica en situaciones que exigen autoabandono: en la solidaridad de las afiliaciones estrechas, en los orgasmos y las uniones sexuales, en la amistad íntima y en el combate físico, en experiencias de inspiración por parte de los maestros y de intuición surgida de las profundidades del sí mismo. La evitación de tales experiencias debido a un temor a la pérdida del yo puede llevar a un profundo sentido de aislamiento y a una consiguiente autoabsorción". (50)

La contraparte de la Intimidad es el Distanciamiento: la disposición a aislar y a destruir aquellas fuerzas y personas cuya esencia parece peligrosa para la propia, y cuyo "territorio" parece rebasar los límites de las propias relaciones íntimas. El peligro es que estas relaciones competitivas y combativas se experimentan con y contra las mismas personas. Pero a medida que se van delineando las áreas del deber adulto eventualmente quedan sometidas a ese sentido ético, que constituye la característica del adulto. Puede ya desarrollarse plenamente la verdadera genitalidad, pues gran parte de la vida sexual que precede a estos compromisos corresponde a la búsqueda de identidad, o está dominada por las tendencias fálicas o vaginales que hacen de la vida sexual una suerte de combate genital. El peligro de esta etapa es el aislamiento o la evitación de contactos que llaman a la intimidad. En psicopatología, ese trastorno puede llevar a serios problemas de carácter.

Dentro de la etapa de "Generatividad versus Estancamiento", el joven se preocupa por establecer y guiar a la nueva generación, si es que la tiene. La generatividad constituye una etapa esencial en el desarrollo psicosexual y también en el psicosocial. Cuando tal enriquecimiento falta por completo en el individuo, tiene lugar una regresión a una necesidad obsesiva de pseudointimidad, acompañada a menudo, de un sentimiento general de estancamiento y empobrecimiento personal. Los individuos comienzan a tratarse a sí mismos como si fueran su propio y único hijo y cuando las condiciones los favorecen, la temprana invalidez física o psicológica se convierte en el vehículo de esa autopreocupación. El sólo hecho de tener, o incluso de desear tener, no basta para alcanzar la generatividad. Las razones se encuentran en las impresiones de la temprana infancia, en un excesivo autoamor basado en una personalidad autofabricada y en la falta de alguna creencia en la especie, que convirtiera a un niño en una responsabilidad que la comunidad acoge de buen grado.

El adulto joven diabético puede participar en la inquietud de la etapa de "Integridad del Yo versus Desesperación". La falta o la pérdida de esta integración yóica se expresa en el temor a la muerte; no se acepta el único ciclo de vida como lo esencial.

La desesperación expresa el sentimiento de que ahora el tiempo que queda es corto, demasiado corto para intentar otra vida y para probar caminos alternativos hacia la integridad.

Erikson (1956) describe a la posadolescencia como una "moratoria psicossocial". La moratoria psicossocial de Erikson es definida por él como un periodo "durante el cual el sujeto, mediante la experimentación de un rol libre, puede encontrar un nicho en alguna sección de su sociedad, un nicho que es firmemente definido pero que parece ser hecho únicamente para él. Al encontrarlo, el joven adulto gana un sentido asegurado de necesidad interna e igualdad social que será un puente entre lo que era de niño y en lo que pronto se convertirá, y reconciliará la concepción de sí mismo y el reconocimiento que su comunidad tenga de él". (51)

En su libro "Las Crisis de la Edad Adulta", Gail Sheehy (1984) menciona que los estudios existentes de la niñez, la adolescencia y la vejez son muy extensos, pero que después de los veinte años se ha hecho muy poco. Tanto los adolescentes como los ancianos se encuentran en instituciones (escuelas o residencias), por lo que resultan presas fáciles de estudio, mientras que los adultos se ubican en la línea central de una sociedad confusa y enmarañada.

Se cree que los años que transcurren entre los dieciocho y los cincuenta constituyen el centro de la vida, el despliegue de las oportunidades y capacidades máximas. Pero sin nada que guíe, por las modificaciones interiores, en el camino al pleno estado adulto. Se tiende a pensar, en este periodo, que la conducta es la prueba de inadecuación y no una etapa válida de una secuencia de evolución, lo cual puede ser aceptable en la niñez. Comúnmente se tiende a culpar, de los periodos de desequilibrio, a personas o instituciones próximas.

Esta autora llama al periodo que comprende de los veinte a los treinta años como los "Penosos Veintes". En él, la concentración es dirigida al dominio de lo que se siente, y lo que se supone se debe hacer. El periodo anterior a los veintes se reconoce por el saber lo que no se quiere hacer, y el posterior por el que empuja hacia lo que se quiere hacer.

"Los objetivos de esta etapa son grandiosos y estimulantes: dar forma a un sueño, prepararse para una vida de trabajo; si es posible, encontrar un mentor y conformar la capacidad para la intimidad, sin perder ninguna estructura del yo que hasta ese momento se haya logrado plasmar. Se debe erigir la primera estructura de prueba alrededor de la vida que se elige intentar". (52)

Es la etapa del "Tengo Que" definido éste por el destino familiar, y/o los prejuicios de nuestros padres. Uno de los aspectos terribles de los veinte años es la convicción de que las elecciones que se hacen son irrevocables, lo cual resulta falso. No sólo es posible que se produzcan cambios, sino que hasta cierto punto es inevitable que tenga lugar alguna alteración de las elecciones originales. En este periodo actúan dos impulsos:

- "Uno de ellos es el de edificar una estructura firme y segura para el futuro, contrayendo fuertes compromisos que apuntan hacia el asentamiento.

- El otro consiste en explorar y experimentar haciendo que toda estructura sea provisional y, por lo tanto, fácilmente reversible. Llevado al extremo, la gente salta de un trabajo de prueba a otro y de un encuentro personal limitado a otro". (53)

El equilibrio entre estos dos impulsos es el que marca las diferencias entre las formas en que la gente atraviesa este periodo de adultez provisional; también determina el modo en que se siente con respecto a sí misma al final del pasaje.

En la sociedad actual la etapa de la adolescencia suele prolongarse, puesto que muchas veces el joven no tiene que decidir su vida, sino hasta los 25 años o más.

En lo referente al desarrollo de la personalidad del diabético se puede mencionar lo siguiente:

"La Diabetes, como una enfermedad física seria, tiene efectos en el desarrollo de la personalidad del niño:

A los 2 años el sujeto depende totalmente de la madre y ella será la responsable del cumplimiento de lo indicado; entre los 5 y 6 años se lleva a cabo el desarrollo físico y motor. Esto se acompaña de sentimientos de competencia con otros niños, pero en el diabético esto se une a la ansiedad. Si ésta es muy grande y se presenta en los años escolares, se puede inhibir el aprendizaje.

A los 7 años se empieza una nueva etapa, ya que el niño está calmado, se relaciona más con sus padres, se une más a sus compañeros y quiere parecerse a ellos. En este momento la Diabetes afecta mucho, pues el paciente se siente débil y diferente, en comparación con los demás.

Alrededor de los 11 años, el paciente debe aprender a hacer sus análisis de orina, inyectarse y tomar parte activa en el planteamiento de su dieta. En la pubertad, la Diabetes envuelve, tanto al paciente como a sus padres, entre la realidad y la fantasía. Los padres deben buscar la forma de evitar sus fantasías de muerte sobre el hijo; en esta época el sujeto también está interesado en los cambios que está sufriendo su cuerpo y busca más independencia. El surgimiento de problemas posteriores puede ser causado por una pobre relación entre padres e hijos. A pesar de lo mencionado anteriormente hay que vigilar la dieta del diabético, pues se establece una lucha entre la necesidad de ser gratificado y la frustración por no poder comer de todo. Se debe buscar que el diabético acepte responsablemente su enfermedad, para que la maneje de manera adecuada.

En la adolescencia, la Diabetes es algo verdaderamente traumático, pues hay que vivir y resolver dos problemáticas diferentes: la crisis de identidad del sujeto es mayor - surgiendo los conflictos entre dependencia e independencia-, y él se vuelve más inaccesible, sobre todo para sus padres y puede tratar de manipularlos a través de su enfermedad. El aplicarse insulina inadecuadamente o producirse una acidosis habla sobre una severa patología emocional.

Al comenzar la edad adulta, la personalidad del diabético queda más establecida, ya que se tiene la posibilidad de elegir una carrera, así como su vida social y sexual; a pesar de esto también pueden aparecer conflictos causados por ciertas complicaciones: de tipo vascular, entre las que están las de coronarias, amputaciones, cegueras, abortos, etc. Para el paciente, esto implica pérdida de funciones. El ajuste a estas situaciones dependerá de la conducta emocional anterior, así como el tipo de trastorno. A pesar de esto, los diabéticos se vuelven hostiles y temen fallar. Esto en ocasiones les hace pensar que lo que les está sucediendo se debió a un mal manejo de su tratamiento en el pasado". (54)

Para ejemplificar más claramente las sensaciones que la Diabetes ocasiona tanto en adolescentes como en adultos jóvenes, se muestran a continuación los siguientes textos de tres sujetos diabéticos:

María Fuller:

"Tengo dieciséis años, he tenido esta enfermedad durante diez años y todavía la odio. Nunca me voy a acostumbrar. Desde que tenía once años, y mi vecino no dejaba a su precioso hijo nadar en la misma alberca que yo por miedo a que le fuera a contagiar, nunca le he hablado a nadie voluntariamente acerca de la enfermedad. Tampoco he salido con ningún muchacho. ¿Cómo podría? ¿Qué pasaría si empiezo a decir cosas incoherentes o empiezo a actuar raro debido a una reacción? Díganme, si es que pueden, ¿cómo puedo manejar este tipo de situación? ¿Saben qué? No me pueden decir nada. No hay manera de manejar este tipo de vergüenza.

Lydia Mann (veintidos años):

Uno de los aspectos menos populares de tener una enfermedad crónica es el hecho de que no hay 'partes fáciles' de ella. Cuando una persona toma la responsabilidad de hacerse cargo de una enfermedad debilitante, que altera la vida, se da por vencido ante la opción de irse por lo fácil. La leyenda de las viejas viudas prosigue: 'los sábados el niño trabaja para vivir' y lo mismo sucede para la Diabetes: 'El niño diabético trabaja toda su vida'.

Cuando cumplí nueve años, alrededor del Día de Gracias en 1970, se me manifestaron los primeros síntomas de la Diabetes: orina frecuente, sed inagotable, letargo y hambre constante. En dos días mis padres reconocieron los síntomas y me llevaron a la oficina de un diabetólogo. Su actitud fue: 'No estás enferma; gracias a Dios por la insulina. Regresa a tu casa y háblame mañana'. Aprecié su actitud y levanté la barbilla al cielo. Mi madre y yo nos compramos alrededor de cinco dólares de dulces sin azúcar (endulzados con Sorbitol) y sufrimos de desórdenes severos en el estómago durante los siguientes dos días. Nos reímos de ello y nos enfrentamos a los cambios traumáticos que se fueron dejando venir: inyecciones diarias con la asistencia de un inyector automático, nada de dulce, ni de bocadillos entre las comidas, entrenando a nuestros amigos y familiares, lo mismo que a nosotras mismas.

A lo largo de mi crecimiento superficialmente me volví más responsable. Mi manera de expresar esto era mediante fría brusquedad. No había lágrimas, ni visitas al médico o cualquier signo visible de debilidad. Me enorgullecía de ser fuerte como una uña y flexible como una palma. Era responsable por todas las inconveniencias y las sorpresas de la Diabetes, pero no me volvía responsable de la integración de la enfermedad en el desarrollo de mi personalidad. A través de los años, me tomaba cualquier droga y me hacían

exámenes de glucosa sanguínea en experimentos científicos para asegurarme de que no me mandaría a un coma diabético. Pero no me enfrentaba a las tendencias autodestructivas que me motivaban. Manejaba el cuerpo y no el ser. Me aprendí toda la jerga médica y me mantenía normal, en la prueba de A1C (la prueba que da una aproximada lectura del control diabético de tres meses). Hacía las cosas a mi manera.

Y, como el de otros muchos diabéticos, mi cuerpo ya no podía aguantar tanto trabajo. Me sentía exhausta y constantemente estaba enferma. Además de esto, tenía muchas dificultades para controlar mi mente, ya que sufría de marcadas fluctuaciones en mi estado de ánimo (probablemente en relación directa con mi nivel de glucosa), depresión y ansiedad, que son síntomas comunes de una Diabetes mal controlada.

Algo tenía que cambiar. Era yo. Tanta investigación y métodos para prevenir complicaciones crónicas (ceguera, daños al riñón, desórdenes circulatorios, etc.) y no había manera de saber el daño que ya me había provocado.

Así que traté las dietas del diabético, aunque sabía que son miserables. Me digo a mi misma: 'Puedes hacer todo por una semana -pretende que es sólo por una semana-'. Todos los días trato de apegarme a mi dieta de 1300 calorías, pero no puedo seguir fingiendo. Sé que no es una semana; es toda una vida dentro de mi cuerpo y eso es tan bueno como decir para siempre. Un buen diabético es la persona más disciplinada y yo no lo soy. Todo lo que quiero es ser feliz. Como un niño que solamente se deja guiar por sus sentidos; yo no percibo siempre mis acciones como futuras reacciones.

La gente educada dice: '¿Cómo te va?' y yo digo: 'Bien gracias'; pero ¿qué es bien? ¿será bien el tener un nivel de glucosa de 120 mg/dl? ¿La calma después de una reacción de insulina antes de que el nivel de glucosa se precipite al estado hiperglicémico? ¿La calma de un coma diabético?

Un diabético nunca está bien o normal. La condición diabética siempre es volátil. Como yo hice (y todavía trato de hacer); puedes empujar la carga atrás de tu mente y decir 'así es' o puedes tratar de asimilarlo y aprender a manejarlo adecuadamente. De cualquier manera, nunca puedes olvidar que tienes Diabetes. que eres diabética. ¿Cómo se puede ser lo suficientemente egocéntrica para cuidarse de manera adecuada?; si lo fuera, yo no podría vivir conmigo misma. ¿Y quién más lo hará? ¿mi esposo? ¿mis hijos?

De una manera u otra, siempre estoy combatiendo un sentimiento de fracaso. A veces pienso que es una batalla perdida. A veces tengo grandes esperanzas. Al final, creo que los jóvenes diabéticos debemos revalorar de manera realista nuestras metas. Esto es lo que todo el mundo debe de hacer. Sólo que nosotros tenemos más en contra que los demás. Como físicamente no estamos deformes, o sangrando o muriendo de manera grotesca e inmediata, es difícil darse cuenta de nuestro sufrimiento. Primero, debemos desarrollar nuestra propia autocompasión. El resto se dará por sí mismo.

Adam Singer (22 años):

Creo que mientras manejaba a la oficina del doctor, supe cuál sería la respuesta. Cuando me dijo que tenía Diabetes, todo lo que pude pensar fue, 'Bobby Clarke e inyecciones'. No había razón para esperar una enfermedad. Nadie en la familia ha padecido de Diabetes, y yo me consideraba activo, un saludable joven de dieciocho años. Entonces, ¿por qué yo? ¿Qué era esta enfermedad y de qué manera cambiaría mi vida?

Los expertos creen que la Diabetes se origina durante un proceso en el que un rasgo recesivo es desencadenado por un factor ambiental, probablemente un virus, que interrumpe la secreción de insulina por el páncreas. La insulina se necesita para metabolizar el consumo de alimentos en la forma de glucosa sanguínea (azúcar), por lo que debo sustituir esta deficiencia con dos inyecciones diarias, tratando de controlar los cambios en el nivel de glucosa, que pueden causar problemas a corto y a largo plazo.

Hay tantas variables que controlar; por ejemplo: dosis de insulina, horarios, de comidas, calidad y cantidad de alimentos, ejercicio, sueño y enfermedades. Es una enfermedad que afecta a dos millones de americanos, es la tercera causa de muerte en los Estados Unidos y el factor primario en los siguientes daños: a la retina, vasculares, neurales y del riñón. Es una enfermedad no anticipada por un adolescente optimista.

Mi madre estaba allí, en la sala de espera, pendiente de mi reacción. Bien, un poco confundido, gracias, pero bien, le dije. Mi día transcurrió en una somnolencia, tratando de llamar a mi padre a Carolina del Norte. Necesitaba hablar con él, pero no asustarlo. La sensación era más bien como la de querer comunicarle un tópico súbito y fascinante y de querer oír otra versión. Los momentos más duros fueron los del silencio que se presentó después de darle la noticia. Después de quince segundos le dije que yo no estaba preocupado, y por lo tanto no quería que él lo estuviera.

'¿Me puedo preocupar un poquito?'

'Está bien, un poquito.'

Cuando traté de localizarlo una hora después, ya había salido rumbo a Nueva York. Las acciones dicen lo que no dicen las palabras.

La necesidad de volver a hablar... Sali a buscar a mis amigos y a mi hermano. La experiencia nos había traído a un punto en el que nos complementábamos como si pudiéramos leernos el pensamiento. Les dije lo que tenía, que tendría que inyectarme, que no estaba muy preocupado.

'Se que lo puedes manejar, Ad'.

'Si me necesitas para algo, ya sabes en donde estoy'.

Apoyo: saber que seguiría siendo el mismo, que otros lo sabían, y que me seguirían tratando igual.

No lloré; el sentimiento era demasiado nuevo. Después de la novedad, la tendencia a la auto-simpatía se esfumó. El usar mi enfermedad como una herramienta o una excusa me er-

repulsivo. Mi memoria me dice que me puse a caminar y me senté a ver a unos niños jugar beisbol. Pensé en el futuro, en encontrar amor, felicidad y éxito. Pensé en un pequeño niño que estaba muy enfermo, en los programas de TV que había visto y en los artículos que había leído sobre el coraje demostrado por gente impedida. Pensé en el coraje y la determinación de un amigo de la familia, que había estado toda su vida en una silla de ruedas.

Este muchacho (Jack) nos visitó hace un año y yo lo observé y hablé con él, fascinado por su determinación. A Jack se le considera, si es que no lo es, como uno de los mejores maestros ajedrecistas, contando entre sus alumnos al campeón Bobby Fischer y William Lombardy. Ha vivido una vida de retos, de darse a los demás. No tuvo tiempo para sentir lástima de sí mismo. La vida es muy bonita y nos da tantas oportunidades de ayudar a los demás, que el quedarme allí, a pensar en este problema, me haría desperdiciar toda mi energía.

Estoy buscando activamente la cura de mi Diabetes. He fundado un grupo de educación intensiva (Asociación de Diabéticos Insulino-Dependientes) que se ha expandido a más de veinte ciudades. Nos reunimos bimestralmente para aprender y ayudarnos mutuamente a través de nuestras rutinas diabéticas. Como voluntario de la Fundación de Diabetes Juvenil, estoy ayudando a conseguir dinero para investigaciones. Para estos dos grupos y para mí mismo, doy discursos a doctores, estudiantes, hombres de negocio, cualquiera que quiera escuchar y me dé retroalimentación y consejo. Quiero comunicar la seriedad de la situación, al mismo tiempo que ofrezco esperanzas de una curación. Quiero compartir mis experiencias con otros diabéticos insulino-dependientes, esperando que nuestra interacción nos permita mayor conocimiento y una vida más sana.

¿El futuro? Sé que en los próximos diez años estaré curado a través de un tratamiento médico, probablemente el trasplante de células productoras de insulina. Estoy confiado. Sólo tendrán que buscar otro problema por el que luchar y encontrar una cura, ya sea mía o de otra persona. Estoy atado a un reto; espero nunca frenarme, puesto que hay mucho por hacer". (55)

ESTUDIOS HECHOS A POBLACION DIABETICA JUVENIL EN RELACION CON LA PERSONALIDAD

"Por algùn tiempo, los doctores han reconocido la importancia de los factores psicológicos en la Diabetes. En el siglo diecisiete, Thomas Willis creía que la enfermedad era resultado de una 'tristeza prolongada'. En 1930, Menninger notó una estrecha correlación entre los cambios mentales de un número de pacientes psicóticos diabéticos y cambios en la enfermedad. Sin embargo, no fue sino hasta el advenimiento de la insulina, cuando el estudio de factores psicológicos fue mínimo, particularmente en el área de la Diabetes insulino-dependiente. Treuting (1952) señaló que el niño diabético insulino-dependiente en la era de la pre-insulina tenía pocos años de vida. Todo giraba en torno de hacerle al niño la vida lo más cómoda posible, minimizando los aspectos psicológicos, dada la realidad física que se presentaba. Después del descubrimiento de la insulina, en 1922, los pacientes insulino-dependientes podían anticipar cierto lapso de vida, por lo que se incrementó el interés en la relación de factores psicológicos y la Diabetes insulino-dependiente. La investigación en esta área se ha centrado en:

- 1) La influencia de los factores psicosociales en el inicio de la Diabetes
- 2) La influencia de factores psicosociales durante la enfermedad, y
- 3) La influencia de la Diabetes en el desarrollo psicosocial del niño.

Inicialmente, un buen número de investigaciones se enfocó en la búsqueda de una 'personalidad diabética' que predispondría al individuo al desarrollo de la enfermedad; ciertos rasgos de personalidad se creían asociados a enfermedades orgánicas (Bruch, 1948; Kravitz et. al., 1971). Dunbar (1954) por ejemplo, creía que los pacientes diabéticos tenían características de personalidad que los diferenciaban de otros grupos enfermos. Estas características incluían conflictos de dependencia-independencia, pobre ajuste sexual, ansiedad, depresión y paranoia. A pesar de que la búsqueda de una 'personalidad diabética' ha disminuido, muchos investigadores coinciden en que la incidencia de problemas emocionales y conductuales en personas con Diabetes es mayor que en individuos normales.

