

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS

COLEGIO DE PSICOLOGIA

**PROBLEMAS EMOCIONALES DE
PACIENTES DIABETICOS JUVENILES**

TESIS PROFESIONAL

CARMEN ARAUJO PAULLADA

1966



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

2.5053.08
UNAM, 16
1966
EJ. 2



FILOSOFIA

A mis padres:

Sr. Dr. Gabriel Araujo Valdivia.
Sra. Carmen Paullada de Araujo.



A mis hermanos:

Rebeca, Gabriel, Miguel y Roberto Luis.

339

0225

A mi esposo:

Sr. Agustín Duarte Pérez, C.P.

A mis hijos:

Mauricio y Mónica.

Al Sr. Dr. Dn. Guillermo Dávila García.

A los Doctores:

Roberto L. Sánchez.
César Chavarría Bonequi
José Carrera Tamborrel.

INTRODUCCION .

Desde la iniciación de mi práctica como psicóloga, mi interés se ha orientado a la Psicología Infantil.

El niño posee un mundo propio que me atrae y fascina. Para conocer cada día más ese mundo y comprender a los niños, en lo particular a aquellos que están afectivamente -- apartados de sus padres, trabajo en el Hospital Infantil de México, desde hace varios años.

Entre los problemas que se presentan en mi diaria tarea, de inmediato llamaron - mi atención las vicisitudes de los diabéticos; porque aunque en la infancia esta enfermedad no es frecuente, si lo es el hecho de que estos niños no se adapten a su padecimiento, se -- sientan distintos de los demás y sufran penalidades que, en mi opinión, reclaman esfuerzos - muy superiores de los que un niño puede tolerar sin cambios adversos de su personalidad. Me interesaron de manera especial estos pacientes, desvalidos, necesitados de afecto, que tan - tempranamente conocen y sienten la presencia cercana de la muerte.

Pensaba, antes de estudiarlos, que tendrían una forma de sentir particular, que - la sensación de muerte inminente tendría que matizar sus vidas y que las limitaciones impues - tas por su enfermedad, les daría una psicología peculiar.

Para poder ayudarles en la mejor forma posible, he querido saber más de sus vidas de sus familias, sus acciones, reacciones y conflictos. de sus alegrías y tristezas.

Estas fuerón principalmente, Señores Sinodales, las razones que me decidieron a elegir el tema que hoy presento ante ustedes como mi tesis profesional.

CAPITULO I.

ASPECTOS MEDICOS DE LA DIABETES MELLITUS.

Iniciaremos nuestro trabajo de investigación exponiendo en forma breve generalidades sobre aspectos médicos de la Diabetes Mellitus, ya que esta tesis, está escrita especialmente para psicólogos, quienes no tienen obligación de conocer estos datos clínicos.

La Diabetes Mellitus, cuyo significado etiológico es "sifán azucarado" es un padecimiento caracterizado por disminución en la capacidad normal del organismo para metabolizar los alimentos. Este defecto se manifiesta por una mayor cantidad de azúcar en la sangre y subsiguientemente por la excreción de azúcar en la orina.

Esta anomalía depende en gran parte de carencia total o relativa de insulina - resultante de un trastorno en la función de los islotes de Langerhans del páncreas; o de interferencia con la acción de la insulina en los tejidos.

Dicha anomalía comprende almacenamiento defectuoso del azúcar en el hígado y posiblemente menos utilización del azúcar por los tejidos.

1. FACTORES PREDISPONENTES.

1. Herencia.

Está comprobado que el factor hereditario juega un papel muy importante en la Diabetes Mellitus. Desde el descubrimiento de la Insulina, la vida de los diabéticos se ha prolongado y ha permitido que tengan hijos, lo que ha provocado un incremento en el número de ellos.

Parece ser que existe una transmisión a través de un carácter mendeliano recesivo.

2. Obesidad.

Aproximadamente el 75% de los adultos que desarrollan Diabetes son obesos. El porcentaje de obesidad es mayor en la mujer que en el hombre.

En el niño diabético la obesidad no es frecuente.

El exceso de alimento aumenta la demanda de insulina, lo que puede ocasionar -

o bien que el páncreas "se agote" (pancreas consumido), o que su secreción sea insuficiente.

3. Edad.

La incidencia aumenta con la edad, y la máxima se alcanza entre los 55 y 70 años

4. Sexo.

Es más frecuente en las mujeres después de los 45 años, lo que hace sospechar que la menopausia juega un papel importante.

5. Raza.

El matrimonio consanguíneo aumenta la frecuencia de la diabetes. Puede afirmarse que ningún pueblo está exento de ella.

6. Género de Vida.

Es más frecuente en las personas de vida sedentaria y de posición social elevada.

II. SINTOMATOLOGIA.

La Diabetes puede manifestarse en un principio de manera insidiosa y a raíz de -- un choque emocional de importancia. En mujeres con frecuencia se asocia a menopausia.