Se ha realizado un extenso número de estudios, usando pruebas estandarizadas, grupos control o grupos comparativos, que padecen de otras enfermedades crónicas".
(56)

Métodos	Características medidas	Diferencias entre grupos	Autores	Sujetos Diabéticos	Grupos de Comparación
Entrevista, Rorschach, TAT	Preocupación por comida; dependencia; agresión; rasgos edipicos; ansiedad; inversión-extroversión; tipos de personalidad; mecanismos de defensa; adaptación social	Niños diabéticos estuvieron más preocupados por comida y dependencia; hemofílicos fueron más agresivos y extrovertidos	Appelboom-Fondu et.al. (1977)	N = 14 9-13 años \bar{x} edad = 11.4	17 hemofílicos 9-13 años \bar{x} edad = 10.6
Entrevista	Hiperirritabilidad; autoconfianza; deseos de afirmación; dependencia; rasgos neuróticos-enuresis, mordedura de uñas, tics	Niños diabéticos fueron más irritables y tenían más rasgos neuróticos que los normales	Cernelc et.al. (1977)	N = 19 Niños; edad no especificada	287 asmáticos 27 reumáticos 105 niños saludables; edad no especificada.
Prueba de Ajuste de la Personalidad, de Rogers	Auto-concepto; ajuste social	Niños diabéticos estuvieron menos ajustados	Delbridge (1975)	N = 37 Niños; edad no especificada	Ejemplo estandarizado
Rorschach, Test de Dibujos de Blacky, entrevista a los padres	Imagen corporal; estructura yóica; psiconeurosis; depresión; ansiedad, agresión; problemas de identidad; relaciones con semejantes	Niños diabéticos estuvieron más afectados en todos los sentidos	Fallstrom	N = 59 7-15 años \bar{x} edad no especificada	Individuos saludables apareados en edad, sexo, C.I.
Escala de Auto-concepto, de Tennessee	Autoconcepto	Ninguna	Galatzer et.al. (1977)	N = 15 Rango de edad no especificado \bar{x} edad = 23 años	Ejemplo estandarizado
Prueba de Frustración, de Rosenzweig	Extrapunitividad; intrapunitividad; impunitividad; dominio de obstáculos; defensa del yo; persistencia de necesidades	Jóvenes diabéticos fueron menos defensivos del yo	Koski (1969)	N = 60 5-15 años \bar{x} edad = 10.3 años	Ejemplo estandarizado

Métodos	Características medidas	Diferencias entre grupos	Autores	Sujetos Diabéticos	Grupos de Comparación
MMPI	Hipocondría; depresión; histeria; masculinidad-feminidad; paranoia; psicastenia; introversión-extroversión; psicopatía; hipomanía	Ninguna	Kubany et. al. (1956)	N = 14 Rango de edad no especificado	Estudios usando sujetos diabéticos
Prueba de Frustración de Rosenzweig	Extrapunitividad; intrapunitividad; impunitividad; dominio de obstáculos; defensa del yo; persistencia de necesidades; conformidad con el grupo	Gente diabética exhibió más respuestas intrapunitivas y fueron menos conformistas	Laron et.al. (1972)	N = 110 10-23 años \bar{x} edad = 15 años	100 sujetos sanos apareados en edad y sexo
Rorschach	Ansiedad; hostilidad; imagen corporal	Ninguna	Mc Crow y Tuma (1977)	N = 25 8-16 años \bar{x} edad = 10.9 años	25 jóvenes normales apareados en sexo y edad
Inventario de Conducta; Cuestionario a los maestros	Desórdenes conductuales; infelicidad; ansiedad; pobres relaciones sociales; enuresis y encopresis	Grupo control con más desórdenes en el sueño y más tendencia al robo	Olatawura (1972)	N = 50 5-13 años \bar{x} edad = 10 años	50 sujetos normales apareados en edad y sexo
Dibujos Cines-tésicos de la Familia	Aislamiento; cercanía; agresión; preocupación por la comida; preocupación sexual; distorsión del cuerpo; ansiedad	Jóvenes diabéticos realizaron dibujos más aislados	Sayed y Leaverton (1974)	N = 52 6-16 años \bar{x} edad = 11.5 años	52 jóvenes sanos apareados en edad, sexo, raza
Cuestionario Infantil de Personalidad	Extroversión; labilidad emocional; excitabilidad; dominación; entusiasmo; escrupulosidad; timidez; dependencia; conformidad; astucia; comprensión; tensión, auto control	Ninguna	Steinhausser et.al (1977)	N = 56 9-16 años \bar{x} edad = 12.8 años	61 sujetos saludables apareados en edad y sexo

Métodos	Características medidas	Diferencias entre grupos	Autores	Sujetos Diabéticos	Grupos de Comparación
Entrevista	21 posibles síntomas mentales (ansiedad, agresión, dolores de cabeza, problemas con semejantes, labilidad emocional)	Porcentaje de jóvenes sin síntomas fue el mismo para ambos grupos; entre los sintomáticos los diabéticos fueron más lábiles emocionalmente y tenían problemas con semejantes	Stersky (1963)	N = 145 7-20 años \bar{x} edad no especificada	126 sujetos control apareados en número de hermanos, nacimiento, orden, sexo, edad, grado
Escala de Autoestima, de Rosenberg; Inventario de Depresión, de Bech	Auto-concepto; depresión	Jóvenes diabéticos tenían más signos vitales de depresión	Sullivan (1978)	N = 105 12-16 años	100 sujetos control de 12-16 años; \bar{x} edad = 13.7 años
Entrevista, Rorschach, Dibujo de la Persona, Escala General de Ansiedad para Niños	Desórdenes psiquiátricos; dependencia; auto-concepto; ansiedad; identificación sexual; constricción; hostilidad; preocupación oral; relaciones en casa y con compañeros	Niños diabéticos tuvieron más problemas en todas las áreas	Swift et.al	N = 50 7-17 años \bar{x} edad = 11.7 años	50 sujetos saludables apareados en edad, raza y C.I.

En lo referente a investigaciones específicas -algunas de ellas realizadas con pacientes mexicanos-, se tiene lo siguiente:

En un estudio realizado por Araujo (1965) a 10 niños diabéticos Tipo I -a los que les aplicó tests de inteligencia, organicidad y personalidad-, se llegó a las siguientes conclusiones:

- "Depresión todos los casos, aunque no se sabe si ésta existía antes de la Diabetes y si puede ser mayor que en niños normales. Se cree que la depresión es consecuencia del impacto emocional que produce la Diabetes.

- Ocho de diez casos presentaron choques emocionales previos a los síntomas diabéticos.

- No hay relación entre la Diabetes y el coeficiente intelectual.

- Sobreprotección de los padres como resultado de sentimientos de culpa, por lo que ignoran la realidad en que se encuentran los niños.

- Presencia de pensamientos y sentimientos relacionados con la muerte, debido a que la mayoría ha tenido un coma.

- Utilizan la enfermedad como instrumento de auto-agresión y auto-castigo cuando existen sentimientos de culpa. Por lo tanto, la Diabetes es un arma adecuada para la realización de actitudes autodestructivas.

- La Diabetes es utilizada como un medio de agresividad hacia la familia, principalmente hacia los padres; es un vehículo para la expresión de sentimientos y una forma de manipulación o de ganancia.

- El manejo de la dieta es un medio para la expresión de sentimientos y actitudes; ingestión exagerada de alimentos con fines de gratificación compensatoria de situaciones frustrantes y depresivas, manipulación consciente de padres, etc.

- Los factores emocionales juegan un papel básico en el curso de la enfermedad". (57)

Velasco (1972) realizó un estudio comparativo preliminar sobre algunas variables psicológicas entre niños diabéticos insulino-dependientes y niños normales en la Ciudad de México. Quería ver si existían diferencias en cuanto a rendimiento, intelecto, nivel de ansiedad y depresión, así como hostilidad y agresividad, como consecuencia de las frustraciones que la enfermedad impone y reacciones ante ella. Sus conclusiones fueron las siguientes:

- "No hubo diferencia significativa en relación al promedio del cociente intelectual, ni en el CI de ejecución.
- No hubo diferencia significativa en relación a los errores de integración del Bender.
- Tampoco en el índice de ansiedad, productividad, impulsividad y depresión (Rorschach).
- En el Rozensweig, se vio que los niños diabéticos dirigen más su agresión hacia el medio ambiente, pero sin diferencia significativa.
- Los niños diabéticos presentan más trastornos de percepción, así como trastornos visomotores". (58)

Se hizo un estudio (1967) comparativo y correlacional a 50 jóvenes diabéticos y 50 no diabéticos, para ver que tipo de problemas de ajuste presentaban. En ambos grupos existía el mismo rango de edad (7.54 años), nivel socioeconómico, distribución de la población y evolución del padecimiento (3.96 años).

En cuanto a personalidad dentro de la clasificación psiquiátrica, "los diabéticos presentaron más anormalidades que los no diabéticos en cuanto al balance entre dependencia e independencia, menos adecuación a la autopercepción, más ansiedad latente y manifiesta, identificación sexual y hostilidad patológicas, constricción y mayor preocupación de tipo oral. También hay patología en relación a la imagen corporal. El ajuste en el hogar es peor en los diabéticos que en los no diabéticos. Las madres de los diabéticos son más extremas en cuanto a protección y dominación-sumisión; los padres, únicamente en dominación-sumisión". (59)

En la Tesis "Comparación de los Niveles de Ansiedad en Grupos de Adolescentes Diabéticos", realizada por Hermida y Rangel (1986), se considera que la piedra angular en el éxito del manejo del niño o del joven diabético es la educación, dentro de la cual se requiere de la participación de un equipo multidisciplinario. En base a la investigación realizada con adolescentes diabéticos insulino-dependientes, que asistieron al Campo de Adiestramiento para Diabéticos Juveniles (C.A.D.J.) se llegó a las siguientes conclusiones:

- "Se observó que la ansiedad de estado (medida en base al IDARE), que lleva a diversas conductas defensivas, aumentó considerablemente en los jóvenes que recibieron la instrucción acerca de su padecimiento en el C.A.D.J. Esto puede ser debido a que el adolescente, al ser enfrentado a su padecimiento, mostrándole realmente que él es el responsable de su tratamiento y que de éste dependerán las complicaciones tardías que presentará, aumenta su ansiedad. Esto puede ser positivo, ya que presenta conductas de independencia al realizar sus análisis de glicemia, al aplicarse y modificar él mismo sus dosis de insulina, así como al adaptar su dieta de acuerdo al nivel de glicemia y a la cantidad de ejercicio físico que realiza, de lo cual dependerá su desarrollo físico, emocional y socio-cultural.

- Otros posibles factores que pueden influir en el aumento de su ansiedad son: el estar alejado de su medio familiar, el aceptar que hasta el momento la Diabetes es una enfermedad incurable, que requiere de un tratamiento continuo y que existen ciertas limitaciones que van a modificar un poco su estilo de vida". (60)

También se han realizado estudios psiquiátricos en los que se menciona la Diabetes como un posible perturbador de la conducta. Caso (1982) dice que "a menudo los trastornos endócrinos provocan cambios en la personalidad, en las funciones mentales, en la memoria y alteraciones neurológicas, y que, con frecuencia, son síntomas importantes. Además, el trastorno endócrino es un stress emocional muy severo, que ataca diversas funciones del cuerpo, provoca sensaciones de estar enfermo, cambios en la apariencia, etc. lo que ocasiona en un sujeto vulnerable, diversos trastornos nerviosos". (61)

Kanner (1976) considera que "Mente sana en cuerpo sano" sólo expresa una verdad a medias, puesto que existen enfermedades endócrinas, cerebrales y de otra índole que se relacionan directamente con anomalías de la inteligencia y de la conducta. Mientras que hay estados patológicos que si llegan a oscurecer la conciencia, producir delirio, estupor o coma, la influencia de la mala salud sobre la personalidad depende de la persona influida. La gente cataloga los males físicos de manera diferente, de acuerdo con su actitud, y con su experiencia individual. La enfermedad puede hacer más infelices a los desdichados, más irritables a los coléricos y más imperiosos a los exigentes. Mientras que algunos la aceptan resignados y no dejan que les perturbe la vida, a otros les entorpece su propia compasión, su rebelión contra el "destino" que les envió la enfermedad, o su abandono a una exagerada dependencia. Un mismo mal puede tener diferentes significados para diversas personas. Ocurre lo mismo no solamente con las enfermedades, sino con cualquier desviación física de lo normal: estatura, delgadez, gordura, acné juvenil, marcas congénitas, etc.

En lo referente a enfermedades agudas:

- Pueden afectar cuando hay un exceso de consentimiento por parte de los padres, lo que genera miedo al dolor físico. Los niños demasiado protegidos suelen ser malos pacientes.
- Se da un exagerado consentimiento de los padres, lo que engendra un exceso de interés corporal. El niño aprende a quejarse de dolores y malestares como recurso eficaz para asegurarse indulgencia permanente. Esto es fuente de hipocondría.
- Cuando están enfermos es el único momento en el que se les alaba.

Las enfermedades crónicas pueden: inducir a la madre a intensificar la exagerada protección; acentuar el desafecto de los padres por los gastos e inconvenientes, o agravar los efectos del abandono de los padres.

"Generalmente, los niños cuyos defectos crónicos se manifiestan a través de imperfecciones que se notan al instante, aceptan su clasificación con más facilidad que los que no presentan señales externas de anomalía. Por ejemplo, los ciegos, los sordos, o los mutilados, se rebelan menos contra su destino, que los niños diabéticos o hemofílicos. Es más fácil luchar con un enemigo conocido: el niño paralítico sabe que no puede mover las piernas. El niño diabético no siempre tiene conciencia de que está enfermo.

Se lo dicen los demás. Se ve obligado a observar ciertas reglas, cuya razón no comprende. Un niño ciego no se lanza deliberadamente sobre obstáculos que pueden causarle daño; un niño rengo no se saca la pierna artificial; pero muchos niños diabéticos hurtan y comen lo que les han dicho que daña la salud. Además, como la diferencia con los otros niños no es visible, los enfermos suelen tratar de ocultarla, hasta el punto de no querer aceptar, ni ellos mismos, ninguna mención de su existencia". (62)

Hofling (1974) piensa que: "los trastornos metabólicos, influidos por los genes, ejercen una influencia directa sobre el desarrollo de los trastornos de la personalidad. Considera probable que las alteraciones metabólicas innatas puedan exaltar las necesidades bucales del sujeto hasta un punto en el que se hace casi inevitable una frustración de estas necesidades mayores de lo usual. Esta frustración, a su vez, puede afectar seriamente las normas del desarrollo de la personalidad.

Todas las formas de adaptación en el hombre, sano o enfermo, exigen la participación del sistema endócrino. De esta manera puede uno estar seguro, a pesar de que no se conozcan todos sus detalles, de que las secreciones endócrinas son un elemento o una vía de todas las formas de enfermedad, ya sean 'físicas o mentales'. Las series psicológicas en los diabéticos se originan en dos facetas de la historia natural de la Diabetes: la enfermedad misma y el tratamiento de ésta. El efecto psicológico de la enfermedad es profundo y sutil. El diabético llega a saber que tiene la enfermedad, por las reacciones que se llevan a cabo en orina y sangre. Los síntomas probablemente han sido insidiosos. El sentimiento de un proceso debilitante, que acelera sutilmente la muerte, se agrega a los síntomas de fatiga, pérdida de peso, hambre exagerada y sed. La idea del implacable debilitamiento se ve reforzada por el conocimiento de que 'el que una vez ha sido diabético, siempre es diabético'.

El sentimiento que se presenta como reacción al conocimiento de la naturaleza de la enfermedad, es el de que algo incontrolable e invisible se está realizando en nuestro interior. Este sentimiento acerca de un proceso interno que no se había considerado posible antes de que apareciera, conduce a un aumento de las necesidades dirigidas hacia el exterior. El hambre, entonces, no solamente es por la necesidad de alimentos, sino que también aumentan las emociones y las demandas para solicitar la atención y despertar la simpatía. Generalmente, estas necesidades encuentran motivos de oposición en la personalidad y se desarrollan, entonces, conflictos internos. Sin embargo, cualquiera que sea la manera como se maneje esta reacción,

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

las necesidades aumentadas del diabético para abastecerse de múltiples elementos que vienen del exterior, es el impulso que sobreviene como reacción a su enfermedad.

La naturaleza del tratamiento de los diabéticos complica, además, las series somatopsíquicas con frecuencia asociadas a la enfermedad, y las llamadas complicaciones de los diabéticos son factores que se suman a la respuesta psicológica de este género de vida. El diabético desarrolla relaciones muy complejas con su conciencia (en relación con las nuevas respuestas que son el resultado de su enfermedad). Con frecuencia se le dice que debe seguir la dieta, que ciertos alimentos y ciertas cantidades de los mismos son restringidos. Generalmente debe ser el propio enfermo el que juzgue la elección y la cantidad. En segundo lugar, se le dice que debe administrarse a sí mismo el medicamento. En tercero, se le dan instrucciones para que él mismo haga reacciones de su orina, una o más veces al día.

Cualquiera de estas respuestas puede llevar al paciente a adoptar la postura de evasión o de castigo. Cierta grado de irresponsabilidad con respecto a la dieta, a los análisis de orina o sangre, y a la observancia de la educación, pueden representar la reminiscencia de la actitud de engaño -hacia los padres- durante la infancia. Este engaño se practica ahora con respecto al médico y a la conciencia del propio paciente. Algunos diabéticos que se comportan como pacientes ejemplares -se apegan estrictamente al tratamiento- adquieren, como contraparte, la tendencia a volverse irresponsables en otros aspectos de su vida. Sienten, por lo tanto, que han ganado derecho para privilegios especiales, y que algo debe concedérseles por ser tan fieles a los consejos del médico.

Un tercer grupo de pacientes diabéticos elaboran la expiación de sus sentimientos de culpa, o indirectamente expresan hostilidad, sujetándose a las posibilidades y a los peligros de la acidosis y del coma. Una variante de esta última forma de conducta es la del diabético lleno de reproches, que se mata de hambre o administra el tratamiento específico hasta entrar en hiperinsulinismo. Los diabéticos inestables y los diabéticos jóvenes, presentan, con agudeza estos tres tipos de problemas.

El larguísimo tratamiento -durante toda la vida- que necesita el diabético pone a prueba tanto la fortaleza como las debilidades de la persona. Un tratamiento perfectamente planeado desde el punto de vista convencional, puede ser 'saboteado' y es empleado (sin intención consciente) por el paciente para exagerar los aspectos neuróticos de su personalidad. El tipo de programa planeado para tratar sangre y orina del diabético, a la larga será mucho menos eficaz que el tratamiento planeado, teniendo en cuenta la totalidad de la personalidad del paciente diabético". (63)

CAPITULO IV

METODOLOGIA

CAPITULO IV

METODOLOGIA

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

Objetivos Generales

- Comparar el perfil de personalidad entre un grupo de 30 sujetos -de 15 a 27 años de edad-, que padecen de Diabetes insulino-dependiente, contra otro grupo de 30 sujetos de la misma edad que no padecen de enfermedad crónica alguna.
- Comparar el conocimiento y el seguimiento que tienen los diabéticos de 15 a 20 años con el conocimiento y el seguimiento que tienen los diabéticos de 21 a 27 años de edad. Asimismo, comprobar si existe relación significativa entre el conocimiento y el seguimiento que se tenga de la enfermedad en ambos grupos.

Objetivos Específicos

- Comprobar si existe diferencia en el perfil de personalidad entre un grupo de 15 diabéticos insulino-dependientes -de 15 a 20 años de edad-, y un grupo de 15 sujetos de la misma edad que no padecen de enfermedad crónica alguna.
 - Comprobar si existe diferencia en el perfil de personalidad entre un grupo de 15 diabéticos insulino-dependientes de 21 a 27 años, y un grupo de 15 sujetos de la misma edad que no padecen de enfermedad crónica alguna.
 - Comprobar si existe diferencia en el perfil de personalidad de 15 diabéticos insulino-dependientes de 15 a 20 años de edad, y un grupo de 15 diabéticos insulino-dependientes de 21 a 27 años de edad.
 - Comprobar si existe diferencia en el perfil de personalidad de 15 no-diabéticos de 15 a 20 años de edad, y un grupo de 15 no-diabéticos de 21 a 27 años de edad.
 - Comprobar si existe diferencia en el perfil de personalidad de 30 diabéticos insulino-dependientes de 15 a 27 años de edad, y un grupo de 30 sujetos de la misma edad que no padecen de enfermedad crónica alguna.
- Aplicar a los 4 grupos el cuestionario 16 FP de Cattell.

- Elaborar y aplicar al grupo de diabéticos de 15 a 27 años un cuestionario sobre conocimientos generales de la Diabetes, y la aplicación (seguimiento) de estos conocimientos a la vida diaria.

PLANTEAMIENTO GENERAL

A través de investigaciones realizadas por diversos autores, se cree que los diabéticos insulino-dependientes (Diabetes Tipo I) presentan un perfil de personalidad diferente al de sujetos que no padecen enfermedad crónica alguna. Asimismo, se cree que el desarrollo del individuo puede provocar ciertos cambios de personalidad al paso del tiempo. A través de esta investigación, se pretende corroborar la hipótesis de que los diabéticos de 15 a 27 años de edad presentan un perfil de personalidad distinto al de adultos jóvenes -de la misma edad y de ambos sexos- que no padecen de enfermedad crónica alguna, así como la hipótesis que dice que el desarrollo del individuo ocasiona ciertos cambios en su personalidad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existe diferencia con respecto al perfil de personalidad entre un grupo de 30 diabéticos insulino-dependientes de 15 a 27 años de edad y un grupo de 30 sujetos de la misma edad que no padecen enfermedad crónica alguna?

HIPOTESIS

Hipótesis Alternas:

Existen diferencias estadísticamente significativas, respecto al perfil de personalidad entre:

1. Un grupo de 15 diabéticos insulino-dependientes de 15 a 20 años de edad y un grupo de 15 sujetos de la misma edad que no padecen enfermedad crónica alguna.
2. Un grupo de 15 diabéticos insulino-dependientes de 21 a 27 años de edad y un grupo de 15 sujetos de la misma edad que no padecen enfermedad crónica alguna.

3. Un grupo de 15 diabéticos insulino-dependientes de 15 a 20 años de edad y un grupo de 15 diabéticos insulino-dependientes de 21 a 27 años de edad.
4. Un grupo de 15 sujetos que no padecen de enfermedad crónica alguna de 15 a 20 años de edad y un grupo de 15 sujetos, que no padecen de enfermedad crónica alguna de 21 a 27 años de edad.
5. Un grupo de 30 diabéticos insulino-dependientes de 15 a 27 años de edad y un grupo de 30 sujetos de la misma edad que no padecen de enfermedad crónica alguna.
6. Existe diferencia estadísticamente significativa con respecto al conocimiento de la Diabetes entre un grupo de 15 diabéticos insulino-dependientes de 15 a 20 años de edad y un grupo de 15 diabéticos insulino-dependientes de 21 a 27 años de edad.
7. Existe diferencia estadísticamente significativa con respecto al seguimiento de la Diabetes entre un grupo de 15 diabéticos insulino-dependientes de 15 a 20 años de edad y un grupo de 15 diabéticos insulino-dependientes de 21 a 27 años de edad.
8. Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y seguimiento de la Diabetes en un grupo de 15 diabéticos insulino-dependientes de 15 a 20 años de edad.
9. Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y seguimiento de la Diabetes en un grupo de 15 diabéticos insulino-dependientes de 21 a 27 años de edad.

VARIABLES

Independientes:

- Padecimiento de Diabetes Tipo I en 30 sujetos de 15 a 27 años de edad.
- 30 sujetos de 15 a 27 años de edad que no padecen de enfermedad crónica alguna.

Dependientes:

- Personalidad basada en 16 factores de Personalidad de Cattell.

Para Cattell la personalidad es "aquello que permite predecir lo que uno hará en una situación determinada". (Ver Cap. III)

Variables Controladas:

- Edad: 15 a 27 años de edad
 - Padecimiento: Diabetes insulino-dependiente o Tipo I
 - Nivel de escolaridad: secundaria a profesionista
 - Nivel socioeconómico: Medio, Medio-Alto
- Método de control: Constancia de Condiciones

Variables Extrañas:

- Evolución del padecimiento
- Causas de la Diabetes
- Estado civil
- Número de internamientos
- Lugar y hora de la aplicación
- Familiares diabéticos
- Sexo
- Religión

Método de control: Aleatorización

MUESTRA

Consistió en dos grupos:

Grupo I

- Sujetos diabéticos insulino-dependientes de 15 a 27 años de edad
- Consulta externa o privada
- Evolución de 3 a 20 años
- Nivel escolaridad: Secundaria a Profesionista
- Nivel socio-económico: Medio, Medio-Alto

Grupo II

- Sujetos que no padecen enfermedad crónica alguna, de 15 a 27 años de edad
- Nivel escolaridad: Secundaria a Profesionista
- Nivel socio-económico: Medio, Medio-Alto

Se trata de un muestreo No-probabilístico de tipo intencional. La muestra consiste en dos grupos de treinta sujetos de ambos sexos, cuyas edades fluctúan entre los 15 y 27 años.

DISEÑO

El diseño utilizado en esta investigación correspondió a uno de Tipo Ex-Post-Facto ya que, en el mismo, la variable independiente (Diabetes Tipo I) ya estaba dada en los sujetos estudiados, siendo NO manipulable. La medición se realizó después de presentarse la enfermedad.

TIPO DE INVESTIGACION

- Estudio de Campo
- Nivel de Investigación: confirmatorio

INSTRUMENTOS

Se evaluaron dos aspectos:

- Personalidad (Diabéticos y No-Diabéticos)
- Tratamiento (Diabéticos)

Evaluación de la Personalidad:

El instrumento empleado fue el 16 FP de Cattell, por lo que resulta conveniente profundizar en la elaboración de esta prueba, así como en sus características.

Cabe mencionar que las Teorías de Cattell, Guilford y Eysenck son consideradas como Teorías Factorialistas, clasificadas dentro de las Teorías Nomotéticas de la personalidad. Las Teorías Factorialistas se basan principalmente en el Análisis Factorial.

16 FP de Cattell

Se constituye de los siguientes 16 rasgos:

- Factor A: Expresividad Emocional
Puntuación Alta: Sociabilidad
Puntuación Baja: Soliloquio
- Factor B: Inteligencia
Puntuación Alta: Inteligencia Alta
Puntuación Baja: Inteligencia Baja

- Factor C: Fuerza del Yo
Puntuación Alta: Fuerza Superior del Yo
Puntuación Baja: Inestabilidad Emocional
- Factor E: Dominancia
Puntuación Alta: Ascendencia
Puntuación Baja: Sumisión
- Factor F: Impulsividad
Puntuación Alta: Impulsividad
Puntuación Baja: Retraimiento
- Factor G: Superego
Puntuación Alta: Superego Fuerte
Puntuación Baja: Superego Débil
- Factor H: Aptitud Situacional
Puntuación Alta: Audacia
Puntuación Baja: Timidez
- Factor I: Emotividad
Puntuación Alta: Sensibilidad Emocional
Puntuación Baja: Severidad
- Factor L: Credibilidad
Puntuación Alta: Desconfianza
Puntuación Baja: Confianza
- Factor M: Actitud Cognitiva
Puntuación Alta: Subjetividad
Puntuación Baja: Objetividad
- Factor N: Sutileza
Puntuación Alta: Astucia
Puntuación Baja: Ingenuidad
- Factor O: Conciencia
Puntuación Alta: Propensión a la Culpabilidad
Puntuación Baja: Adecuación Serena
- Factor Q1: Posición Social
Puntuación Alta: Radicalismo
Puntuación Baja: Conservadurismo
- Factor Q2: Certeza Individual
Puntuación Alta: Autosuficiencia
Puntuación Baja: Dependencia Grupal
- Factor Q3: Autoestima
Puntuación Alta: Control
Puntuación Baja: Indiferencia

Factor Q4: Estado de Ansiedad
 Puntuación Alta: Tensión
 Puntuación Baja: Tranquilidad

Significado Psicológico de los 16 Factores:

Factor A: EXPRESIVIDAD EMOCIONAL

- Puntuación Alta: Sociabilidad (Affectothymia)

Características:

Carinoso, le gusta salir, complaciente, participante; de buen carácter; dispuesto a cooperar, atento con la gente, sentimental, inesperado, fortuito, confiado, adaptable, descuidado, "sigue la corriente", afectuoso, ríe con facilidad.

Affectothymia se refiere a la tendencia hacia la apropiada, pero exagerada expresión de afecto (sentimiento).

Estos individuos tienen una mayor fluctuación diaria en su estado anímico. Los rasgos más consistentes son: transigencia, accesibilidad emocional, interés en la gente, predominancia afectiva, etc. Expresan una marcada preferencia por ocupaciones en las que haya trato con gente, gozan del reconocimiento social y están dispuestos a "participar" oportunamente. Son "asociativos", dispuestos a formar grupos activos, más generosos en sus relaciones personales, menos temerosos de la crítica, más aptos para recordar nombres de personas, pero posiblemente menos confiables en trabajos de precisión y son más despreocupados para cumplir con sus obligaciones.

Las ocupaciones predominantes en este factor, son las de trabajadores sociales y empresarios.

- Puntuación Baja: Soliloquia (Sizothymia)

Características:

Discreto, desprendido, crítico, alejado, inflexible, mantiene sus propias ideas, indiferente, preciso, objetivo, desconfiado, escéptico, rígido, frío, propenso al malhumor.

Sizothymia se refiere a la emotividad plana y seca en el individuo. Estas personas tienen una inclinación temperamental a ser cautas en sus expresiones emocionales, intransigentes y críticas en su aspecto. Gustan de cosas o palabras (como por ejemplo: lógica, maquinaria) y de trabajar solas; tienen un enfoque intelectual obstinado y rehusan transigir.

Las ocupaciones predominantes son, por ejemplo: artistas, electricistas e investigadores científicos.

Factor B: INTELIGENCIA**- Puntuación Alta: Inteligencia Alta (High Intelligence)****Características:**

Brillante, alta capacidad mental general, perspicaz, aprende rápido, intelectualmente adaptable; inclinación a tener más intereses de orden intelectual, muestra buen juicio, de moral alta, perseverante.

Son individuos que tienden a tener más perseverancia y fuerza de interés.

- Puntuación Baja: Inteligencia Baja (Low Intelligence)**Características:**

Torpe, baja capacidad mental, incapacidad de resolver problemas abstractos; poco organizado, juicio pobre (débil), de moral baja y desertor.

Factor C: FUERZA DEL YO**- Puntuación Alta: Fuerza Superior del Yo (Higher Ego Strength)****Características:**

Estable emocionalmente, maduro, se enfrenta a la realidad, calmado, constante en sus intereses, no permite que sus necesidades emocionales oscurezcan las realidades de cierta situación, se ajusta a los hechos, sereno, tranquilo, se reprime para evitar dificultades.

Individuos que tienden a ser dirigentes; en el aspecto grupal, mantienen una mejor moral de grupo.

Desde el punto de vista ocupacional se encuentran individuos que tienen que ajustarse a dificultades impuestas desde el exterior, por ejemplo: administradores, pilotos de aeronaves y aeromozas.

- Puntuación Baja: Inestabilidad Emocional o Debilidad del Yo (Emotional Ego Weakness)**Características:**

Afectado por sentimientos, menos estable emocionalmente, fácilmente perturbable, alterable; se torna emocional cuando es frustrado, inconsistente en actitudes e intereses, evade responsabilidades, tendencia a desistir, preocupado, busca pleitos y situaciones problemáticas.

Este factor se manifiesta bajo toda clase de desórdenes clínicos. Estas personas se molestan fácilmente y se encuentran inconformes con la situación mundial, con su familia, con las limitaciones de la vida, con su propia salud, y sienten que no pueden enfrentarse a la vida; ofrecen respuestas neuróticas generalizadas que se traducen

en fobias, perturbaciones psicósomáticas, sueño perturbado y una conducta histérica y obsesiva.

Es el "contribuyente" patológico que generalmente se encuentra en neuróticos, psicóticos, alcohólicos, drogadictos, etc. Entre neuróticos, se asocia con tono y postura muscular pobre, y con una historia de síntomas de conducta neurótica durante la infancia, así como con un aumento de síntomas neuróticos al encontrarse lejos del hogar, bajo régimen militar o cualquier otro tipo de tensión.

Desde el punto de vista ocupacional, se encuentran aquellas personas que no requieren de ajustes súbitos o las que pueden marcar su propio paso, como por ejemplo: carteros, empleados, conserjes y escritores.

Factor E: DOMINANCIA

- Puntuación Alta: Ascendencia (Dominance or Ascendance)

Características:

Afirmativo, agresivo, competitivo, terco, mente independiente, austero, severo, solemne, poco convencional, rebelde, testarudo, exige admiración.

Este factor se encuentra correlacionado de manera positiva con una posición social, y es más elevado entre dirigentes que seguidores. El patrón puede alterarse con la edad, y posteriormente mostrar más signos de frustración. Estos grupos muestran una interacción más efectiva y un proceder democrático (se sienten "libres para participar", ponen a discusión problemas de grupo y critican los defectos del grupo). Se relacionan negativamente con logros escolares en todas las edades, incluyendo trabajo universitario de graduados, ya que la docilidad parece mejorar los exámenes. Se encuentra influida por la herencia y distingue a los sexos.

Ocupacionalmente, se asocia más con aquellas personas que requieren audacia y vigor: atletas, investigadores, científicos.

- Puntuación Baja: Sumisión (Submissiveness)

Características:

Obediente, indulgente, moldeable, dócil, servicial, sumiso, dependiente, considerado, diplomático, sencillo, convencional, ajustado, fácilmente perturbado por la autoridad, humilde.

Ocupacionalmente, encontramos en este factor a granjeros, cocineros y conserjes.

Factor F: IMPULSIVIDAD

- Puntuación Alta: Impetuosidad (Surgency)

Características:

Entusiasta, precipitado, despreocupado, conversador, alegre, franco, expresivo, es reflejo del grupo, rápido y alerta.

Son personas que generalmente se desarrollaron en un ambiente más fácil, menos duro, más creativo, o que han tenido una actitud despreocupada al tener aspiraciones menos precisas. Entre neuróticos, dan muestra de síntomas histéricos de conversión y también de anomalías sexuales. Se han encontrado asociaciones entre la impetuosidad y la soltería, así como con la preferencia por vivir en el centro de grandes urbes y el gusto por los viajes. La "impulsividad" aumenta ligeramente con el incremento del ritmo metabólico desde el despertar hasta el atardecer. Declina con la edad de manera pronunciada entre los diecisiete y treinta y cinco años, y luego sigue descendiendo lentamente. Se presenta más en "líderes" electos que en quienes hacen comentarios favorables al grupo, reciben atenciones sociales, son bien aceptados y son buenos oradores.

Los grupos ocupacionales de aeromozas y gerentes de ventas se encuentran en este nivel.

- Puntuación Baja: Retraimiento (Desurgency)

Características:

Sobrio, taciturno, serio, silencioso, introspectivo, lleno de preocupaciones, reflexivo, incommunicativo, apegado a valores internos, lento, cauto.

Entre neuróticos, los retraídos presentan dolores de cabeza, preocupación, irritabilidad, retardo por depresión, fobias y pesadillas. No debe confundirse con la depresión, sino que más bien implica "sobriedad y cautela". Se asocia en menor escala con casi todas las enfermedades mentales, como: neurosis, esquizofrenia y alcoholismo. En lenguaje común, el retraimiento puede ser considerado como un aumento de "carga de preocupaciones".

En el ámbito ocupacional encontramos a: artistas, administradores de universidades y físicos.

Factor G: SUPEREGO

- Puntuación Alta: Superego Fuerte (Superego Strength or Character)

Características:

Fuerte personalidad, escrupuloso, perseverante, moralista, juicioso, determinado, responsable, emocionalmente disciplinado, consistentemente ordenado, consciente, dominado por el sentido de obligación, preocupado por estándares morales y reglas.

Este factor tiene cierto parecido al factor C, de patrón de fuerzas del Yo, sobre todo en cuanto a su contribución común a una conducta auto-controlada y la preocupación por otros, en oposición a una conducta emocional e impulsiva. Estas personas tratan de hacer las cosas "lo mejor que sea posible". También significa una fuerte involucración en los problemas morales del bien y del mal; se preocupan por estándares morales, perseverantes en el esfuerzo, actúan con propiedad y son guardianes de la educación y de la moral; llenas de planes, capaces de concentrarse, se interesan en analizar individuos, son cautas en sus aseveraciones y prefieren gente eficaz a otros compañeros. Logran éxito en una variedad de actividades que requieren de perseverancia, definición y una buena organización de pensamiento.

Este factor se correlaciona negativamente con delincuencia, conducta sociopática, homosexualidad, etc. y positivamente con realizaciones escolares y generales. En dinámicas de grupo líderes y seguidores, se diferencian significativamente, y se encuentra asociado en los miembros de grupos con una participación orientada a trabajo de conjunto de todo tipo. De acuerdo con el cuadro clínico, aquí se encuentran actitudes inculcadas tempranamente por fuertes temores y afectos, que son particularmente inconscientes y ya no sujetos a manipulaciones racionales y los cuales poseen algunas cualidades rígidas y poderosas. Se presenta en pilotos de aerolíneas y anfitrionas.

- Puntuación Baja: Superego Débil (Low Superego Strength or Lack of Acceptance of Group Moral Standards)

Características:

El sujeto no acepta las normas morales del grupo, desacata las reglas, es activo, desobligado, inconstante, frívolo, auto-indulgente, perezoso, desidioso, no confiable, y omite sus obligaciones sociales.

Criminales que buscan un indulto operan particularmente con este factor; también personas de todas las edades en actitud de rebeldía adolescente, que negarán su aceptación a estándares morales sencillos y simples, que en realidad practican. Tiende a presentarse en psicópatas, criminales y otros grupos que se caracterizan por su indiferencia a las normas morales convencionales (también es cierto que se encuentran ciertos tipos "radicales" que muestran perseverancia dentro de su propio marco de referencia, así como algunos que cumplen a satisfacción su cometido, de acuerdo con una mayoría de criterios, en un grupo altamente reglamentado u organizado).

Factor H: APTITUD SITUACIONAL

- Puntuación Alta: Audacia (Parmia)

Características:

Aventurado, insensible a la amenaza, vigoroso socialmente, aventurero, gusta de conocer gente, activo, interesado en el sexo opuesto, sensible, simpático, cordial, amigable, impulsivo, emotivo y con intereses artísticos, despreocupado, no advierte las señales de peligro.

Representa un extenso factor constitucional de baja reactividad fisiológica a la amenaza. Estos individuos muestran poca inhibición ante la amenaza ambiental, son calificados de flojos durante su infancia e insensibles en la interacción social. Esta no susceptibilidad constitucional a la inhibición, genera a su vez, lo peculiar en lo social, sexual, emocional y situaciones de peligro físico. En el aspecto grupal, son individuos que sienten libertad para participar, reciben más votos que el promedio como oradores inefectivos (de largos discursos) y hacen más observaciones socio-emocionales (amigables) que orientadas hacia las labores. Tiende a aumentar este factor con la edad, a medida que la gente se vuelve menos tímida. Estas personas tienen en su historial, el haber estado dedicadas con mayor frecuencia a la organización de clubes y equipos. A pesar de la vacuidad de sus discursos, su fortaleza y sociabilidad se traducen, en que son electas como dirigentes.

En ocupaciones se encuentra a aviadores y administradores. Es conveniente para ocupaciones que exigen capacidad para enfrentar situaciones de "deterioro" al tratar con gente y situaciones emocionales difíciles.

- Puntuación Baja: Timidez (Threchia)

Características:

Recatado, tímido, reprimido, susceptible a las amenazas, vergonzoso, se retrae en presencia del sexo opuesto, cauteloso emocionalmente, propenso a amargarse, sujeto a las normas, intereses limitados, cuidadoso, considerado, visualiza los peligros con rapidez.

Este factor ha demostrado tener asociaciones constitucionales y autónomas y en el polo de alta timidez, puede representar al muy discutido temperamento "leptosomático", innato con una alta tensión y sobreactividad autónoma. Se concibe como el temperamento que bajo tensión, muestra propensión a desórdenes esquizoideos, propensión a la tuberculosis, úlceras, etc. Estos individuos informan de sí mismos ser intensamente tímidos, atormentados por un sentimiento irracional de inferioridad, lentos y torpes para expresarse, les disgustan las ocupaciones en las que tengan contactos interpersonales, prefieren uno o dos amigos íntimos a grupos grandes y no son capaces de establecer contacto con lo que sucede a su alrededor. Tienen

inicialmente un sistema nervioso simpático hiperactivo que los hace especialmente reactivos a la amenaza. Se presenta en granjeros.

Factor I: EMOTIVIDAD

- Puntuación Alta: Sensibilidad Emocional (Premia)

Características:

Afectuoso, sensitivo, dependiente, sobreprotegido, inquieto, espera atenciones y afecto, inseguro, busca ayuda y simpatía, amable, gentil, indulgente consigo mismo y hacia otros, artísticamente exigente, exagerado, amanerado, imaginativo en su vida interior y en su conversación, actúa por intuición sensitiva, descuidado, anda en las nubes, hipocondríaco, ansioso acerca de sí mismo.

Estos individuos se han mostrado melindrosos y a disgusto con personas toscas y ocupaciones rudas; un gusto romántico por los viajes y nuevas experiencias; una mente estética, imaginativa y un tanto irreal y un amor por lo dramático e impráctico en asuntos generales.

En este factor califican más alto los artistas, las mujeres sobre los hombres y los neuróticos sobre los normales. Las actuaciones de grupo y los individuos que lo conforman tienden a ser descritos como fastidiosos, retrasando la actuación del grupo a tomar decisiones y hacen observaciones negativas socio-emocionales (preocupaciones morales). Este factor se encuentra asociado a una educación sobreprotectora o por lo menos de refugio contra exigencias urgentes de la vida. Entre estudiantes, tiende a haber una relación con hogares más indulgentes y más dedicados a la cultura. Se relaciona con conducta neurótica, sociopática y farmacodependiente. Entre estudiantes se relaciona con fumadores. En niños, los individuos "prémicos" han estado interesados (aún cuando no siempre eficientemente) en el trabajo escolar y dependientes del maestro. Ocupacionalmente, este patrón se presenta para consejeros vocacionales, músicos y artistas. También los técnicos psiquiátricos y escritores.

- Puntuación Baja: Severidad (Harría)

Características:

Calculador, rechaza las ilusiones, no sentimental, espera poco, confiado en sí mismo, toma responsabilidad, severo (al punto del cinismo), pocas respuestas artísticas (pero no falta de gusto), inafectable por fantasías, actúa por evidencia lógica y práctica, centrado en la realidad, no piensa en incapacidades físicas.

Es un tipo de dimensión temperamental que representa algo como rudo, masculino, maduro, práctico, realista y generador de solidaridad en el grupo. Entre estudiantes se relaciona con no-fumadores. En niños, los individuos tienen una historia de pocas enfermedades y operaciones, mayor agresividad y una significativa mayor participación en atletismo y deportes.

Ocupacionalmente se da en ingenieros químicos, pilotos comerciales, electricistas, policías y mecánicos.

Factor L: CREDIBILIDAD

- Puntuación Alta: Desconfianza (Protensión)

Características:

Suspica, celoso, dogmático, sospechas de interferencia, hace hincapié en sus frustraciones, tiránico, exige que la gente acepte las responsabilidades de sus errores, irritable.

El término "protensión" significa "proyección y tensión interna". Los paranoicos tienen una puntuación alta. Estos individuos provienen de hogares paternos que admiraron y en el que se tenían intereses intelectuales vivos; desprecian la mediocridad, son escrupulosamente correctos en su conducta; les molesta la gente que se da aires de superioridad y se muestran escépticos de supuestos motivos idealistas en otros. Reportan un número relativamente alto de molestias, son influenciados por los puntos de vista de gente prominente y rehusan ser generosos en proporcionar información en caso de exámenes. Muestran una más alta tensión interna y hay algún indicio que muestra que la protensión es el método preferido, entre gente inteligente y educada, para manejar la ansiedad. En dinámicas de grupo, las personas son catalogadas como impopulares y en grupos, estos son significativamente menos coherentes y de baja moral.

Ocupacionalmente, se encuentra en ingenieros de estudio de tiempo y contadores.

- Puntuación Baja: Confianza (Alexia)

Características:

Confiado, acepta condiciones, admite poca importancia personal, flexible a cambios, sin sospecha de hostilidad, dispuesto a olvidar dificultades, comprensivo y permisivo, tolerante, elástico para corregir a la gente, conciliador.

Este factor es de tolerancia, relajamiento amigable y quizá carencia de ambición y de empeño.

Ocupacionalmente, se encuentran consejeros escolares y trabajadores sociales.

Factor M: ACTITUD COGNITIVA

- Puntuación Alta: Subjetividad (Autia)

Características:

Imaginativo, bohemio, distraído, no convencional, absorto en ideas, interesado en arte, teoría y creencias básicas; cautivado imaginativamente por creaciones internas, caprichoso y fácilmente alejable del buen juicio; generalmente entusiasta, pero con ocasionales rachas histéricas de "darse por vencido".

Estas personas tienen una gran subjetividad y una vida mental interior. Aunque se dejan llevar por oleadas interiores de confianza y se inclinan a olvidarse de asuntos prácticos; en realidad, tienen una ansiedad intermitente interna más alta que la personalidad praxémica; habla y camina en su sueño y alterna periodos de plácida omisión de cuestiones prácticas con periodos histeroides de conducta relativamente inmadura, exigente y sobreexcitada. El término autia pretende transmitir este pensamiento autístico o al menos internamente autónomo. Su origen puede arrancarse de alguna cualidad neurológica, que determina una completa intensidad de ideas y sentimientos, aún cuando también se puede distinguir alguna relación con un ambiente familiar indulgente y proteccionista. Los individuos en grupo tienden a sentirse inaceptados, pero despreocupados. Proponen y hacen sugerencias directivas originales, que no pasan desapercibidas, aún cuando a la larga resultan ser rechazadas. Manifiestan más inconformidad con la unidad del grupo y la observancia del grupo por las reglas del procedimiento. Son grupos con una baja perseverancia moral. Ocupacionalmente, se presenta en artistas, investigadores, ejecutivos de planeación y editores.

- Puntuación Baja: Objetividad (Praxemia)

Características:

Práctico, tiene preocupaciones reales, convencional, alerta a las necesidades prácticas, preocupado por intereses y asuntos inmediatos, prosaico, evita lo fantástico, guiado por realidades objetivas, confiable en su buen juicio, honrado, preocupado pero constante.

En el área ocupacional, se presenta en aquellas actividades que requieran de un sentido mecánico, realismo y viveza.

Factor N: SUTILEZA

- Puntuación Alta: Astucia (Shrewdness)

Características:

Astuto, mundano, cultivado, socialmente consciente, tiene mentalidad calculadora precisa, emocionalmente despegado y disciplinado, astuto, estéticamente delicado, comprensión respecto de sí mismo, perspicaz respecto de otros, ambicioso, quizá inseguro, inteligente.

Personas consideradas como ingeniosas, acertadas en diagnóstico clínico, flexibles en puntos de vista, inclinadas a "estudiar las distintas alternativas", observadoras de modales, de obligaciones sociales y de las relaciones sociales de otros. Este patrón representa una forma de desarrollo intelectual-educacional, correlacionándose positivamente, tanto con inteligencia, como con dominancia. Esta dimensión es socialmente adquirida y se encuentra asociada negativamente con patología, así como con el éxito en la enseñanza. Se cree que es un patrón adquirido, parcialmente estimulado por un ambiente de "sálvese quien pueda", creando inseguridad y sospechas maliciosas. Puede representar un desarrollo sofisticado, intelectual y autosuficiente, con escepticismo respecto de las más ingenuas suposiciones de la cultura. En grupos subculturales de adultos se asocia con reacciones de disgusto hacia los salones de clase de escuelas y la aceptada bondad académica. Todo esto indica que existe demasiada eficacia y deseos de sobrevivir como para que estos individuos sean gentilmente tolerantes con la mayoría de las gentes y sus fracasos. En dinámicas de grupo, las personas tienden a ser directivas en discusiones analíticas y orientadas hacia objetivos, proporcionando soluciones constructivas de grupo. Ocupacionalmente, resultan ser profesionistas hábiles y gente dedicada a trabajos de precisión: contadores, ingenieros de estudio de tiempos y electricistas.

- Puntuación Baja: Ingenuidad (Naïvete)

Características:

Ingenuo, modesto, sincero, pero socialmente torpe; tiene mentalidad vaga e imprudente, muy sociable, se involucra afectuosa y emocionalmente, espontáneo, natural, tiene gustos simples, carece de autocomprensión, no habla en análisis de motivos, se contenta con su suerte, tiene confianza ciega en la naturaleza humana.

Personas de una casi ingenua autenticidad emocional, completamente directas y con franqueza espontánea. Tienen a ser más aceptados y se les tiene una mayor confianza (quizás especialmente por niños). Hay una ingenuidad auténtica, expresividad emocional, afecto natural y gusto por la gente. En dinámicas de grupo, estas personas se caracterizan más como lentas y obstaculizadoras de los procedimientos. Ocupacionalmente, se encuentran sacerdotes, misioneros, enfermeras, técnicos psiquiátricos, cocineros y convictos.

Factor D: CONCIENCIA

- Puntuación Alta: Propensión a la Culpabilidad (Guilt Proneness)

Características:

Aprehensivo, autorecriminante, inseguro, preocupado, atormentado, ansioso, deprimido, llora fácilmente, vencido por caprichos, fuerte sentido de la obligación, sensible a la aprobación o desaprobación de la gente, escrupuloso, delicado, hipocondríaco e inadecuado, síntomas de fobias, solitario, pensador.

Estas personas se sienten inestables, informan de exceso de fatiga por situaciones excitantes, no pueden dormir debido a preocupaciones, se sienten inadecuadas para enfrentarse a las difíciles exigencias de la vida cotidiana. Se descorazonan fácilmente y tienen remordimientos; sienten que las personas no tienen la moral que deberían tener, se inclinan por la piedad, prefieren libros e intereses tranquilos a gente y ruidos, mostrando una mezcla de síntomas hipocondríacos y neurasténicos, pero prominentemente de fobias y ansiedades. Existen indicios de que un "estado de postración" ocurre esporádicamente con este patrón, a manera de una reacción ante situaciones de repetidos fracasos, transgresiones e insuficiencias. En dinámicas de grupo, las personas no se sienten, ni aceptadas, ni a gusto para participar; se les considera tímidas, oradores inefectivos y más bien como un estorbo, pero se sostienen religiosamente orientados en sus observaciones. Seleccionan a pocos semejantes como sus amigos y tratan de obtener estándares de grupo conforme a las reglas. Este factor pesa con fuerza en contra de liderazgos exitosos, ante algunas situaciones de enfrentamiento, en contra del éxito en trabajos con emergencias repentinas y se encuentra relacionado con accidentes automovilísticos. Hay una fuerte tendencia por la "defensa de fantasía". Es uno de los mayores factores de ansiedad y es alto entre neuróticos, alcohólicos y psicóticos. Es "propensión a la culpabilidad", "pobreza de espíritu" o "conciencia", la que podría ser considerada como una profunda sensación emocional de minusvalía general, que da lugar a una reacción más sensible a transgresiones del superego (y quizá también a otros tipos de inadecuaciones y conflictos personales), aunque no a un desarrollo y fortaleza mayores del propio superego, que corresponde al factor G.

Ocupacionalmente se da entre ciertos grupos religiosos, entre artistas, granjeros y editores.

- Puntuación Baja: Adecuación Serena (Untroubled Adequacy)

Características:

Seguro de sí mismo, apacible, complaciente, confía en sí mismo, jovial, elástico, persistente, oportuno, insensible a la aprobación o desaprobación de la gente, no es cuidadoso, vigorosamente brusco, sin temores, dado a las acciones simples.

Este factor distingue a aquellos que externalizan su desajuste, de aquellos que igualmente con baja fuerza del Yo (C) sufren su desajuste como conflicto interno.

Ocupacionalmente, se da entre atletas profesionales, electricistas, mecánicos, enfermeras y gerentes de ventas.

Factor Q1: POSICION SOCIAL

- Puntuación Alta: Radicalismo (Radicalism)

Características:

Le gusta experimentar, liberal, analítico, pensamiento libre.

Estas personas están mejor informadas y se encuentran más dispuestas a experimentar con soluciones y problemas, menos dispuestas a moralizar, con más dudas acerca de puntos de vista generales, etc. Los adolescentes son los que tienen una gran necesidad de rebeldía, pero este factor se encuentra más alto entre personas de edad media que entre gente joven (se ha dicho que la etapa más conservadora del hombre es su infancia). Expresan más interés por la ciencia que por la religión; mayor interés por el pensamiento analítico, por los ensayos modernos, por la lectura en oposición a enseñanza en la clase, a romper con la costumbre y la tradición o a guiar y persuadir a la gente. En dinámica de grupos la persona contribuye con comentarios a la discusión, siendo la mayoría de ellos de naturaleza crítica. Ocupacionalmente, se encuentran ejecutivos, maestros universitarios e investigadores científicos.

- Puntuación Baja: Conservadurismo (Conservatism)

Características:

Conservador, respeta ideas establecidas, tolerante ante las dificultades tradicionales.

Ocupacionalmente, este factor puntúa bajo entre policías, enfermeras y muchos grupos de trabajo poco aptos, así como en los más exitosos técnicos en psiquiatría.

Factor Q2: CERTEZA INDIVIDUAL

- Puntuación Alta: Autosuficiencia (Self-Sufficiency)

Características:

Autosuficiente, rico en recursos, prefiere sus propias decisiones.

Se da en personas resueltas, que acostumbran tomar sus propias decisiones. En dinámicas de grupo, la persona está más inconforme con la integración de grupo, hace observaciones, que son con más frecuencia soluciones independientes que preguntas, y tiende a ser rechazado. En niños, estos han estado del lado reservado, desarrollándose tempranamente y tendiendo a asociarse con pocos amigos mayores.

Ocupacionalmente se presenta en escritores, científicos y criminales.

- Puntuación Baja: Dependencia Grupal (Group Dependency)

Características:

Socialmente dependiente del grupo, se "adhiera" y es un seguidor ejemplar.

Personas que marchan con el grupo y que dependen más de la aprobación social; son convencionales y siguen la moda.

Factor Q3: AUTOESTIMA

- Puntuación Alta: Control (High Strength of Self Sentiment)

Características:

Controlado, firme, fuerza de voluntad, escrupuloso socialmente, estricto en su proceder, se guía por su propia imagen.

Estas personas muestran respuestas de carácter socialmente aprobadas, control, persistencia, previsión, consideraciones hacia otros, conciencia y respeto por la etiqueta y la reputación social. En dinámicas de grupo, serán elegidas como dirigentes, pero aún más a aquellas que son rutinariamente efectivas, más que populares. Hacen más observaciones en comités, especialmente elaborando problemas y ofreciendo soluciones a través de sus comentarios; reciben menos votos como obstaculizadores y menos rechazos al final de las sesiones. Este factor se encuentra asociado con éxito en actividades mecánicas, matemáticas y organizacionalmente productivas.

En su papel de ayuda integrativa, ciertos parecidos pueden observarse con la fuerza del Yo (C) y con el control del superego (G), pero siendo más consciente en acción que (C) y más dirigido hacia valores de aceptación social y autoengrandecimiento, que lo que es (G).

Es alto en aquellos que requieren de objetividad, equilibrio y decisión, como: pilotos de aerolíneas, administradores de universidades, electricistas y técnicos psiquiátricos. Está correlacionada con la ausencia de accidentes automovilísticos y con el éxito en la escuela.

- Puntuación Baja: Indiferencia (Low Self-Sentimental Integration)
Características:
Incontrolado, flojo, sigue sus propios impulsos, indiferente a las reglas sociales.

Factor Q4: ESTADO DE ANSIEDAD

- Puntuación Alta: Tensión (High Ergic Tension)
Características:
Tenso, frustrado, impulsivo, sobreexcitado, malhumorado.

El individuo se manifiesta como irracionalmente preocupado, tenso, irritable, ansioso y agitado. En dinámicas de grupo, las personas raramente alcanzan el liderazgo. También ellos consideran pobre la unidad y orden del grupo, así como la cualidad del liderazgo existente, supuestamente, en parte debido a su propia insatisfacción interna. Contribuye a la propensión a accidentes automovilísticos. Se presenta en maniaco-depresivos (tanto en la fase maniaca como en la depresiva) y en psicópatas. Representa un nivel de excitación y tensión, expresando una "libido" no descargada (usualmente frustrada) y pobremente controlable. Hay mayor tensión sexual. Puede ser interpretado como una necesidad de energía (id) excitado en exceso, más allá de la capacidad del ego para descargarse, y que por lo tanto, es mal dirigida y convertida en perturbaciones psicósomáticas, ansiedad, etc. y generalmente trastorna la adecuación estable y el equilibrio emocional. Asociada con la depresión clínica. El impulso no descargado puede constituir una función de:

- a) nivel situacional, frustración y dificultad ambiental, así como
- b) alguna incapacidad temperamental del ego para manejar bien la descarga aun en un ambiente de dificultad ordinaria. Puede pensarse como el factor en la depresión que está conectado con el nivel general de frustración y, por lo tanto, no es raro que las manifestaciones observadas expresen la gama de respuestas de frustración que van desde enojo y pugnacidad hasta la ansiedad y la depresión. Ocupacionalmente, son personas que en empleos manifiestan muy poca autoexpresión, pero que descargan una crítica a las demandas ambientales.

- Puntuación Baja: Tranquilidad (Low Ergic Tension)
Características:
Relajado, tranquilo, aletargado, no frustrado, sereno.

Se cree que estas personas en el trabajo escolar logran sus metas más que los del polo opuesto, a pesar de que existe la misma inteligencia. En algunos otros grupos, en ejecuciones simples o en ejecuciones de ensayo-error, donde el nivel de actividad es importante, se ha encontrado correlación positiva con este factor. Sin embargo, en ejecuciones medidas en grupos como unidades, la dimensión de "fuerza moral" en pequeños grupos se encuentra en un nivel superior con una media más baja para cada uno de los miembros del grupo.

Ocupacionalmente en pilotos de aerolíneas y azafatas.

Instrucciones para su aplicación

Se ofrece al sujeto el manual de preguntas y la hoja de respuestas. En primer término se pide al examinado escribir sus datos personales en la hoja de respuestas y a continuación se leen las instrucciones de la prueba, junto con el examinado, para aclarar las dudas que puedan surgir. Se solicita que conteste los ejemplos para verificar que las instrucciones han sido comprendidas. Posteriormente se indica que empiece a contestar las preguntas, fijándose que el número de la pregunta coincida con el número de la respuesta. La prueba no tiene tiempo límite, más resulta conveniente aclarar al examinado que sus respuestas deberán ser rápidas. La mayoría de los individuos tarda aproximadamente 45 a 60 minutos en contestar. Es necesario revisar las respuestas para corregir cualquier error de contestación que pudiera alterar la calificación de la prueba.

Manera de contestar

En cada pregunta hay tres posibles respuestas:

- A que indica SI
- B que indica que hay dudas acerca de la respuesta proporcionada
- C que indica No

La contestación del sujeto se indica en la hoja de respuestas por medio de una cruz (X). La prueba está construida con el fin de disminuir la tendencia a distorsionar por parte del sujeto. Es necesario que el examinado elimine hasta donde sea posible dicha tendencia, recalándole la importancia que implica la sinceridad de sus respuestas..

Los reactivos se seleccionaron de la manera más natural posible, destacando los aspectos deseables e indeseables en ambos extremos de la escala del factor. Los rasgos no presentan valor facial y nominal, aunque si miden los rasgos que representan; estos se escogieron como medida de protección para evitar la posibilidad de distorsión.

Calificación

Antes del proceso de calificación, resulta conveniente revisar la hoja de respuestas, con objeto de verificar que el sujeto haya contestado correctamente.

En ocasiones se presentan respuestas no calificables como: la omisión de respuestas o la contestación en las tres alternativas para un solo reactivo.

Si sucede lo anterior, y si es posible, el examinado deberá contestar adecuadamente a dichas respuestas. En caso contrario, puede elegirse cualquiera de las dos alternativas siguientes:

- Se asigna un promedio crudo, otorgando calificación de 1 para cada reactivo omitido, exceptuando los reactivos que pertenezcan al factor B (inteligencia), a los que se les asignará calificación de 0 y,
- Se prorratan las calificaciones de los reactivos no contestados, de acuerdo a la proporción de los otros reactivos del factor que se hayan contestado correctamente.

Existen dos maneras de calificar:

- Mediante una máquina (para lo que es necesario una hoja de respuestas especial)
- Mediante una plantilla

En la calificación manual, se utilizan dos plantillas: la primera abarca los factores: A, C, F, H, L, N, Q1 y Q3 y la segunda B, E, G, I, M, O, Q2 y Q4.

La plantilla se coloca sobre la hoja de respuestas y se procede a contar las marcas (X) visibles. Se suma y se coloca el número en el espacio reservado para el factor calificado.

Las respuestas se califican con 2, 1 ó 0, exceptuando el Factor B (inteligencia) en el que las respuestas reciben calificación de 1 ó 0.

La calificación de cada reactivo, contribuye únicamente a un factor total.

Cada factor posee diferente número de reactivos, los cuales se agrupan de la siguiente manera:

A=10	E=13	H=13	M=13	Q1=10
B=13	F=13	I=10	N=10	Q2=10
C=13	G=10	L=13	O=13	Q3=10
				Q4=13

Una vez que se han obtenido los puntajes crudos, se procede a la conversión de un sistema de puntuación, que permite relacionar la calificación del sujeto con calificaciones de otros sujetos de cierta población definida. Este proceso se logrará mediante la utilización de las tablas de estandarización, en que los puntajes crudos se convierten a Stens.

Las calificaciones denominadas Stens, se distribuyen sobre diez puntos normales de calificación de igual intervalo, de 1 a 10 con el promedio de la población en el Sten 5.5. Los Stens 5 y 6 se desplazan media desviación bajo y arriba de la media, representando al grueso de la población; los Stens 4 y 7 se consideran ligeramente desviados; los Stens 2, 3, 8 y 9 bastante desviados. Estos datos representan la localización del sujeto en relación a la población definida en que se realizó la estandarización.

Confiabilidad y Validez del Test

"La consistencia de las escalas se observa en: confiabilidades, correlaciones Test-Retest con intervalos de tiempo cortos; en homogeneidad interna y coeficientes de equivalencia entre las formas. La estabilidad temporal se presenta variable ante diferentes situaciones; esto es ocasionado por el rasgo más que por la propia prueba. Cattell presenta los datos de consistencia del test, basándose en la fórmula de r.P.M. de Pearson y en la de corrección de Spearman Brown (Split-Half). Estos son:

Factor A: 0.90
 Factor B: 0.86
 Factor C: 0.93
 Factor E: 0.91
 Factor F: 0.84
 Factor G: 0.85
 Factor H: 0.83
 Factor I: 0.76
 Factor L: 0.77
 Factor M: 0.88
 Factor N: 0.79
 Factor O: 0.85
 Factor Q1: 0.71
 Factor Q2: 0.79
 Factor Q3: 0.73
 Factor Q4: 0.88

Los reactivos utilizados para la prueba fueron seleccionados de muchos más, previamente probados, permaneciendo aquellos que después de tres análisis factoriales, demostraron poseer validez significativa. Dichos análisis confirman la estructura de los 16 factores.

La validez de la prueba es considerada como validez conceptual o de construcción, lo que significa que los reactivos fueron seleccionados al correlacionarse con el factor puro que pretenden medir.

La correlación media de los reactivos únicos con los factores que representan es aproximadamente +.37; muestra una intercorrelación media de los reactivos de +.10; y la validez conceptual es aproximadamente de .85. En base a estos datos se le considera una prueba aceptable dada su brevedad.

Con referencia a esta información, Cattell muestra los siguientes datos: Validez estimada de las cargas (Forma A y B conjuntamente):

A=0.88	F=0.91	L=0.89	O1=0.74
B=0.80	G=0.85	M=0.74	O2=0.81
C=0.76	H=0.96	N=0.73	O3=0.92
E=0.82	I=0.84	O=0.91	O4=0.96

Validez estimada de las dos medias factoriales (Forma A y B):

A=0.95	F=0.92	L=0.88	Q1=0.84
B=0.93	G=0.92	M=0.94	Q2=0.89
C=0.96	H=0.91	N=0.89	Q3=0.87
E=0.95	I=0.87	O=0.92	Q4=0.94" (64)

Evaluación del Tratamiento:

Se aplicó al grupo de diabéticos un cuestionario acerca del tratamiento requerido para un adecuado control de la Diabetes. Las preguntas se dividieron en dos aspectos: 30 reactivos se referían a conocimientos generales del tratamiento: dieta, ejercicio, inyecciones de insulina y pruebas en orina y sangre; otros 30 reactivos se referían al seguimiento que tiene el diabético de los aspectos anteriores. Los 30 reactivos referentes al conocimiento y los 30 referentes al seguimiento, se mezclaron indistintamente. El cuestionario es cerrado de respuestas dicotómicas (Sí o No).

Calificación:

A cada una de las respuestas se le dio un valor:

- "1" si en la respuesta el diabético conocía o seguía un aspecto específico del tratamiento.
- "0" si en la respuesta el diabético no conocía o no seguía un aspecto específico del tratamiento.

Se sumó el total de respuestas con el valor de "1", en cada uno de los individuos de ambos grupos. Las sumatorias se cambiaron a porcentajes y se les comparó a una escala de 0 a 100, en donde:

- 0 = Conocimiento y Seguimiento Nulo.
- 25 = Conocimiento y Seguimiento Malo.
- 50 = Conocimiento y Seguimiento Regular.
- 75 = Conocimiento y Seguimiento Bueno.
- 100 = Conocimiento y Seguimiento Excelente.

PROCEDIMIENTO

Grupo de Diabéticos:

La población se compuso de:

- Pacientes que asisten a consulta externa en la Clínica Londres.
- Pacientes que asisten a consulta externa en el Instituto Nacional de Nutrición.
- Miembros de PRODINDE (Pro Diabetes Insulino-Dependiente).
- Pacientes referidos por otros medios.

Se les aplicó el Cuestionario 16 FP de Cattell, así como el Cuestionario de Tratamiento, después de acudir a consulta externa, en el caso de pacientes que acuden a Nutrición y a la Clínica Londres. A los miembros de PROINDE se les visitó en sus propios hogares.

Los trámites fueron los siguientes: entrega de una carta oficial de la Universidad Intercontinental, en donde se respalda la investigación que se está llevando a cabo, así como una copia del proyecto de tesis.

La aplicación se realizó reuniendo grupos de aproximadamente cinco personas a las que se les daban las siguientes instrucciones:

- Saludo

- Se está realizando una investigación con diabéticos insulino-dependientes para conocer de qué manera les afecta el tratamiento en su vida diaria. Se trata de contestar dos cuestionarios, cuya duración aproximada es de una hora y media.

- Se llenará primero una hoja con datos previos del paciente (evolución de la enfermedad, causa de la enfermedad, familiares diabéticos y edad) y posteriormente, se procederá a contestar los dos cuestionarios.

En el caso del 16 FP se les dieron las instrucciones mencionadas en el folleto del mismo.

En el caso del Cuestionario del Tratamiento, se les comunicó lo siguiente:

- Este cuestionario es anónimo y confidencial. Lo único que le pido es que anote su edad y sexo, y que sea lo más sincero posible en sus respuestas. En caso de así requerirlo, no dude en preguntar. Gracias por su cooperación.

Grupo de No-Diabéticos:

La población se compuso de sujetos escogidos de manera aleatoria, cuya edad y sexo coincidiera con su contraparte diabética. La aplicación se realizó, al igual que con los diabéticos, en grupos de cinco personas.

Se les leyeron las instrucciones del Cuestionario 16 FP, al igual que en el caso de los diabéticos.

ANALISIS ESTADISTICO

Se utilizó lo siguiente:

- Prueba "t" de Student

- Prueba "r" de Pearson

CAPITULO V

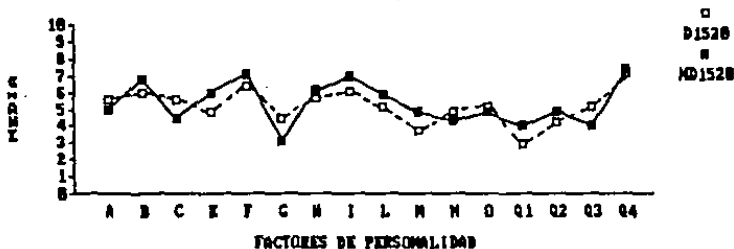
RESULTADOS

CUADRO # 1

**RESULTADOS DEL CUESTIONARIO 16 (FP DE CATTELL) ENTRE:
GRUPO (I) DIABETICOS (15-20 AÑOS) Y GRUPO (Y) NO DIABETICOS (15-20 AÑOS)**

FACTOR	I	Y	T CALC	T TABLAS	g.l.	α	DECISION EST.
A (Expresividad Emocional)	5.60	4.95	1.03	2.048	28	<0.05	Se acepta Ho
B (Inteligencia)	5.93	5.73	1.22	2.048	28	<0.05	Se acepta Ho
C (Fuerza del Yo)	5.60	4.47	1.40	2.048	28	<0.05	Se acepta Ho
E (Dominancia)	4.87	6	1.32	2.048	28	<0.05	Se acepta Ho
F (Impulsividad)	6.33	7.07	1.25	2.048	28	<0.05	Se acepta Ho
G (Superego)	4.40	3.13	1.96	2.048	28	<0.05	Se acepta Ho
H (Aptitud Situacional)	5.67	6.13	.06	2.048	28	<0.05	Se acepta Ho
I (Emotividad)	6.07	6.93	1.11	2.048	28	<0.05	Se acepta Ho
L (Credibilidad)	5.20	5.87	.75	2.048	28	<0.05	Se acepta Ho
M (Actitud Cognitiva)	3.73	4.80	1.46	2.048	28	<0.05	Se acepta Ho
K (Sutileza)	4.80	4.33	.59	2.048	28	<0.05	Se acepta Ho
Q (Conciencia)	5.20	4.80	.66	2.048	28	<0.05	Se acepta Ho
Q1 (Posición Social)	2.93	4	1.95	2.048	28	<0.05	Se acepta Ho
Q2 (Certeza Individual)	4.27	4.80	.81	2.048	28	<0.05	Se acepta Ho
Q3 (Autoestima)	5.13	4.07	1.62	2.048	28	<0.05	Se acepta Ho
Q4 (Estado de Ansiedad)	7.20	7.33	.18	2.048	28	<0.05	Se acepta Ho

GRAFICA CUADRO # 1



CUADRO # 2

RESULTADOS DEL CUESTIONARIO 16 (FP DE CATTELL) ENTRE:

GRUPO (X) DIABETICOS (21-27 AÑOS) Y GRUPO (Y) NO DIABETICOS (21-27 AÑOS)

FACTOR	X	Y	T CALC	T TABLAS	g.l.	α	DECISION EST.
A (Expresividad Emocional)	8.13	5.33	4.12	3.460	28	>.001000	Se rechaza Ho
B (Inteligencia)	6.40	8.13	2.72	2.660	28	>.0100	Se rechaza Ho
C (Fuerza del Yo)	5	5.80	.93	2.048	28	<.050	Se acepta Ho
E (Obediancia)	5.27	6.53	1.57	2.048	28	<.050	Se acepta Ho
F (Impulsividad)	7.47	6.33	1.95	2.048	28	<.050	Se acepta Ho
G (Superego)	5	3.73	1.71	2.048	28	<.050	Se acepta Ho
H (Aptitud Situacional)	6.40	5.93	.64	2.048	28	<.050	Se acepta Ho
I (Energividad)	7.07	6	1.31	2.048	28	<.050	Se acepta Ho
L (Credibilidad)	5.53	5.53	0	2.048	28	<.050	Se acepta Ho
M (Actitud Cognitiva)	3.33	6.33	4.33	3.460	28	>.001000	Se rechaza Ho
N (Sutileza)	5.53	5.27	.27	2.048	28	<.050	Se acepta Ho
O (Conciencia)	4.87	4.67	.24	2.048	28	<.050	Se acepta Ho
Q1 (Posicion Social)	4	4.80	1.07	2.048	28	<.050	Se acepta Ho
Q2 (Certeza Individual)	4.73	5.93	1.47	2.048	28	<.050	Se acepta Ho
Q3 (Autoestima)	5	3.80	1.96	2.048	28	<.050	Se acepta Ho
Q4 (Estado de Ansiedad)	7.40	7	.56	2.048	28	<.050	Se acepta Ho

GRAFICA CUADRO # 2



CUADRO # 3

RESULTADOS DEL CUESTIONARIO 16 (FP DE CATTELL) ENTRE:
GRUPO (I) DIABETICOS (15-20 AÑOS) Y GRUPO (Y) DIABETICOS (21-27 AÑOS)

FACTOR	I	Y	T CALD	T TABLAS	q.l.	α	DECISION EST.
A (Expresividad Emocional)	5.60	8.13	3.72	3.674	28	>.001***	Se rechaza Ho
B (Inteligencia)	5.93	6.40	.70	2.048	28	<.05*	Se acepta Ho
C (Fuerza del Yo)	5.60	5.00	.70	2.000	28	<.05*	Se acepta Ho
E (Dominancia)	4.87	5.27	.53	2.048	28	<.05*	Se acepta Ho
F (Impulsividad)	6.33	7.47	1.90	2.048	28	<.05*	Se acepta Ho
G (Superego)	4.40	5.00	.82	2.048	28	<.05*	Se acepta Ho
H (Aptitud Situacional)	5.67	6.40	1.03	2.048	28	<.05*	Se acepta Ho
J (Egotividad)	6.07	7.07	1.50	2.048	28	<.05*	Se acepta Ho
L (Credibilidad)	5.20	5.53	.41	2.048	28	<.05*	Se acepta Ho
M (Actitud Cognitiva)	3.73	3.33	.61	2.048	28	<.05*	Se acepta Ho
N (Sutiliza)	4.80	5.53	.73	2.048	28	<.05*	Se acepta Ho
D (Consciencia)	5.20	4.87	.42	2.048	28	<.05*	Se acepta Ho
Q1 (Posicion Social)	2.93	4.00	1.74	2.048	28	<.05*	Se acepta Ho
Q2 (Certeza Individual)	4.27	4.73	.77	2.048	28	<.05*	Se acepta Ho
Q3 (Autoestima)	5.13	5.00	.20	2.048	28	<.05*	Se acepta Ho
Q4 (Estado de Ansiedad)	7.20	7.40	.28	2.048	28	<.05*	Se acepta Ho

GRAFICA CUADRO # 3



CUADRO # 4

RESULTADOS DEL CUESTIONARIO 16 (FP DE CATTELL) ENTRE:

GRUPO (I) NO DIABETICOS (15-20 AÑOS) Y GRUPO (Y) NO DIABETICOS (21-27 AÑOS)

FACTOR	I	Y	T. CALC.	T. TABLAS	g.l.	α	DECISION EST.
A (Expresividad Emocional)	4.93	5.33	.62	2.048	28	<.05	Se acepta Ho
B (Inteligencia)	6.73	8.13	2.26	2.048	28	>.05	Se rechaza Ho
C (Fuerza del Yo)	4.47	5.80	1.63	2.048	28	<.05	Se acepta Ho
E (Dominancia)	6.00	6.53	.59	2.048	28	<.05	Se acepta Ho
F (Impulsividad)	7.07	6.33	1.29	2.048	28	<.05	Se acepta Ho
G (Superego)	3.13	3.73	.91	2.048	28	<.05	Se acepta Ho
H (Aptitud Situacional)	6.13	5.93	.25	2.048	28	<.05	Se acepta Ho
I (Emotividad)	6.93	6	1.03	2.048	28	<.05	Se acepta Ho
L (Credibilidad)	5.87	5.53	.36	2.048	28	<.05	Se acepta Ho
M (Actitud Cognitiva)	4.80	6.33	2.01	2.048	28	<.05	Se acepta Ho
N (Sutiliza)	4.33	5.27	1.21	2.048	28	<.05	Se acepta Ho
Q (Conciencia)	4.80	4.67	.20	2.048	28	<.05	Se acepta Ho
Q1 (Posicion Social)	4.00	4.80	1.16	2.048	28	<.05	Se acepta Ho
Q2 (Certeza Individual)	4.80	5.93	1.33	2.048	28	<.05	Se acepta Ho
Q3 (Autoestima)	4.07	3.80	.44	2.048	28	<.05	Se acepta Ho
Q4 (Estado de Ansiedad)	7.33	7	.45	2.048	28	<.05	Se acepta Ho

GRAFICA CUADRO # 4



CUADRO # 5

RESULTADOS DEL CUESTIONARIO 16 (FP DE CATTELL) ENTRE:

GRUPO (I) DIABETICOS (15-27 AÑOS) Y GRUPO (II) NO DIABETICOS (15-27 AÑOS)

FACTOR	I	II	T. CAL	T. TABLAS	n. d.	n	DECISION EST.
A (Expresividad Emocional)	6.87	5.13	3.34	2.660	58	>.0100	Se rechaza Ho
B (Inteligencia)	6.17	7.43	2.70	2.600	58	>.0100	Se rechaza Ho
C (Fuerza del Yo)	5.30	5.13	.28	2.000	58	<.050	Se acepta Ho
E (Dominancia)	5.07	6.27	2.07	2.000	58	>.050	Se rechaza Ho
F (Impulsividad)	6.90	6.70	.47	2.000	58	<.050	Se acepta Ho
G (Superego)	4.70	3.43	2.59	2.000	58	>.050	Se rechaza Ho
H (Aptitud Situacional)	6.03	6.03	.00	2.000	58	<.050	Se acepta Ho
I (Egotividad)	6.57	6.47	.18	2.000	58	<.050	Se acepta Ho
L (Credibilidad)	5.37	5.70	.55	2.000	58	<.050	Se acepta Ho
M (Actitud Cognitiva)	3.53	5.57	3.95	3.460	58	>.001000	Se rechaza Ho
N (Sutileza)	5.17	4.80	.58	2.000	58	<.050	Se acepta Ho
Q (Conciencia)	5.03	4.73	66.00	2.000	58	<.050	Se acepta Ho
Q1 (Posicion Social)	3.47	4.40	1.98	2.000	58	<.050	Se acepta Ho
Q2 (Certeza Individual)	4.50	5.37	1.64	2.000	58	<.050	Se acepta Ho
Q3 (Autoestima)	5.07	3.93	2.57	2.000	58	>.050	Se rechaza Ho
Q4 (Estado de Ansiedad)	7.30	7.17	.26	2.000	58	<.050	Se acepta Ho

GRAFICA CUADRO # 5



CUADRO # 4
RESULTADOS COMPARATIVOS DEL CONOCIMIENTO SOBRE LA DIABETES ENTRE:
GRUPO (I) DIABETICOS (15-20 AÑOS) Y GRUPO (V) DIABETICOS (21-27 AÑOS)

N	MEDIA I	MEDIA V	T CALC	T TABLAS	g.l.	α	DECISION EST.
30	34.13	33.13	1.23	2.05	28	<.05	Se acepta Ho

CUADRO # 7
RESULTADOS COMPARATIVOS DEL SEGUIMIENTO SOBRE LA DIABETES ENTRE:
GRUPO (I) DIABETICOS (15-20 AÑOS) Y GRUPO (V) DIABETICOS (21-27 AÑOS)

N	MEDIA I	MEDIA V	T CALC	T TABLAS	g.l.	α	DECISION EST.
30	38.40	39.13	.90	2.048	28	<.05	Se acepta Ho

CUADRO # 8
RESULTADOS DE LA RELACION ENTRE CONOCIMIENTO Y SEGUIMIENTO
EN EL GRUPO (I) DIABETICOS (15-20 AÑOS)

N	R CALC	R TABLAS	g.l.	α	DECISION EST.
15	-.1116	.5139	13.00	<0.05	Se acepta Ho

CUADRO # 9
RESULTADOS DE LA RELACION ENTRE CONOCIMIENTO Y SEGUIMIENTO
EN EL GRUPO (V) DIABETICOS (21-27 AÑOS)

N	R CALC	R TABLAS	g.l.	α	DECISION EST.
15	-.2278	.5139	13.00	<0.05	Se acepta Ho

PORCENTAJES DE LA PUNTUACION DEL CUESTIONARIO DE TRATAMIENTO
DE DIABETICOS DE 15 A 20 AÑOS Y 21 A 27 AÑOS

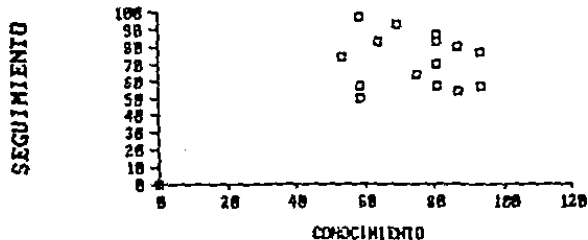
Nº	21 A 27 AÑOS		15 A 20 AÑOS	
	C	S	C	S
1	76.67%	73.33%	81.00%	56.67%
2	83.33%	76.67%	75.11%	63.33%
3	90.00%	73.33%	58.78%	46.67%
4	90.00%	83.33%	53.78%	73.33%
5	84.67%	76.67%	64.00%	83.33%
6	96.67%	56.67%	81.00%	63.33%
7	96.67%	46.67%	81.00%	70.00%
8	90.00%	73.33%	93.44%	56.67%
9	96.67%	53.33%	69.44%	93.33%
10	100.00%	73.33%	87.11%	80.00%
11	80.00%	56.67%	87.11%	53.33%
12	90.00%	86.67%	58.78%	56.67%
13	93.33%	73.33%	58.78%	50.00%
14	80.00%	66.67%	93.44%	76.67%
15	93.33%	73.33%	81.00%	66.67%
MEDIAS	89.56%	69.56%	74.97%	72.00%

C = CONOCIMIENTO

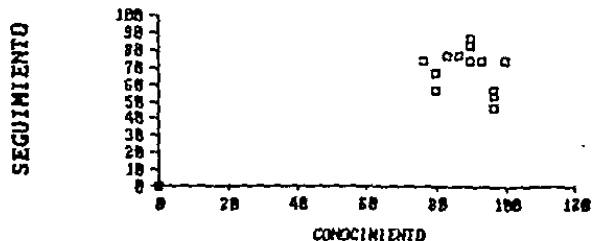
S = SEGUIMIENTO

0%	= CONOCIMIENTO Y SEGUIMIENTO MALO
25%	= CONOCIMIENTO Y SEGUIMIENTO MALO
50%	= CONOCIMIENTO Y SEGUIMIENTO REGULAR
75%	= CONOCIMIENTO Y SEGUIMIENTO BUENO
100%	= CONOCIMIENTO Y SEGUIMIENTO EXCELENTE

GRAFICA DE CORRELACION (15-20 AÑOS)



GRAFICA DE CORRELACION (21-27 AÑOS)



INTERPRETACION Y DISCUSION DE RESULTADOS

Interpretación:

A continuación se presenta el perfil de personalidad de los cuatro grupos contrastados y las diferencias existentes entre cada uno de ellos, en base a los Cuadros 1-6.

PERFILES DE PERSONALIDAD

Promedio de las Puntuaciones = 5 y 6
Media = M

Diabéticos (15-20 años)
(Ver Cuadros #1 ó #3)

Los diabéticos de 15 a 20 años presentan tendencia hacia los factores de Sumisión (M = 4.87), Impulsividad (M = 6.33), Superego Débil (M = 4.40), Objetividad (M = 3.73), Ingenuidad (M = 4.80), Conservadurismo (M = 2.93), Dependencia Grupal (M = 4.27) y Tensión (M = 7.20). En las puntuaciones de Expresividad Emocional, Inteligencia, Fuerza del Yo, Aptitud Situacional, Emotividad, Credibilidad, Conciencia y Autoestima, este grupo se encuentra dentro del promedio.

Diabéticos (21 a 27 años)
(Ver Cuadros #2 ó #3)

Los diabéticos de 21 a 27 presentan tendencia hacia los factores de Sociabilidad (M = 8.13), Inteligencia Alta (M = 6.40), Impetuosidad (M = 7.47), Audacia (M = 6.40), Sensibilidad Emocional (M = 7.07), Objetividad (M = 3.33), Adecuación Serena (M = 4.87), Conservadurismo (M = 4), Dependencia Grupal (M = 4.73) y Tensión (M = 7.40). Se encuentran dentro del promedio en los factores de Fuerza del Yo, Dominancia, Superego, Credibilidad, Sutileza y Autoestima.

No Diabéticos (15 a 20 años)
 (Ver Cuadros #1 ó #4)

Los no diabéticos de 15 a 20 años presentan una tendencia a los factores de Soliloquia (M = 4.93), Inteligencia Alta (M = 6.73), Inestabilidad Emocional (M = 4.47), Impetuosidad (M = 7.07), Superego Débil (M = 3.13), Audacia (M = 6.13), Sensibilidad Emocional (M = 6.93), Objetividad (M = 4.80), Ingenuidad (M = 4.33), Adecuación Serena (M = 4.80), Conservadurismo (M = 4), Dependencia Grupal (M = 4.80), Indiferencia (M = 4.07) y Tensión (M = 7.33). Se encuentran dentro del promedio en los factores de Dominancia y Credibilidad.

No diabéticos (21 a 27 años)
 (Ver Cuadros #2 ó #4)

Los no diabéticos de 21 a 27 años presentan una tendencia hacia los factores de Inteligencia Alta (M = 8.13), Ascendencia (M = 6.53), Impulsividad (M = 6.33), Superego Débil (M = 3.73), Subjetividad (M = 6.33), Adecuación Serena (M = 4.67), Conservadurismo (M = 4.80), Indiferencia (M = 3.80) y Tensión (M = 7). Se encuentran dentro del promedio en los factores de Expresividad Emocional, Fuerza del Yo, Aptitud Situacional, Emotividad, Credibilidad, Sutileza y Certeza Individual.

DIFERENCIAS EN EL PERFIL DE PERSONALIDAD DE LOS 4 GRUPOS CONTRASTADOS

**Perfil de diabéticos contra no-diabéticos (15 a 20 años)
(Ver Cuadro #1)**

No se presentaron diferencias significativas entre estos dos grupos en ninguno de los factores; sin embargo, el diabético presentó una mayor tendencia hacia la Sumisión (M = 4.87) que el no-diabético, el cual obtuvo una media dentro del promedio.

Comparados con los diabéticos, los cuales obtuvieron medias dentro del promedio, los no-diabéticos presentaron una mayor tendencia hacia la Soliloquia (M = 4.93), Inteligencia Alta (M = 6.73), Inestabilidad Emocional (M = 6.93), Adecuación Serena (M = 4.80) e Indiferencia (M = 4.07).

Los dos grupos presentaron tendencias hacia la Impetuosidad, Superego Débil, Ingenuidad y Tensión, pero las puntuaciones resultaron más próximas a los polos mencionados en los no-diabéticos. Asimismo, los dos grupos tendieron hacia la Objetividad, Conservadurismo y Dependencia Grupal, pero en este caso, las medias del diabético resultaron más próximas a los polos referidos.

Los dos grupos obtuvieron medias dentro del promedio en el factor de Credibilidad.

**Perfil de diabéticos contra no-diabéticos (21 a 27 años)
(Ver Cuadro #2)**

Se presentaron diferencias significativas en los factores de Expresividad Emocional, en donde el diabético ($M = 8.13$), tendió hacia la Sociabilidad, mientras que el no-diabético obtuvo una media dentro del promedio; en el factor de Inteligencia, en donde los dos grupos tendieron hacia una Inteligencia Alta, los no-diabéticos ($M = 8.13$) obtuvieron una media más elevada que la de los diabéticos ($M = 6.40$); y en el factor de Actitud Cognitiva, en donde el grupo de diabéticos ($M = 3.33$), tendió a la Objetividad, mientras que el grupo de no-diabéticos ($M = 6.33$), tendió a la Subjetividad.

En el resto de los factores no existieron diferencias significativas; sin embargo, los diabéticos presentaron una mayor tendencia hacia la Audacia ($M = 6.40$), Sensibilidad Emocional ($M = 7.07$) y Dependencia Grupal ($M = 4.73$), situándose la media de los no-diabéticos dentro del promedio.

Los no-diabéticos presentaron una mayor tendencia hacia la Ascendencia ($M = 6.53$), Superego Débil ($M = 3.73$) e Indiferencia ($M = 3.80$), permaneciendo los diabéticos en el promedio.

Los dos grupos tendieron hacia la Impetuosidad, Conservadurismo y Tensión, acercándose más las medias del diabético a los polos mencionados. A pesar de que los dos grupos tendieron hacia una Adecuación Serena, los no-diabéticos presentaron una media más próxima a este polo. Tanto los diabéticos, como los no-diabéticos, obtuvieron medias que se encuentran dentro del promedio en los factores de: Fuerza del Yo, Credibilidad y Sutileza.

Perfil de diabéticos (15 a 20 años) contra diabéticos (21 a 27 años)
(Ver Cuadro #3)

Existió diferencia significativa únicamente en el factor de Expresividad Emocional, en donde los diabéticos de 21 a 27 años ($M = 8.13$) manifestaron una mayor tendencia hacia la Sociabilidad que los diabéticos de 15 a 20 años, los cuales permanecieron en el promedio.

En el resto de los factores, no existieron diferencias significativas; sin embargo, los diabéticos de 15 a 20 años presentaron mayor tendencia hacia la Sumisión ($M = 4.87$), Superego Débil ($M = 4.40$) e Ingenuidad ($M = 4.80$), mientras que los diabéticos de 21 a 27 años permanecieron en el promedio.

Estos últimos tendieron más hacia la Inteligencia Alta ($M = 6.40$), Sensibilidad Emocional ($M = 7.07$) y Adecuación Serena ($M = 4.87$), en tanto que los de 15 a 20 años, se mantuvieron en el promedio.

Los dos grupos tendieron hacia el Conservadurismo y Dependencia Grupal, siendo la media más próxima a los polos en cuestión la de los diabéticos de 15 a 20 años. Tendieron, asimismo, hacia la Impetuosidad, Objetividad y Tensión, siendo las medias de los diabéticos de 21 a 27 años más próximas a los polos.

Ambos grupos se encontraron dentro del promedio en los factores de Fuerza del Yo, Credibilidad y Autoestima.

Perfil de no-diabéticos (15 a 20 años) contra no-diabéticos (21 a 27 años)
(Ver Cuadro #4)

Existió diferencia significativa en el factor de Inteligencia, ya que los sujetos de 21 a 27 años ($M = 8.13$) presentaron un mayor acercamiento al polo de Inteligencia Alta que los sujetos de 15 a 20 años ($M = 6.73$).

En el resto de los factores, no existieron diferencias significativas, aunque los sujetos de 15 a 20 años, presentaron una mayor tendencia que los sujetos de 21 a 27 años (los cuales obtuvieron medias dentro del promedio) hacia los factores de Soliloquio ($M = 4.93$), Inestabilidad Emocional ($M = 4.47$), Audacia ($M = 6.13$), Sensibilidad Emocional ($M = 6.93$), Ingenuidad ($M = 4.33$) y Dependencia Grupal ($M = 4.80$).

Los sujetos de 21 a 27 años, presentaron una media más próxima al polo de Ascendencia ($M = 6.53$) que los sujetos de 15 a 20 años, los cuales permanecieron en el promedio.

Los dos grupos tendieron hacia la Impetuosidad, Superego Débil, Conservadurismo y Tensión, presentando los sujetos de 15 a 20 años medias más próximas a estos polos. En cambio, a pesar de que los dos grupos tendieron hacia la Adecuación Serena y Autoestima, las medias de los sujetos de 21 a 27 años, se encontraron más próximas a estos polos.

En el factor de Actitud Cognitiva, los sujetos de 15 a 20 años ($M = 4.80$) presentaron una mayor tendencia hacia la Objetividad, mientras que los sujetos de 21 a 27 años ($M = 6.33$), tendieron hacia la Subjetividad.

Permanecieron, ambos grupos, dentro del promedio en el factor de Credibilidad.

Perfil de diabéticos (15 a 27 años) contra no-diabéticos (15 a 27 años)
(Ver Cuadro #5)

Se presentaron diferencias significativas en los factores de Expresividad Emocional, en donde los diabéticos ($M = 6.87$) tendieron más hacia la Sociabilidad que los no-diabéticos, los cuales permanecieron en el promedio; en el factor de Inteligencia, tendieron ambos grupos hacia una Inteligencia Alta, en donde los no diabéticos ($M = 7.43$), presentaron un mayor acercamiento a este polo que los diabéticos ($M = 6.17$); en el factor de Dominancia, en donde el grupo no-diabético ($M = 6.27$) tendió más hacia la Ascendencia, que el grupo diabético, el cual permaneció en el promedio; en el factor de Superego, tendiendo ambos grupos hacia un Superego Débil, siendo más marcado en el no-diabético ($M = 3.43$) que en el diabético ($M = 4.70$); en el factor de Actitud Cognitiva, en donde los diabéticos ($M = 3.53$) tendieron más hacia la Objetividad que los no-diabéticos, los cuales permanecieron en el promedio y en el factor de Autoestima, en donde el grupo no-diabético ($M = 3.93$), presentó una mayor tendencia hacia la Indiferencia que el grupo de diabéticos, el cual se mantuvo en el promedio.

En los diez factores restantes, no existió diferencia significativa; sin embargo, los no-diabéticos, presentaron una mayor tendencia hacia la Ingenuidad ($M = 4.80$) y hacia la Adecuación Serena ($M = 4.73$) que los diabéticos, los cuales obtuvieron medias dentro del promedio.

Los diabéticos tendieron más hacia la Dependencia Grupal ($M = 4.50$) que los no diabéticos, los cuales permanecieron dentro del promedio.

Los dos grupos tendieron hacia la Impulsividad, Audacia, Conservadurismo y Tensión, siendo las puntuaciones de los diabéticos más próximas a estos polos que las de los no-diabéticos.

Ambos grupos permanecieron en el promedio en los factores de Fuerza del Yo, Aptitud Situacional y Credibilidad.

Cuestionario del Tratamiento:

Diferencia:

En el aspecto de Conocimiento no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los diabéticos de 15 a 20 años y los diabéticos de 21 a 27 años; sin embargo, los dos grupos tuvieron un conocimiento bueno, en donde el grupo de 21 a 27 años (Media = 89.56) presentó un conocimiento ligeramente más elevado que el del grupo de 15 a 20 años (Media = 86.22).

En el aspecto de Seguimiento, tampoco se encontró una diferencia estadísticamente significativa; sin embargo, el grupo de diabéticos de 15 a 20 años (Media = 72), presentó un seguimiento ligeramente mayor al del diabético de 21 a 27 años (Media = 69.56), aunque los dos grupos tiendieron hacia un grado de seguimiento bueno.

Relación:

La correlación que se dio en los dos grupos tendió a ser negativa débil, lo que indica que no existió ninguna correlación entre el conocimiento y el seguimiento del tratamiento en ninguno de los dos grupos; sin embargo, en la gráfica de correlación del grupo de 21 a 27 años, se dio una menor dispersión de datos ($r = -.2228$) que en la del grupo de 15 a 20 años ($r = -.1116$).

Discusión de Resultados:

Dado que no se presentaron diferencias significativas entre el grupo de diabéticos de 15 a 20 años y el de no-diabéticos de la misma edad, se pudo inferir que el adolescente diabético no es aún consciente de su situación. A esta edad sigue existiendo cierta dependencia hacia la figura adulta, en lo referente al área emocional, económica y de tratamiento. A pesar de que el grado de evolución de la Diabetes varía, esto no es indicativo de cambios drásticos en la personalidad. Asimismo, "la primera adolescencia suele ser considerada como una edad de negación, incluyendo aquí, a los diabéticos". (65)

Sin embargo, el joven de 21 a 27 años de edad va comienza a dominar la negación de su Diabetes, al verse obligado a enfrentar situaciones, que le obligan a cuestionar más decididamente su enfermedad y las limitaciones que ésta puede imponer en su futuro. Debe enfrentarse a la decisión del campo de trabajo, mucho del cual se encuentra limitado para el diabético. Es en este momento cuando el joven establece las primeras relaciones de pareja formales, que le cuestionan otros aspectos acerca del futuro: económico, puesto que la enfermedad implica constantes gastos médicos; embarazo, en donde el diabético debe estar consciente, si es mujer, sobre los posibles riesgos que éste puede traer, tanto para ella, como para el bebé, y si es hombre, sobre las cuestiones de herencia y sexualidad (impotencia).

Las diferencias principales, que se encontraron en este estudio para esta etapa (21 a 27 años), radicaron en los siguientes factores:

- Expresividad Emocional: El diabético (Media = 8.13) a diferencia del no-diabético (Media = 5.33), tendió hacia la Sociabilidad. Esto puede deberse a la fluctuación que presenta en su personalidad, en donde existe depresión marcada en ciertos momentos y fases maníacas en otras. La sobrepreocupación de la enfermedad, originada por la conciencia de la misma y a un posible mal seguimiento, tiende a expresarse. "El paciente con Diabetes tiende a manipular su enfermedad o las consecuencias de ésta, ya sea con el objeto de llamar la atención o de cubrir sus necesidades de afecto y de dependencia, obteniendo ganancia secundaria". (66)

- **Inteligencia:** El no-diabético (Media = 8.13) tendió más hacia una inteligencia de tipo abstracto que el diabético (Media = 6.40). Esto puede deberse a que el diabético ya integró un estilo de vida que es repetitivo y sistematizado. La sobreprotección, de la cual muchas veces es objeto, puede implicar un menor acercamiento a estímulos que propicien interés y experiencia. Asimismo, "la conflictiva emocional estructurada ya en la personalidad del paciente -angustia, ansiedad, depresión- pueden condicionar una puntuación baja en el CI". (67) A pesar de que en el estudio de Velasco (Ver Capítulo III) se comprobó que no existe diferencia en cuanto a inteligencia entre diabéticos y no diabéticos, el estudio no resulta válido para esta investigación, ya que la población utilizada por ella era infantil, mientras que aquí las diferencias se dieron a nivel adolescente y adulto joven. "Puede suceder que el diabético se sienta un poco diferente e infravalorado y que esto, se traduzca en sentimientos de inadecuación en el esfuerzo intelectual. La Diabetes puede estar interrumpiendo el proceso normal de independencia mental y física, por lo que no es capaz de funcionar de manera independiente". (68) Lo anterior se da más a nivel adolescente y adulto joven, que a nivel infantil.

- **Actitud Cognitiva:** El diabético (Media = 3.33) tendió más hacia la Objetividad, mientras que el no-diabético (Media = 6.33) hacia la Subjetividad. Esto se explica por el hecho de que el diabético tiene una preocupación real, que se ve representada por la enfermedad misma.

Conforme el diabético va madurando, sus ciclos depresivos, así como las fases maníacas por las que atraviesa, tienden a ser más marcadas, ya que la sobrepreocupación es mayor y como se mencionaba en la comparación con el no-diabético, esta sobrepreocupación tiende a expresarse. Por su parte, el diabético de 15 a 20 años no tiene necesidad de expresar, dado que aún se encuentra en un estado de negación y para poder negar se requiere ser más reservado. Esto explica la diferencia significativa encontrada en el factor de Expresividad Emocional, en donde el diabético de 21 a 27 años (Media = 8.13) tiende más hacia la Sociabilidad que el diabético de 15 a 20 años (Media = 6.73).

El joven que no padece de enfermedad crónica alguna tiende a cambiar, con el paso de los años, de una inteligencia concreta a una inteligencia abstracta, lo cual se da como resultado de la evolución. Bayley (1953) definió la conducta inteligente como "una sucesión dinámica de funciones en desarrollo, en la que las funciones más avanzadas y complejas de la jerarquía, dependen de la maduración previa de las funciones más tempranas y simples", enfatizando de esta manera la complejidad, en aumento, de los patrones intelectuales en desarrollo. (69) Bradway y Thompson (1962) "han investigado el aumento de la habilidad, desde la

adolescencia hasta la edad adulta. Puesto que sus descubrimientos y los de otros investigadores han demostrado que este aumento existe, quisieron identificar los tipos de habilidades que aumentan más. Se evaluaron varios puntos de la Stanford-Binet (Vocabulario, Razonamiento Abstracto, Razonamiento Práctico y Memoria), en donde los puntos relativos a la memoria mostraron menor crecimiento, mientras que el mayor correspondió al razonamiento abstracto y al vocabulario". (70) Los sujetos de 21-27 años (Media = 6.73) manifestaron una inteligencia que tiende más hacia lo abstracto. En los sujetos de 15 a 20 años (Media = 6.73), puede existir una mayor sobreprotección, que limita el contacto hacia estímulos que implican una mayor profundización.

Al comparar al grupo de diabéticos en general (15 a 27 años de edad) contra el de los no-diabéticos, que tienen la misma edad, se obtuvieron diferencias en ciertos factores de la personalidad, que se deben a la Diabetes en sí y no a la fase del desarrollo. La presencia de Diabetes tiene una fuerza e impacto que determina, modifica e influye en características de personalidad dadas con anterioridad.

En el caso del factor Expresividad Emocional, el diabético insulino-dependiente tiende primeramente a buscar la aceptación por parte de los demás. Asimismo, el lidiar diariamente con una enfermedad crónica, le hace concientizar acerca de la muerte y volcarse sobre los demás en su afán de perdurar y ser recordado. Por lo mismo, tiende más hacia la Socialización (Media = 6.87) que el no-diabético (Media = 5.13).

El tipo de Inteligencia del no-diabético de 15 a 27 años de edad (Media = 7.43), tendió más hacia lo abstracto que la del diabético de la misma edad (Media = 6.17), ya que como se explicaba con anterioridad, la Diabetes puede estar interrumpiendo el proceso normal de independencia mental y física.

En cuanto a la Actitud Cognitiva, el diabético (Media = 3.53), tendió a ser menos imaginativo y distraído que el no-diabético (Media = 5.57), ya que estas características pueden ocasionar descuidos en el tratamiento, que a la larga, le afectarían seriamente.

En lo referente al factor de Dominancia, el diabético (Media = 5.07) tuvo una mayor tendencia hacia el rasgo de Sumisión, a diferencia del no-diabético (Media = 6.27), el cual tendió más hacia la Ascendencia. Esto se debe a que el primero presenta un persecutor interno que le acompaña todo el tiempo. Este persecutor, representado por la enfermedad, crea una fantasía inconsciente, que le hace pensar que la Diabetes surgió como consecuencia de un mal comportamiento y que le conduce a un tipo de actitud en donde le conviene más

"ser obediente". Asimismo, el "diabético experimenta un conflicto de sumisión y dependencia, determinados por la enfermedad, en contra de la sana necesidad de autoindependencia y autonomía, crecientes de acuerdo a la edad". (71) "El individuo que adopta sistemas pasivo-receptivos, con conducta dependiente, se defiende mejor. Tal vez sea ésta también la razón por la cual el diabético propende a la pasividad-receptividad, a la inhibición de la agresión, como una forma, tanto de preservar su integridad, que se ve constantemente amenazada por la enfermedad, como de defenderse inconscientemente del mundo amenazante que le compele hacia la independencia". (72)

Dado lo estricto del régimen, el diabético tiende a ser más escrupuloso y meticuloso en su vida diaria. Asimismo, cuando el tratamiento es rechazado se provoca un mayor sentimiento de culpa, lo que explica la razón por la cual el diabético obtuvo una media más elevada (4.73) que el no-diabético (Media = 3.43) en el factor de Superego. Ocurre que "este Super Ego fuerte sea una manifestación de la depresión, la cual no sólo se da como un estado emocional de tristeza, llanto y aplanamiento emocional, sino en factores como la represión de los elementos agresivos, la conciencia moral (super yo rígido, poco diferenciado del Super Yo Parental); la necesidad de una relación simbiótica con el mundo, o bien como una forma de autoagresión, ya sea para obtener atención, afecto y relación con el mundo, como para cubrir una necesidad de dependencia y sumisión a los patrones establecidos". (73)

El hecho de que la autoestima del diabético sea más alta (Media = 5.07) que la del no-diabético (Media = 3.93), puede deberse a que el primero tiende a sobrevalorar cualidades personales sanas, que defienden la sensación de Diabetes y que le hacen sentir superior. Una de estas cualidades se ve representada en la fuerza de voluntad, ya que lo estricto del tratamiento, provoca que el diabético logre un mayor control de sus impulsos.

En lo referente al Tratamiento:

Se puede concluir que los ajustes al tratamiento son casi semejantes, tanto en los diabéticos de 15 a 20 años, como en los diabéticos de 21 a 27 años. En ninguno de los dos grupos, a pesar de que ambos obtuvieron un conocimiento y seguimiento bueno, existió relación entre un aspecto y otro; es decir, que el hecho de conocer los principios básicos del tratamiento, así como las reglas básicas del cuidado óptimo, implica que el diabético las pondrá en práctica durante su cuidado diario. "La comprensión aún de la dieta más simple, o de la aplicación de la inyección de insulina requieren conocimientos sin embargo, conocer las áreas del régimen diabético no es suficiente para que el paciente lleve a cabo su tratamiento. Sin la motivación y la convicción de llevarlo a cabo, es un caso perdido, por lo que los programas educativos de los pacientes diabéticos se deben estructurar en un contexto integral, considerando las áreas físicas, sociales y psicológicas, que intervienen en la aceptación y responsabilidad del tratamiento". (74)

A pesar de que no existieron diferencias significativas entre las comparaciones de conocimiento y seguimiento entre ambos grupos, en el caso del conocimiento, los diabéticos de 21 a 27 años (Media = 89.56) presentaron una media ligeramente superior a la de los diabéticos de 15 a 20 años (Media = 74.92), aunque el conocimiento de los dos grupos fue bueno. Esta ligera diferencia se da como consecuencia del hecho de que el diabético de 21 a 27 años debe manejar su Diabetes de manera más independiente, lo que le hace conocer más acerca de la misma. En el caso del seguimiento, la media obtenida por los diabéticos de 15 a 20 años (Media = 72.00) fue ligeramente mayor que la de los diabéticos de 21 a 27 años (Media = 69.56), aunque el seguimiento de los dos grupos fue bueno. Esta ligera diferencia se da también como consecuencia de la protección que reciben los diabéticos de 15 a 20 años por parte de familiares y demás personas que les rodean. En cambio, el diabético de 21 a 27 años ya no tiene esa sobreprotección característica de los diabéticos de menor edad, lo que ocasiona que el seguimiento de la enfermedad, se encuentre un poco menos vigilado.

CONCLUSIONES

1. Se acepta la Hipótesis Nula que dice: "No existe diferencia estadísticamente significativa respecto al perfil de personalidad entre un grupo de 15 diabéticos insulino-dependientes de 15 a 20 años de edad y un grupo de 15 sujetos que no padecen de enfermedad crónica alguna de la misma edad".
2. Se rechaza la Hipótesis Nula que dice: "No existe diferencia estadísticamente significativa respecto al perfil de personalidad entre un grupo de 15 diabéticos insulino-dependientes de 21 a 27 años de edad y un grupo de 15 sujetos que no padecen de enfermedad crónica alguna de la misma edad".
3. Se rechaza la Hipótesis Nula que dice: "No existe diferencia estadísticamente significativa respecto al perfil de personalidad entre un grupo de 15 diabéticos insulino-dependientes de 15 a 20 años de edad y un grupo de 15 diabéticos insulino-dependientes de 21 a 27 años de edad".
4. Se rechaza la Hipótesis Nula que dice: "No existe diferencia estadísticamente significativa respecto al perfil de personalidad entre un grupo de 15 sujetos que no padecen de enfermedad crónica alguna de 15 a 20 años de edad y un grupo de 15 sujetos que tampoco padecen de enfermedad crónica alguna de 21 a 27 años de edad".
5. Se rechaza la Hipótesis Nula que dice: "No existe diferencia significativa respecto al perfil de personalidad entre un grupo de 30 diabéticos insulino-dependientes de 15 a 27 años de edad y un grupo de 30 sujetos que no padecen de enfermedad crónica alguna de la misma edad.
6. Se acepta la Hipótesis Nula que dice: "No existe diferencia estadísticamente significativa con respecto al conocimiento de la Diabetes entre un grupo de 15 diabéticos insulino-dependientes de 15 a 20 años de edad y un grupo de 15 diabéticos insulino-dependientes de 21 a 27 años de edad".
7. Se acepta la Hipótesis Nula que dice: "No existe diferencia estadísticamente significativa con respecto al seguimiento de la Diabetes entre un grupo de 15 diabéticos insulino-dependientes de 15 a 20 años de edad y un grupo de 15 diabéticos insulino-dependientes de 21 a 27 años de edad".
8. Se acepta la Hipótesis Nula que dice: "No existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y seguimiento de la Diabetes en un grupo de 15 diabéticos insulino-dependientes de 15 a 20 años de edad".

9. Se acepta la Hipótesis Nula que dice: "No existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y seguimiento de la Diabetes en un grupo de 15 diabéticos insulino-dependientes de 21 a 27 años de edad".

SUGERENCIAS

Tomarse en consideración lo siguiente:

1. Estilo de vida del diabético, como sería aceptación por parte de la familia, integración familiar, lugar que ocupa en la familia, educación, etc.
2. El hecho de que haya asistido o no a un campamento de Diabetes, o que forme parte de una organización que promueva una mejor integración del diabético a su enfermedad.
3. Incluir un tercer grupo de jóvenes, que padezcan de otra enfermedad crónica, que no sea Diabetes, para darnos cuenta si realmente existe una personalidad diabética, o si los rasgos de personalidad son típicos de una enfermedad crónica.
4. Tomar en cuenta aspectos como evolución de la enfermedad, número de internamientos a un hospital, control de la enfermedad, etc.

ALCANCES Y LIMITACIONES

Gracias a esta investigación es posible reconocer las diferencias específicas existentes en el perfil de personalidad de un diabético insulino-dependiente de 15 a 27 años de edad y el de una persona que no padece de enfermedad crónica alguna.

Es así como el equipo multidisciplinario que interviene en el tratamiento del diabético insulino-dependiente puede ser más consciente de las estrategias necesarias para el tratamiento, tanto médico, como psicológico, de este tipo de paciente.

Asimismo, reconocer el proceso de aceptación que interviene en el tratamiento del diabético, pues a pesar de que el paciente llega a conocer su enfermedad y el tratamiento de la misma, esto no implica que se apegará al mismo.

El equipo debe tomar una actitud realista hacia el tratamiento de la Diabetes y más que propiciar el apego al mismo, ayudar al diabético a una mayor aceptación de su enfermedad y de sí mismo, lo cual traerá como consecuencia una mayor aceptación del tratamiento.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

Y

BIBLIOGRAFIA

CITAS BIBLIOGRAFICAS

1. Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.) (1988) Ocupa la Diabetes el 2do Lugar en Hospitales en México. México: Periódico Excelsior. p.3
2. I.M.S.S. Op.Cit. p.1
3. Belmonte, M. (1983) The Diabetic Child and Young Adult; A Primer for Parents and Professionals. Montreal: Eden Press Incorporated. p.1
4. Saponaro, A. (1982) La Curación de la Diabetes. Barcelona: De Vecchi. p.11
5. Fishbein, M. (1967) Enciclopedia Familiar de la Medicina y la Salud. E.U.A.: H.S. Stultmen Co. Inc. p.207
6. Stevens, C. (1985) Where We Stand, Diabetes Care. 38(7). p.21
7. Krall, L. (1981) Manual de Diabetes Joslin. México: Continental. p.14-15
8. Belmonte, M. Op. Cit. p.2-3
9. Anderson, J. (1981) Diabetes; A Practical New Guide to Healthy Living. N.Y.: Arco Publishing, Inc. p.14-16
10. Krall, L. Op. Cit. p.33
11. Kozak, G. (1976) Guía de Instrucción para el Diabético. E.U.A.: Joslin Diabetes Foundation Incorporated. p.3
12. Krall, L. Op. Cit. p.35
13. Ibid. p.37
14. Kozak, G. Loc. Cit. p.3
15. Krall, L. Op. Cit. p.38
16. Ibid. p.39
17. Ibid. p.39-40
18. Belmonte, M. Op.Cit. p.9-10
19. Petzoldt, R., Schäfling, K. (1981) Hablando de Diabetes. N.Y.: Editors Press Service, Inc. p.18,20,21 y 22
20. Belmonte, M. Op. Cit. p.16-17

21. Petzoldt, R., Schöffling, K. Op. Cit. p.24-25
22. Krall, L. Op. Cit. p.122
23. Ibid. p.58-59
24. Belmonte, M. Op. Cit. p.45-46
25. Stevens, C. Op. Cit. p.20
26. Krall, L. Op. Cit. p.199
27. Simon, J. (1977) Psychiatric Status of Diabetes; Youth Matched with a Control Group. Missouri: Diabetes 26. p. 921-925
28. Krall, L. Op.Cit. p.205-206
29. Ibid. p.213
30. Ibid. p.214
31. Ibid. p.224
32. Ibid. p.232-233
33. Ibid. p.234
34. Id.
35. Cueli, J., Reidl, L. (1977) Teorías de la Personalidad. México: Trillas. p.16
36. Stagner, R. (1974) Psicología de la Personalidad. México: Trillas. p.15
37. Id.
38. Id.
39. Id.
40. Bischof, L. (1982) Interpretación de las Teorías de la Personalidad. México: Trillas. p.316
41. Cueli, J., Reidl, L. Op. Cit. p.10
42. Ibid. p.152
43. Ibid. p.153
44. Hall, C., Lindzey, G. (1974) La Teoría Factorial de la Personalidad. Buenos Aires: Paidós. p.20

45. Ibid. p.21-22
46. Ibid. p.24
47. Ibid. p.25
48. Mussen, P. et.al. (1984) Desarrollo de la Personalidad en el Niño. México: Trillas. p.431
49. Powell, M. (1981) La Psicología de la Adolescencia. México: Fondo de Cultura Económica. p.85
50. Erikson, E. (1974) Infancia y Sociedad. Buenos Aires: Paidós. p.237
51. Erikson, E. Op. Cit. p.225
52. Gail, Sheehy (1984) Las Crisis de la Edad Adulta. Barcelona: Grijalbo. p.150
53. Ibid. p.153
54. Nyssen, M.L., Zychlinski, F. (1979) Influencia de la Diabetes en el Desarrollo Emocional e Intelectual en un Grupo de Pacientes Diabéticos y en un Grupo Contraste. México: Tesis UIA. p.60
55. Ducat, L. Suib, S. (1983) Diabetes; A New and Complete Guide to Healthier Living for Parents, Children and Young Adults with Insulin-Dependent Diabetes. N.Y.: Harper and Row Publishers. p.106
56. Bennett, S. (1980) Psychosocial Factors in Juvenile Diabetes. Annual Progress in Child Psychiatry and Depvelopment. 3 (1)
57. Araujo, C. (1966) Problemas Emocionales de Pacientes Diabéticos-Juveniles. México: Tesis UNAM p.76
58. Velasco, M.L. (1972) Estudio comparativo preliminar sobre algunas variables psicológicas entre niños con Diabetes Mellitus y niños normales en la Ciudad de México. México: Tesis UIA. p.85
59. Swift, C., Seidman, F. (1967) Adjusment Problems in Juvenile Diabetes. Psychosomatic Medicine. 29(6)
60. Hermida, I., Rangel, C. (1986) Comparación de los Niveles de Ansiedad en Grupos de Adolescentes Diabéticos. México: Tesis UIA
61. Caso, A. (1982) Fundamentos de Psiquiatría. México: Limusa. p.629

62. Kanner, L. (1976) *Psiquiatria Infantil. Argentina: Siglo Veinte.* p.71, 75
63. Hofling, C. (1974) *Tratado de Psiquiatria. México: Interamericana.* p.125, 257-258
64. Martínez, R. (1974) *La Personalidad en Médicos: Estudios comparativos de sexo y estado civil basados en el 16 PF. México: Tesis UNAM.* p.75
65. Krall, L. Op. Cit. p.36
66. Katz, P. (1984) *Behavior Problems in Juvenile Diabetes. Diabetes Mellitus. N.Y.: Med. Ass.*
67. Katz, P. Op. Cit. p.111
68. Ack, M. et.al. (1961) *Intelligence of Children with Diabetes Mellitus. N.Y.: Pediatrics.* pp.764-770
69. Powell, M. Op. Cit. p.85
70. Ibid. p.88
71. Katz, P. Op. Cit. p.108
72. Ibid. p.113
73. Ibid. p.109
74. Hermida, H., Rangel, C. Op. Cit. p.31

BIBLIOGRAFIA

1. Ack, M. et.al. (1961) Intelligence of Children with Diabetes Mellitus. N.Y.: Pediatrics. 31 p.
2. Anastasi, A. (1977) Tests Psicológicos. Madrid: Aguilar. 680 p.
3. Anderson, J. (1982) Diabetes: A Practical New Guide for Healthy Living. E.U.A.: Arco Publishing Inc. 157 p.
4. Araujo, C. (1966) Problemas Emocionales de Pacientes Diabéticos-Juveniles. México: Tesis UNAM. 99 p.
5. Belmonte, M. (1983) The Diabetic Child and Young Adult: A Primer for Parents and Professionals. Montreal: Eden Press Incorporated. 308 p.
6. Bennett, S. (1980) Psychosocial Factors in Juvenile Diabetes. Annual Progress in Child Psychiatry and Development. 3 (1)
7. Bischof, L. (1974) Interpretación de las Teorías de la Personalidad. México: Trillas. 690 p.
8. Canavos, G. (1988) Probabilidad y Estadística. México: Mc Graw Hill. 651 p.
9. Caso, A. (1982) Fundamentos de Psiquiatría. México: Limusa. 1140 p.
10. Cattell, R. (1972) El Análisis Científico de la Personalidad. España: Fontanella. 346 p.
11. Cattell, R. et. al. (1980) Cuestionario de 16 Factores la Personalidad. México: El Manual Moderno.
12. Cueli, J., Reidl, L. (1977) Teorías de la Personalidad. México: Trillas. 383 p.
13. Ducat, L., Suib, S. (1983) Diabetes: A New and Complete Guide to Healthier Living for Parents, Children and Young Adults with Insulin-Dependent Diabetes. N.Y.: Harper and Row Publishers. 253 p.
14. Erikson, E. (1974) Infancia y Sociedad. Buenos Aires: Paidós. 382 p.
15. Hall, C., Lindzey, G. (1974) La Teoría Factorial de la Personalidad. Buenos Aires: Paidós. 82 p.

16. Hermida, I., Rangel, C. (1986) Comparación de los Niveles de Ansiedad en Grupos de Adolescentes Diabéticos. México: Tesis UIA. 112 p.
17. Hofling, C. (1974) Tratado de Psiquiatría. México: Interamericana. 596 p.
18. Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.) (1988) Ocupa la Diabetes el 2do Lugar en Hospitales en México. México: Periódico Excelsior
19. Kanner, L. (1976) Psiquiatría Infantil. Argentina: Siglo Veinte. 763 p.
20. Katz, P. (1984) Behavior Problems in Juvenile Diabetes. Diabetes Mellitus. N.Y.: Med. Ass. 46 p.
21. Kozak, G. (1976) Guía de Instrucción para el Diabético. E.U.A.: Joslin Diabetes Foundation Incorporated. 63 p.
22. Krall, L. (1981) Manual de Diabetes Joslin. México: Continental. 339 p.
23. León, M. (1984) Repercusiones en la Personalidad del Paciente Diabético. México: Tesis UIC. 146 p.
24. Maddi, S. (1968) Teorías de la Personalidad; Un Análisis Comparativo. Buenos Aires: El Ateneo. 531 p.
25. Martínez, R. (1974) La Personalidad en Médicos: Estudio Comparativo de Sexo y Estado Civil basados en el 16 PF. México: Tesis UNAM. 147 p.
26. Mussen, P. et.al. (1984) Desarrollo de la Personalidad en el Niño. México: Trillas. 878 p.
27. Nyssen, M.L., Zychlinski, F. (1979) Influencia de la Diabetes en el Desarrollo Emocional e Intelectual en un Grupo de Pacientes Diabéticos y en un Grupo Contraste. México: Tesis UIA. 104 p.
28. Petzoldt, R., Shoffling, P. (1980) Hablando de Diabetes. N.Y.: Editors Press Service, Inc. 220 p.
29. Powell, M. (1981) La Psicología de la Adolescencia. México: Fondo de Cultura Económica. 614 p.
30. Romero, J., et.al. (1987) Manual para la Elaboración de Tesis. México: Universidad Intercontinental. 69 p.
31. Ross, S. (1974) Psicología de la Personalidad. México: Trillas. 334 p.

32. Saponaro, A. (1982) La Curación de la Diabetes. Barcelona: De Vecchi. 175 p.
33. Sheehy, G. (1984) Las Crisis de la Edad Adulta. Barcelona: Grijalbo. 618 p.
34. Simon, J. (1977) Psychiatric Status of Diabetes; Youth matched with a Control Group. Missouri: Diabetes 26. 30 p.
35. Stagner, R. (1974) Psicología de la Personalidad. México: Trillas. 687 p.
36. Stevens, C. (1985) Where We Stand, Diabetes Care. 38(7), 52 p.
37. Swift, C., Seidman, F. (1967) Adjustment Problems in Juvenile Diabetes. Psychosomatic Medicine. 29 (6) 310 p.
38. Velasco, M.L. (1972) Estudio Comparativo Preliminar sobre algunas variables psicológicas entre niños con Diabetes Mellitus y Niños normales en la Ciudad de México. México: Tesis UIA. 50 p.

ANEXOS

CUESTIONARIO SOBRE TRATAMIENTO

Sexo

Edad

Ocupación

AGRADECIDO DE ANTEMANO SU COOPERACION

Este cuestionario es **ABSOLUTAMENTE** confidencial, por lo que le pido sea lo mas sincero(a) posible en sus respuestas. Procure no detenerse mucho en cada una de las preguntas y en caso de necesitar ayuda, no dude en pedirla. Para contestar, sólo debe marcar con una cruz cualquiera de las dos opciones (SI-NO).

1. He acudido a un campamento de diabéticos.
2. Hago ejercicio casi todos los días.
3. Los cuidados de la Diabetes en días de enfermedad son iguales que en días normales.
4. Acostumbro fumar.
5. Cualquier parte del cuerpo es adecuada para inyectarse.
6. Un síntoma de niveles elevados de glucosa (azúcar) es la pérdida de peso.
7. Llevo un registro o record del tratamiento.
8. Sigo una dieta específica.
9. Cuando me siento sudoroso y débil debo de ingerir azúcar.
10. La Diabetes insulino-dependiente o Tipo I es temporal.
11. Suelo inyectarme a la hora indicada.
12. Existen bebés diabéticos.
13. Las complicaciones agudas son la Cetoacidosis y Reacción Insulinica.
14. Me inyecto insulina de más o de menos sin consultar al médico.
15. El nivel normal de glucosa después de las comidas debe ser mayor a 250.
16. Acostumbro seguir ciertas medidas necesarias en el cuidado de mis pies (secarme entre los dedos, etc.).

17. Los diabéticos pueden tener hijos.
18. Los alimentos que generalmente ingiero son los que me prescriben.
19. Existe solamente un tipo de Diabetes.
20. Acostumbro traer conmigo una identificación de diabético.
21. La insulina puede ser ingerida en forma de pastilla.
22. Me hago pruebas de sangre u orina con poca frecuencia.
23. La dieta diaria debe estar balanceada (carbohidratos, proteínas y grasas).
24. Visito con poca frecuencia al dentista.
25. Procuro hacer ejercicio acompañado(a) de alguien.
26. Acostumbro ingerir bebidas alcohólicas.
27. La Diabetes insulino-dependiente o Tipo I se da sólo en niños y jóvenes.
28. El estado de ánimo puede influir en los niveles de glucosa.
29. Cuando hago ejercicio llevo algo que prevenga una baja de glucosa.
30. Llevo un control de los sitios en donde me inyecto.
31. Entre las causas de un nivel elevado de glucosa puede estar la falta de ejercicio.
32. Al comer fuera de casa trato de ajustarme a la dieta.
33. Es más fácil evitar infecciones si estoy bien controlado.
34. Me checo las cetonas con cierta frecuencia, aunque mis niveles de glucosa sean normales.
35. Si estoy inconsciente se me debe tratar como si hubiera tenido una baja, aunque haya sido lo contrario.
36. Antes de hacer ejercicio es conveniente ingerir algún carbohidrato.
37. Al enfermarme comienzo inmediatamente a checarme el nivel de glucosa.

38. El nivel de glucosa depende de la dieta, insulina y ejercicio.
39. Debo llevar algún dulce conmigo sólo en ocasiones especiales.
40. Acostumbro pesar los alimentos.
41. Cuando tengo una baja de azúcar (reacción) debo inyectarme más insulina.
42. Suelo variar mis dosis de insulina con frecuencia.
43. Como azúcares con toda libertad.
44. Los síntomas de glucosa elevada se presentan en un tiempo más corto que los de glucosa baja.
45. Si no tengo hambre puedo cambiar alimentos de una comida a otra (pasar del desayuno a la comida, etc.)
46. Procuro hacer las tres comidas diariamente.
47. Olvido con frecuencia inyectarme.
48. Los factores esenciales en un tratamiento diabético son la insulina, dieta, ejercicio y pruebas.
49. El nivel normal de glucosa en la sangre durante ayunas debe ser entre 80 y 130 (aproximadamente).
50. Si aparecen cetonas en la orina significa que mi Diabetes está controlada.
51. Me he automedicado en lo que respecta al tratamiento (dieta, insulina, etc.), sin consultar al médico.
52. Los síntomas de temblor, sudor, debilidad, etc. son de niveles elevados de glucosa.
53. Suelo comer entre comidas, aunque no me toque hacerlo.
54. Acudo a chequearme los ojos cada dos años o más veces (según sea necesario).
55. Resulta peligroso hacer ejercicio cuando aparecen cetonas en la orina.
56. Algunos daños a largo plazo se dan en los ojos, pies y riñones.
57. Suelo hacer ejercicio en mayor o menor cantidad del recomendado.

58. Trato de que el ejercicio sea siempre a la misma hora.
59. Cuando no hago ejercicio tomo ciertas medidas (comer menos, inyectarme más insulina, etc.).
60. Realizo ejercicios riesgosos como alpinismo, buceo, etc.

TABLE DE DATOS DEL CUESTIONARIO DE CATELL
GRUPO (A) DIABETICOS DE 21-27 AÑOS

Nº	EDAD SEJO		DATOS DEL CUESTIONARIO															
	A	B	C	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	PI	PT	PS	PA
1	27	1	8	8	6	5	6	5	7	9	1	6	6	4	1	7	6	10
2	22	1	10	10	9	5	9	6	8	7	4	5	6	3	2	9	5	
3	25	2	8	5	5	9	8	8	8	6	5	4	2	7	6	1	6	
4	25	2	10	5	7	8	7	6	9	3	4	4	4	2	4	4	6	6
5	23	1	9	5	4	5	8	3	4	6	3	1	5	5	3	3	7	8
6	22	1	6	3	5	5	7	5	9	4	6	2	2	5	6	1	6	7
7	22	1	10	6	1	6	10	1	6	7	8	1	5	9	5	7	6	10
8	27	1	5	7	4	1	7	6	4	9	5	1	8	4	1	5	4	6
9	23	1	5	8	1	7	4	6	2	5	6	2	3	6	5	7	2	10
10	22	2	9	6	8	6	9	3	6	7	6	6	3	7	4	4	3	7
11	27	2	8	5	7	7	8	4	7	6	8	3	6	5	2	6	3	6
12	21	1	10	6	6	4	9	7	8	6	8	4	10	4	2	5	6	8
13	21	2	6	6	6	7	9	1	7	10	6	1	2	5	3	6	6	6
14	27	1	10	7	1	7	5	7	7	6	7	5	10	10	3	4	4	8
15	24	1	8	9	5	1	5	7	9	8	3	4	10	5	6	3	4	8
RESUMEN ESTADÍSTICO																		
NÚM. DATOS	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
SUMA	359	20	122	96	75	79	112	75	96	106	83	50	83	73	60	71	75	111
MEDIA	23.9	1.3	8.13	6.40	5	5.27	7.47	5	6.40	7.07	5.53	3.33	5.53	4.87	4	4.73	5	7.40
VAL. MÍN.	21	1	5	3	1	1	4	1	2	3	1	1	1	2	1	1	2	5
VAL. MÁX.	27	2	10	10	9	9	10	8	9	10	8	6	10	10	7	7	9	10
IS12			14664	9216	5625	6241	12544	5625	6216	11236	6889	2500	6889	5329	3600	5041	5675	12321
IS2			1040	650	461	475	882	441	674	796	513	216	377	435	260	385	425	859

TABLE DE DATOS DEL CUESTIONARIO DE CATELL
GRUPO (B) NO DIABETICOS DE 21-27 AÑOS

Nº	EDAD SEJO		DATOS DEL CUESTIONARIO															
	A	B	C	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	PI	PT	PS	PA
1	27	1	2	10	7	9	9	7	9	9	8	1	3	4	3	4	3	
2	22	1	8	8	8	4	6	2	7	7	1	8	6	4	5	7	4	6
3	24	2	5	9	4	9	7	3	5	3	5	10	3	7	5	2	4	10
4	24	2	5	5	3	7	8	3	8	2	8	5	3	5	6	6	3	10
5	23	1	5	9	4	10	7	5	8	5	6	6	2	5	10	7	4	8
6	21	1	8	6	5	5	4	4	3	10	9	5	8	10	4	10	2	10
7	27	1	7	9	4	8	6	1	5	10	6	9	10	3	2	10	3	8
8	27	1	8	6	9	4	6	2	9	6	1	5	6	4	2	4	6	5
9	23	1	5	6	6	10	5	3	4	6	8	3	6	7	8	3	4	7
10	21	2	4	9	7	5	5	1	7	7	7	7	6	2	6	6	7	4
11	26	2	4	10	3	6	7	5	4	8	5	5	5	5	4	8	4	7
12	21	1	3	7	4	3	6	4	5	5	1	6	5	1	6	8	3	7
13	21	2	5	10	8	8	8	7	6	2	5	3	4	3	2	5	2	8
14	27	1	6	9	10	4	6	5	5	3	8	5	5	6	7	5	4	
15	25	1	3	9	5	6	5	4	6	5	8	5	9	6	2	3	2	9
RESUMEN ESTADÍSTICO																		
NÚM. DATOS	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
SUMA	353	20	80	122	87	98	95	56	89	90	83	65	79	70	72	89	57	103
MEDIA	23.53	1.33	5.33	8.13	5.80	6.53	6.33	3.73	5.93	6	5.53	6.33	5.27	4.67	4.80	5.93	3.60	7
VAL. MÍN.	2	1	3	3	4	1	3	2	1	3	1	1	2	2	2	2	2	3
VAL. MÁX.	26	2	10	10	9	7	9	10	9	10	9	10	10	10	10	10	7	10
IS12			6400	14824	7569	7604	5025	3136	7721	8160	4259	6025	6241	4760	5184	7921	3249	11075
IS2			476	1032	575	718	427	258	591	432	561	653	503	338	422	619	245	8

TABLA DE DATOS DEL CUESTIONARIO DE CATTELL
GRUPO ICI DIABETICOS DE 15-20 AÑOS

Nº	EDAD	SEXO	DATOS DEL CUESTIONARIO															
			A	B	C	E	F	G	H	I	L	M	N	O	P1	P2	P3	P4
1	16	1	4	9	1	5	5	7	4	8	6	2	10	5	1	5	6	9
2	16	1	5	5	4	5	5	5	4	8	6	6	3	7	3	5	4	9
3	19	2	3	4	6	2	5	8	3	6	4	1	3	5	1	4	6	7
4	16	2	7	7	5	6	6	3	7	6	10	4	3	5	4	4	6	5
5	18	2	6	3	4	1	7	2	6	8	8	5	4	3	4	1	7	9
6	17	2	5	5	6	6	7	3	7	7	6	6	2	5	3	3	4	7
7	19	2	6	7	6	7	8	4	8	5	1	3	1	5	6	5	6	10
8	17	1	9	6	4	5	8	3	7	5	6	3	6	6	4	2	2	9
9	19	2	10	5	7	6	8	6	7	3	3	6	4	1	5	6	8	4
10	16	1	5	7	4	10	7	7	4	9	8	1	10	0	1	3	4	9
11	17	2	4	7	5	4	4	4	2	4	1	4	7	5	1	6	2	6
12	19	2	5	4	7	4	8	3	5	6	7	4	3	5	2	5	4	9
13	19	1	5	4	6	4	4	4	7	6	4	2	6	7	2	7	6	8
14	15	1	6	4	9	4	6	4	7	7	2	5	5	3	5	3	6	4
15	20	2	4	10	10	4	7	3	7	3	4	2	8	2	3	6	3	3

RESULTADOS ESTADÍSTICOS

KUM. DATOS	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
SUMA	263	24	84	89	84	73	95	64	85	71	78	56	72	78	44	64	77	108
MEIA	17,5	1,60	5,60	5,93	5,60	4,87	6,33	4,40	5,67	6,07	5,20	3,73	4,80	5,20	2,93	4,27	5,13	7,20
VAL. MIN.	15	1	3	4	1	1	4	2	2	3	1	1	2	1	1	2	2	3
VAL. MAX.	20	2	10	10	10	10	8	8	9	10	6	10	8	8	7	8	10	10
(S1)2			7056	7521	7056	5329	9025	4356	7225	6281	6684	3136	5184	6084	1936	4096	5629	11664
S12			529	577	539	417	631	336	529	599	492	252	438	456	168	307	437	850

TABLA DE DATOS DEL CUESTIONARIO DE CATTELL
GRUPO (D) NO DIABETICOS DE 15-20 AÑOS

Nº	EDAD	SEXO	DATOS DEL CUESTIONARIO																
			A	B	C	E	F	G	H	I	L	M	N	O	P1	P2	P3	P4	
1	15	1	7	8	7	6	9	5	7	6	9	2	5	4	3	3	5	8	
2	16	2	6	10	5	1	7	3	5	3	4	4	4	5	4	5	5	7	
3	19	2	3	9	4	8	5	1	4	6	6	9	3	4	6	7	3	9	
4	16	2	5	6	2	9	4	6	8	5	3	10	4	4	6	4	6	8	
5	18	2	6	5	4	5	8	4	5	10	8	3	3	7	3	4	1	5	
6	17	2	3	6	4	3	5	5	1	5	7	7	3	7	2	6	4	9	
7	19	2	3	6	8	4	6	1	4	6	5	5	1	2	4	8	3	6	
8	17	1	2	5	5	4	8	5	9	5	3	7	3	3	4	5	6	5	
9	20	2	4	6	3	10	9	4	5	10	5	3	7	6	4	4	9	8	
10	19	2	5	7	3	7	6	1	9	8	4	6	6	5	6	6	3	9	
11	17	1	5	6	1	7	8	2	4	8	6	3	5	4	2	7	2	10	
12	17	2	8	4	3	5	5	1	6	7	5	3	4	5	5	4	3	5	
13	19	2	5	9	3	9	7	2	8	10	7	6	2	5	6	4	3	9	
14	20	1	6	6	6	4	7	4	8	10	1	8	8	4	4	7	2	5	
15	15	1	6	8	8	9	8	10	5	8	7	8	2	4	5	3	1	4	7

RESULTADOS ESTADÍSTICOS

KUM. DATOS	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
SUMA	261	25	74	101	67	90	106	47	92	104	88	72	65	72	60	72	61	110
MEIA	17,40	1,67	4,93	6,73	4,47	6	7,07	3,13	6,13	6,93	5,87	4,80	4,33	4,80	4	4,80	4,07	7,33
VAL. MIN.	15	1	2	4	1	1	4	1	1	3	1	2	2	2	2	1	2	5
VAL. MAX.	20	2	8	10	9	10	10	6	9	10	10	9	8	7	6	8	9	10
(S1)2			5676	10201	4489	8100	11236	2209	8464	10316	7744	5184	4225	5184	3500	5184	3721	12100
S12			404	721	369	632	792	189	644	807	586	416	319	372	244	489	257	510

TABLA DE DATOS DEL CUESTIONARIO DE ESTUDIOS Y CONOCIMIENTO
GRUPO DE DIABÉTICOS DE 15 A 20 AÑOS

BY	1C	2S	3C	4S	5C	6C	7S	8S	9C	10C	11S	12C	13C	14S	15C	16S	17C	18S	19C	20S	21C	22S	23C	24S	25C	26S	27C	28S	29C	30S
1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
13	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
14	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

FORMA	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	
SUM	49	2	2	1	1	2	2	3	4	0	0	2	2	0	1	1	1	0	1	0	5	4	5	0	2	5	3	0	0	2	3

31C	32S	33C	34S	35C	36C	37S	38C	39C	40S	41C	42S	43S	44C	45C	46S	47S	48C	49C	50C	51S	52C	53S	54S	55C	56C	57S	58S	59S	60S	
1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	
1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
1	2	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	
1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	
1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

14	10	11	6	4	14	15	10	4	15	13	10	12	14	13	15	15	15	15	11	15	7	13	12	13	7	11	5	13	
1	3	4	9	0	1	0	3	11	0	0	2	5	3	1	0	0	0	1	0	0	2	3	0	6	4	10	2		

TABLA DE DATOS DEL CUESTIONARIO DE SEGUIMIENTO Y COMPORTAMIENTO
 GRUPO DE DIABETICOS DE 26 A 27 AÑOS

SE	16	28	30	45	50	60	75	85	95	100	115	125	130	145	155	170	185	190	205	215	225	230	245	255	265	270	280	295	305	
1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	
2	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
4	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
13	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
14	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

SE	16	28	30	45	50	60	75	85	95	100	115	125	130	145	155	170	185	190	205	215	225	230	245	255	265	270	280	295	305
SE	16	28	30	45	50	60	75	85	95	100	115	125	130	145	155	170	185	190	205	215	225	230	245	255	265	270	280	295	305

SE	16	28	30	45	50	60	75	85	95	100	115	125	130	145	155	170	185	190	205	215	225	230	245	255	265	270	280	295	305
1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
13	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
14	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

SE	16	28	30	45	50	60	75	85	95	100	115	125	130	145	155	170	185	190	205	215	225	230	245	255	265	270	280	295	305
SE	16	28	30	45	50	60	75	85	95	100	115	125	130	145	155	170	185	190	205	215	225	230	245	255	265	270	280	295	305

RESULTADOS DE LAS OPERACIONES ESTADISTICAS (T DE STUDENT)
 ENTRE DIABETICOS DE 21 A 27 AÑOS Y DIABETICOS DE 15 A 20 AÑOS

CONCIPIENTO		SEGUIJIENTO	
DATOS DEL GRUPO DE 21 A 27 AÑOS			
NUM. DATOS	15	NUM. DATOS	15
SUMA	13.43	SUMA	10.43
MEDIA	.8955	MEDIA	.6955
(SYC)2	180.45	(SYS)2	108.85
SYC2	12.10	SYS2	7.44

CONCIPIENTO		SEGUIJIENTO	
DATOS DEL GRUPO DE 15 A 20 AÑOS			
NUM. DATOS	15	NUM. DATOS	15
SUMA	12.93	SUMA	10.60
MEDIA	.8622	MEDIA	.7060
(SYC)2	167.27	(SYS)2	116.64
SYC2	11.24	SYS2	8.10

RESULTADOS DE T DE STUDENT			
NUMERADOR	.62	NUMERADOR	.62
DENOMINADOR	.03	DENOMINADOR	.05
T DE C	1.7771	T DE S	.4991

RESULTADOS DE LA CORRELACION (R DE PEARSON) ENTRE SEGUIMIENTO
Y CONOCIMIENTO DEL GRUPO DE DIABETICOS ENTRE 21 Y 27 AÑOS

NC	SUMA C(1)	SUMA C(1)2	SUMA S(1)	SUMA S(1)2	CIS	
1	.77	.59	.73	.54	.56	
2	.63	.69	.77	.59	.64	
3	.90	.81	.73	.54	.66	
4	.90	.81	.63	.69	.75	
5	.87	.75	.77	.59	.66	
6	.97	.93	.57	.32	.55	
7	.97	.93	.47	.22	.45	
8	.90	.81	.73	.54	.66	
9	.97	.93	.53	.28	.52	
10	1	1	.73	.54	.73	
11	.60	.64	.57	.32	.45	
12	.90	.81	.87	.75	.78	
13	.93	.87	.73	.54	.69	
14	.60	.64	.67	.44	.53	
15	.93	.87	.73	.54	.69	
TOTALES	13.47	12.10	10.43	7.44	9.37	r = -.2769
MEDIA	.90		.70			

RESULTADOS DE LA CORRELACION (R DE PEARSON) ENTRE SEGUIMIENTO
Y CONOCIMIENTO DEL GRUPO DE DIABETICOS ENTRE 15 Y 20 AÑOS

	SUMA C(1)	SUMA C(1)2	SUMA S(1)	SUMA S(1)2	CIS	
	.90	.81	.57	.32	.51	
	.87	.75	.63	.40	.55	
	.77	.59	.97	.93	.74	
	.73	.54	.73	.54	.54	
	.60	.64	.63	.69	.67	
	.90	.81	.83	.69	.75	
	.90	.81	.70	.49	.63	
	.97	.93	.57	.32	.55	
	.83	.69	.93	.87	.78	
	.93	.87	.60	.64	.75	
	.93	.87	.53	.28	.50	
	.77	.59	.57	.32	.43	
	.77	.59	.50	.25	.38	
	.97	.93	.77	.59	.74	
	.90	.81	.87	.75	.78	
TOTALES	12.93	11.74	10.60	6.10	9.29	R = -.1116
MEDIA	.86		.77			

42. Me disgusta trabajar en un proyecto en el que se toman medidas rápidas que afectan a otros.
a) cierto, b) intermedio, c) falso.
43. La mayoría de la gente que conozco me considera como un conversador agradable.
a) sí, b) indeciso, c) no.
44. Cuando veo a personas desmotivadas y desahucadas, yo a ellas acepto.
a) intermedio, b) intermedio, c) no.
45. Me siento un poco apenado si de repente me convierto en el centro de atención en una reunión social.
a) sí, b) intermedio, c) no.
46. Siempre me gusta participar en reuniones concurrencias, por ejemplo: una fiesta, un mitin.
a) sí, b) intermedio, c) no.
47. En la escuela prefiero (o prefiero):
a) la música, b) indeciso, c) los trabajos manuales.
48. Cuando estoy encargado de hacer algo, yo insisto en que se sigan mis instrucciones o bien renuncio.
a) sí, b) a veces, c) no.
49. Para los padres es más importante:
a) ayudar a sus niños a desarrollar sus afectos, b) intermedio, c) enseñar a sus niños cómo controlar sus emociones.
50. En una tarea de grupo, yo más bien trataría de:
a) imponer acuerdos, b) intermedio, c) hacer apuntes y ver que se obedezcan las reglas.
51. De vez en cuando siento la necesidad de realizar actividades físicas ruidas o pesadas.
a) sí, b) indeciso, c) no.
52. Preferiría juntarme con gente bien educada a juntarme con individuos toscos y rebeldes.
a) sí, b) intermedio, c) no.
53. Me siento muy afligido cuando la gente me critica en público.
a) cierto, b) intermedio, c) falso.
54. Cuando el jefe (o el maestro) me llama:
a) yo veo una oportunidad para hablar de cosas que me interesan, b) indeciso, c) temo haber hecho algo mal.
55. Lo que este mundo necesita son:
a) ciudadanos firmes y serios, b) no sé, c) "idealistas" con planes para mejorarlo.
56. En todo lo que leo, estoy siempre pendiente de las intenciones propagandistas.
a) sí, b) indeciso, c) no.
57. De adolescente participé en los deportes escolares:
a) pocas veces, b) frecuentemente, c) muy frecuentemente.
58. Yo converso mi cuarto bien arreglado, con cada cosa en su lugar.
a) sí, b) algunas veces, c) no.
59. A veces me pongo tenso e inquieto cuando pienso en los sucesos del día.
a) sí, b) intermedio, c) no.
60. A veces digo que la gente con la que hablo se interesa realmente en lo que digo.
a) sí, b) intermedio, c) no.

(Fin de la Columna 2 en la Hoja de Respuestas)

61. Si tuviera que escoger, preferiría ser:
a) guardabosques, b) indeciso, c) maestro de escuela.
62. En santos y cumpleaños:
a) me gusta hacer regalos personales, b) indeciso, c) creo que es un poco molesto comprar regalos.
63. "Cansado" es a "trabajo" como "orgullo" es a:
a) sonrisa, b) éxito, c) felicidad.
64. ¿Cuál de las siguientes palabras es de clase distinta a las otras dos?
a) vela, b) luna, c) luz eléctrica.
65. He sido abandonado por mis amigos:
a) casi nunca, b) ocasionalmente, c) muy a menudo.
66. Yo tengo algunas cualidades por lo que me siento superior a la mayoría de la gente.
a) sí, b) dudoso, c) no.
67. Cuando me enojo, yo me esfuerzo por ocultar mis sentimientos a los demás.
a) cierto, b) a veces, c) falso.
68. Me gusta asistir a espectáculos, o ir a fiestas:
a) más de una vez a la semana (más de lo normal), b) una vez a la semana (lo normal), c) menos de una vez a la semana (menos de lo normal).
69. Pienso que suficiente libertad es más importante que las buenas costumbres y el respeto a la ley.
a) cierto, b) indeciso, c) falso.
70. En presencia de personas de mayor experiencia, edad o posición, tiendo a permanecer callado.
a) sí, b) intermedio, c) no.
71. Se me hace difícil hablar o recitar frente a un grupo numeroso.
a) sí, b) intermedio, c) no.
72. Cuando estoy en un lugar extraño, tengo un buen sentido de la orientación (encuentro fácilmente donde está el Norte, Sur, Este y Oeste).
a) sí, b) intermedio, c) no.

63. Si alguien se enoja conmigo, yo:
a) trato de calmarlo. b) indico. c) me irrito.
64. Cuando leo un artículo tendencioso o injusto en una revista tengo a olvidarlo, más que a sentir ganas de "devolverles el golpe".
a) cierto. b) dudoso. c) falso.
65. Tiendo a olvidar muchas cosas triviales y sin importancia, como nombres de calles o de tiendas.
a) sí. b) algunas veces. c) no.
66. Me gustaría llevar la vida de un veterinario, cuidando y operando animales.
a) sí. b) intermedio. c) no.
67. Yo como mis alimentos con placer, aunque no siempre tan cuidadosa y apremiadamente como algunas personas.
a) cierto. b) intermedio. c) falso.
68. Algunas veces no tengo ganas de ver a nadie:
a) raras veces. b) intermedio. c) muy frecuentemente.
69. A veces las personas me dicen que muestro de manera demasiado clara mi excitación.
a) sí. b) intermedio. c) no.
70. De adolescente, sin mi opinión era distinta a la de mis padres, yo por lo general:
a) la mantenía. b) indico. c) aceptaba la autoridad de mis padres.
71. Me gustaría tener una oficina para mí, que no fuera compartida con otra persona.
a) sí. b) indico. c) no.
72. Preferiría disfrutar la vida discretamente a mi manera, más que ser admirado por mis éxitos.
a) cierto. b) indico. c) falso.
73. Me siento maduro en la mayoría de mis actos:
a) verdadero. b) dudoso. c) falso.
74. Cuando la gente me critica me enojo, en vez de sentirme ayudado.
a) frecuentemente. b) ocasionalmente. c) nunca.
75. Estoy dispuesto a expresar mis sentimientos sólo bajo mi estricto control.
a) sí. b) intermedio. c) no.
- (Fin de la Columna 3 en la Hoja de Respuestas)
76. Al inventar algo útil, preferiría:
a) perfeccionarlo en el laboratorio. b) indico. c) venderlo a la gente.
77. "Sorpres" es a "extraño" como "miedo" es a:
a) valiente. b) ansioso. c) terrible.
78. ¿Cuál de las siguientes fracciones es distinta a las otras dos?
a) 3/7. b) 3/9. c) 3/11.
79. Yo no sé por qué, pero algunas personas como que me ignoran o me evitan.
a) cierto. b) indico. c) falso.
80. Las personas me tratan con menos consideración de lo que merecen mis buenas intenciones.
a) a menudo. b) en ocasiones. c) nunca.
81. En un grupo, me molesta que se digan alburas o proverbiales cuando no hay a mí en el frente.
a) cierto. b) intermedio. c) falso.
82. Yo tengo indudablemente menos amigos que la mayoría de la gente.
a) sí. b) en duda. c) no.
83. Detestaría estar en un lugar donde no hubiera muchas personas con quien platicar.
a) cierto. b) indico. c) falso.
84. Las personas dicen que soy desconfiado a veces, aunque ellas me consideran simpático.
a) sí. b) intermedio. c) no.
85. En distintas ocasiones de mi vida social, he experimentado miedo al público.
a) frecuentemente. b) en ocasiones. c) casi nunca.
86. Cuando estoy en un grupo pequeño, me agrada permanecer en silencio y mejor dejar que otros hablen.
a) cierto. b) intermedio. c) falso.
87. Yo prefiero leer:
a) una narración realista de batallas militares o políticas. b) indico. c) una novela sentimental e imaginativa.
88. Cuando la gente mandona trata de imponerse, yo hago exactamente lo contrario de lo que ellas quieren.
a) sí. b) intermedio. c) no.
89. Es una regla que mis jefes o los miembros de mi familia me consideran culpable sólo si existe una razón real.
a) cierto. b) intermedio. c) falso.
90. Me desagrada la manera como algunas personas observan con desdén o sin respeto a otras, en las calles o en las tiendas.
a) sí. b) intermedio. c) no.
91. En un viaje largo, preferiría:
a) leer algo serio pero interesante. b) indico. c) platicar con el pasajero de junto.
92. En una situación que puede volverse peligrosa, yo creo conveniente hacer ruido y escándalo, aunque se pierda la serenidad y la cortesía.
a) sí. b) indico. c) no.
93. Si mis conocidos me tratan mal y me demuestran que les disgusta:
a) me importa poco. b) intermedio. c) me pongo triste.

94. Las alabanzas y los cumplidos que me dicen, me desagravan.
a) sí, b) intermedio, c) no.
95. Me gustaría más bien tener un trabajo con:
a) un sueldo fijo y seguro,
b) intermedio,
c) un sueldo bastante alto, que dependiera de mi constante persuasión a gente que me desagrada.
96. Para mantenerme informado, yo prefiero:
a) discutir los asuntos con las personas,
b) intermedio,
c) leer los reportes noticiosos diarios.
97. Me gusta tomar parte activa en asuntos sociales, comités, etc.
a) sí, b) intermedio, c) no.
98. En el desempeño de una tarea, no estoy satisfecho hasta que no se ha realizado con atención el más mínimo detalle.
a) cierto, b) intermedio, c) falso.
99. A veces pequeñas contradicciones me irritan demasiado.
a) sí, b) intermedio, c) no.
100. Yo siempre duermo profundo, nunca hablo ni camino durmiendo.
a) sí, b) intermedio, c) no.
- (Fin de la Columna 4 en la Hoja de Respuestas)
101. Sería muy interesante trabajar en una empresa:
a) hablando con los clientes,
b) intermedio,
c) llevando las cuentas y el archivo.
102. "Tamaño" es a "longitud" como "deshonestidad" es a:
a) prisión, b) pecado, c) robo.
103. All es a de como SR es a:
a) qp, b) pq, c) tu.
104. Cuando la gente no es razonable:
a) me quedo callado,
b) intermedio,
c) los desprecio.
105. Si alguien habla en voz alta cuando estoy escuchando música:
a) puedo concentrarme en la música y no me molesta,
b) intermedio,
c) acaban con mi placer y me molesta.
106. Creo que soy bien desento como:
a) educado y tranquilo,
b) intermedio,
c) enérgico.
107. Asisto a reuniones sociales sólo cuando tengo que hacerlo, de otra manera trato de evitarlas.
a) sí, b) indeciso, c) no.
108. Ser precavido y esperar poco es mejor que ser optimista y esperar siempre el éxito.
a) cierto, b) indeciso, c) falso.
109. Cuando pienso en las dificultades de mi trabajo:
a) trato de planearlas anticipadamente,
b) intermedio,
c) supongo que podré manejarlas cuando se presenten.
110. Para mí, encuentro fácil incorporarme con las personas en una reunión social.
a) cierto, b) intermedio, c) falso.
111. Cuando un poco de diplomacia y persuasión son necesarias para que la gente actúe, yo generalmente soy el primero en comentárselas.
a) cierto, b) indeciso, c) falso.
112. Sería más interesante ser:
a) orientador vocacional de muchachos que tratan de encontrar su carrera,
b) indeciso,
c) ingeniero mecánico industrial.
113. Si estoy completamente seguro de que una persona es ingusta o es egoísta, se lo digo aunque me traiga problemas.
a) sí, b) intermedio, c) no.
114. A veces yo hago observaciones tentas en broma, sólo para que las personas se sorprendan y ver qué es lo que dicen.
a) sí, b) intermedio, c) no.
115. Me gustaría ser repertorio de teatro, ópera, conciertos.
a) sí, b) indeciso, c) no.
116. Yo nunca siento la necesidad de hacer parabatos ni ponerme nervioso cuando estoy en una reunión.
a) cierto, b) indeciso, c) falso.
117. Si alguien me dice algo, que sé que es falso, yo muy probablemente me diga:
a) "Él es un embustero",
b) intermedio,
c) "Aparentemente él está mal informado".
118. Yo siento que me van a c. tirar, aun cuando no halla hecho nada malo:
a) a menudo, b) ocasionalmente, c) nunca.
119. La ílex de que los enfermos tienen causas tanto físicas como mentales es muy exagerada.
a) sí, b) intermedio, c) no.
120. La pompa y el esplendor de cualquier ceremonia estatal son cosas que deben conservarse.
a) sí, b) intermedio, c) no.
121. Me molesta que las personas piensen que soy demasiado diferente o muy poco convencional.
a) mucho, b) algo, c) nada.
122. En la elaboración de alguna cosa, más bien yo trabajaría:
a) en equipo,
b) indeciso,
c) por mi propia cuenta.
123. En algunos momentos me es difícil evitar un sentimiento de lástima hacia mí mismo.
a) a menudo, b) en ocasiones, c) nunca.

124. A menudo me enoja demasiado rápido con la gente.
a) sí, b) intermedio, c) no.
125. Yo puedo cambiar viejos hábitos sin dificultad, y sin volver a ellos.
a) sí, b) intermedio, c) no.

(Fin de la Columna 5 en la Hoja de Respuestas)

126. Si los salarios fueran los mismos, preferiría ser:
a) abogado, b) indciso, c) navegante o piloto.
127. "Mejor" es a "peor" como "más lento" es a:
a) rápido, b) óptimo, c) más veloz.
128. ¿Cuáles de las siguientes letras deben ir al final de esta lista: XXXXXXOOOOXX?
a) OXXX, b) OXXX, c) OOOO.
129. Cuando se llega la hora de algo que yo había planeado o anticipado, a veces no siento ganas de ir.
a) cierto, b) intermedio, c) falso.
130. Yo puedo trabajar con cuidado en muchas cosas, sin ser molestado por las personas que hacen ruido a mi alrededor.
a) sí, b) intermedio, c) no.
131. A veces platico a personas desconocidas, cosas que me parecen importantes aunque no me las preguntan.
a) sí, b) intermedio, c) no.
132. Yo paso mucho de mi tiempo libre platicando con amigos sobre reuniones sociales en las que nos divertimos en el pasado.
a) sí, b) intermedio, c) no.
133. Me agrada hacer cosas temerarias y atrevidas nada mas por gusto.
a) sí, b) intermedio, c) no.
134. La escena de un cuarto desarrreglado me molesta.
a) sí, b) intermedio, c) no.
135. Me considero una persona muy sociable con la que es fácil llevarse.
a) sí, b) intermedio, c) no.

136. En mi trato social:
a) demuestro mis emociones como quiero,
b) intermedio,
c) me guardo mis emociones.
137. Me gusta la musica:
a) alegre, ligera y animada,
b) intermedio,
c) emotiva y sentimental.
138. Yo admiro más la belleza de un hermoso poema que la belleza de un arma bien hecha.
a) sí, b) indciso, c) no.
139. Si nadie se da cuenta de una buena observación mía a no le doy importancia,
b) indciso,
c) repito la frase para que la gente pueda escucharla nuevamente.

140. Me gustaria trabajar como viajante con criminales que estuvieran en libertad bajo palabra.
a) sí, b) intermedio, c) no.
141. Uno debe tener cuidado al mezclarse con toda clase de extraños, por el peligro de una infección.
a) sí, b) indciso, c) no.
142. En un viaje al extranjero, yo preferiría ir en un "tour" planeado con un conductor de viajes experimentado, que planear por mí mismo los lugares que desearía visitar.
a) sí, b) indciso, c) no.
143. Me consideran acertadamente como una persona trabajadora y de mediano éxito.
a) sí, b) indciso, c) no.
144. Si las personas abusan de mi amistad, no lo resentio y lo chido pronto.
a) cierto, b) indciso, c) falso.
145. Si se desarrolla una discusión acalorada entre los miembros de un grupo, yo:
a) quisiera ver a un "ganador",
b) intermedio,
c) desearía que se calmaran rápidamente.
146. Me gusta hacer mis planes yo solo, sin que nadie me interrumpa para aconsejarme.
a) sí, b) intermedio, c) no.
147. A veces deia que mis acciones se vean influidas por mis celos.
a) sí, b) intermedio, c) no.
148. Yo creo firmemente que "el jefe puede no tener la razón, pero siempre tiene la razón por ser el jefe".
a) sí, b) indciso, c) no.
149. Me pongo tenso cuando pienso en todas las cosas que me aquejan.
a) sí, b) a veces, c) no.
150. No me desconcierta que la gente me grite lo que tengo que hacer cuando estoy jugando.
a) cierto, b) indciso, c) falso.

(Fin de la Columna 6 en la Hoja de Respuestas)

151. Preferiría la vida de:
a) un artista,
b) indciso,
c) secretario de un club social.
152. ¿Cuál de las siguientes palabras no corresponde a las otras dos?
a) alguno, b) unos, c) muchos.
153. "Liana" es a "color" como "rosa" es a:
a) espina, b) petalo rojo, c) perfume.
154. Tengo sueños tan intensos que me inquietan cuando duermo.
a) a menudo, b) en ocasiones, c) casi nunca.

155. Aunque las probabilidades de que algo tenga éxito están completamente en contra, sigo pensando en aceptar el riesgo.
a) sí, b) intermedio, c) no.
156. Me agrada saber bien lo que el grupo tiene que hacer para que así sea y lo que me manda.
a) sí, b) intermedio, c) no.
157. Preferiría vestirme sencilla y correctamente, y no con un estilo peculiar y llamativo.
a) cierto, b) indeciso, c) falso.
158. Me llama más la atención pasar una tarde con un pasatiempo tranquilo que en una fiesta animada.
a) cierto, b) indeciso, c) falso.
159. No hago caso a las sugerencias bien intencionadas de los demás, aunque pienso que no debería.
a) en ocasiones, b) casi nunca, c) nunca.
160. Siempre mi criterio para cualquier decisión se basa en los principios del bien y el mal.
a) sí, b) indeciso, c) no.
161. Me disgusta un poco que un grupo me observe cuando trabajo.
a) sí, b) intermedio, c) no.
162. Debido a que no siempre es posible obtener las cosas por medio de métodos graduables y razonables, a veces es necesario usar la fuerza.
a) cierto, b) intermedio, c) falso.
163. En la escuela prefiero (o prefiero):
a) español y literatura,
b) indeciso,
c) aritmética y matemáticas.
164. A veces me causa problemas el que la gente hable mal de mí a mis espaldas, sin tener razón.
a) sí, b) indeciso, c) no.
165. Platicar con la gente convencional, común y corriente:
a) es a menudo interesante e importante,
b) intermedio,
c) me molesta porque dicen cosas tontas y superficiales.
166. Algunas cosas me enojan tanto que prefiero no hablar de ellas.
a) sí, b) intermedio, c) no.
167. Es muy importante en la educación:
a) dar suficiente afecto a los niños,
b) intermedio,
c) que los niños aprendan hábitos y actitudes convencionales.
168. La gente me considera una persona estable, sin perturbaciones, ante las altas y bajas de la vida.
a) sí, b) intermedio, c) no.
169. Pienso que la sociedad debe crear nuevas costumbres por razones modernas y eliminar viejas costumbres o simples tradiciones.
a) sí, b) indeciso, c) no.
170. Yo pienso que en el mundo actual es más importante resolver:
a) los asuntos sobre moralidad,
b) indeciso,
c) las dificultades políticas.
171. Yo aprendo mejor:
a) leyendo un libro bien escrito,
b) intermedio,
c) participando en una discusión de grupo.
172. Prefiero guiarme yo mismo en lugar de actuar según las reglas aprobadas.
a) cierto, b) indeciso, c) falso.
173. Prefiero esperar hasta que estoy seguro que es correcto lo que pienso decir, antes de exponer mis razones.
a) siempre,
b) en general,
c) solamente si es posible.
174. Algunas cosas que no tienen importancia, "me ponen los nervios de punta".
a) sí, b) intermedio, c) no.
175. Pocas veces digo cosas que pienso sin reflexionar y que después tengo que lamentar grandemente.
a) cierto, b) indeciso, c) falso.

(Fin de la Columna 7 en la Hoja de Respuestas)

176. Si me pidieran que trabajara en una obra de caridad:
a) aceptaría,
b) indeciso,
c) dudaré con cortesía que estoy ocupado.
177. ¿Cuál de las siguientes palabras es distinta a las otras dos?
a) ancho, b) zigzag, c) derecho.
178. "Pronto" es a "nunca", como "cerca" es a:
a) nada, b) lejos, c) fuera.
179. Cuando cometo una torpeza social, yo puedo olvidarla pronto.
a) sí, b) intermedio, c) no.
180. Me reconocen como un "hombre de ideas" porque siempre se me ocurren algunas cuando hay algún problema.
a) sí, b) intermedio, c) no.
181. Yo creo que me muestro más:
a) animado en reuniones de crítica y protesta,
b) indeciso,
c) tolerante a los deseos de otras personas.
182. Me consideran como una persona muy entusiasta.
a) sí, b) intermedio, c) no.
183. Prefiero un trabajo con variedad, viajes y cambios aunque tenga riesgos.
a) sí, b) intermedio, c) no.
184. Soy una persona bastante estricta que insiste siempre en hacer las cosas tan correctamente como sea posible.
a) cierto, b) intermedio, c) falso.