La elevación de la glucosa en la sangre hace que la concentración osmótica del - plasma aumente, siendo necesaria mayor aportación de líquido, lo que se traduce en polidipsia (sed excesiva); al mismo tiempo la mayor ingestión de agua y la necesidad de mayor cantidad de la misma para eliminar en solución el exceso de glucosa ocasiona poliuria (orina -- abundante). La falta de aprovechamiento de los hidratos de carbono al estar alterado su metabolismo provoca la necesidad de mayor ingestión de alimentos (polifagia) para substituir la energía perdida. La falta de aprovechamiento de los glúcidos así como la alteración en el - metabolismo de las grasas y proteínas ocasiona pérdida de peso.

III. DIAGNOSTICO

Una historia cuidadosa haciendo incapie en los antecedentes familiares y valorando la sintomatología orientarán el diagnóstico. Se solicitará examen de laboratorio clínico -

Curvas de tolerancia a la glucosa.

IV. TRATAMIENTO.

El tratamiento se divide en 3 puntos.

1. Higiénico.
2. Dietético.
3. Medicamentoso.

Higiénico. - Deberá instruirse al enfermo y familiares sobre la enfermedad. Se -
tratará que el paciente lleve una vida lo más sana posible, que practique con mo
deración algún deporte de acuerdo a su edad.

Dietético. La dieta es la base del tratamiento. Es necesario regular la cantidad de
hidratos de carbono, proteínas y grasas.

Medicamentoso.

a) Hipoglucemiantes orales que están contraindicados en:

1. Diabetes Inestable.
2. Acidosis y Coma.
3. Diabetes complicadas.
4. Diabetes donde se requiera más de 40 unidades de insulina.
5. Diabetes con más de 5 años de evolución.

b) Insulina.

1. Insulina de acción rápida.
2. Insulina de acción intermedia.
3. Insulina de acción prolongada.

El principal peligro del uso de la Insulina es la Hipoglucemia.

Por otra parte, tenemos que el "Coma Diabético" es uno de los estados más graves
que se presenta en Endocrinología. Puede estar ocasionado por: errores dietéticos, aplicación
de dosis insuficiente de insulina, uso inadecuado de drogas hipoglucemiantes, choques emo-
cionales, omisión voluntaria de la insulina por parte del enfermo, infección de cualquier ti-
po, pérdida de agua y electrolitos debido a trastornos gastrointestinales tales como vómitos -
y diarrea.

V. CLASIFICACION DE LA DIABETES.

De acuerdo con la época de la aparición del padecimiento, este puede clasificarse en:

1. Diabetes Juvenil e Infantil.

Se presenta en individuos en época del crecimiento hasta los 15 años. Tiene como características que es inestable, ya que los requerimientos de insulina varían de un día a otro, el control es muy difícil, se requieren grandes cantidades de insulina, y las complicaciones de acidosis y coma son más frecuentes debido a la dificultad del paciente para guardar la dieta, por un lado, y por el otro a la secreción de la hormona del crecimiento.

2. Diabetes del Adulto.

Se presenta después de los 15 años, en ella frecuentemente se encuentra esterilidad en el hombre e infertilidad en la mujer.

3. Diabetes Senil.

En ella las complicaciones vasculares son más frecuentes.

En relación con la respuesta al tratamiento, la Diabetes puede también clasificarse en 3 grupos:

1. Diabetes fácilmente controlable, en la que basta simplemente la dieta para mantener las cifras normales de glucemia (Diabetes estable).
2. Diabetes controlable, en la que se requiere de dieta e insulina en pequeñas dosis o hipoglucemiantes orales (Diabetes estable)
3. Diabetes de difícil control, es aquella en la que se necesita dieta y altas dosis de insulina (Diabetes lábil o inestable.)

VI. PRONOSTICO.

El pronóstico puede basarse en los puntos siguientes:

1. Epoca de la aparición: mientras más joven es el enfermo, el pronóstico se ensombrece porque el tratamiento es más difícil y las complicaciones más frecuentes.
2. Tiempo de evolución.
3. Cooperación del enfermo en el tratamiento.
4. Respuesta a la terapéutica empleada.

VII. COMPLICACIONES.

Mencionaremos únicamente las complicaciones que con más frecuencia se presentan:

1. Arterioesclerosis, sobre todo de arteria coronaria con crisis de angina de pecho e infarto.
2. Retinopatía diabética, que llega hasta la pérdida de la visión asociada a hemorragias pre-retinales.
3. Catarata diabética.
4. Neuropatía diabética (característica de la diabetes antigua)
5. Lesiones dermatológicas:
 - a) Infecciones cutáneas.
 - b). Lipo-distrofia insulínica.
6. Celulitis.
7. Complicaciones renales.

CAPITULO II

REVISION BIBLIOGRAFICA.

La revisión de la literatura sobre los aspectos psicológicos de la Diabetes que hemos hecho de publicaciones que datan de quince años a la fecha, nos ha puesto de manifiesto que, aún cuando sobre Diabetes se ha escrito mucho, el enfoque propiamente psicológico de los problemas de personalidad y de adaptación que presenta el diabético a su enfermedad, se ha dejado casi a un lado en forma tal, que son contados los artículos que tratan este aspecto.

Sobre esto, el Dr. Palacios nos expone las siguientes ideas: desde hace tiempo se había mencionado la participación de conflictos psicológicos en la aparición de los síntomas de Diabetes, puesto que ya Thomas Willis, notable médico inglés, hace ya trescientos años, al referirse al sabor dulce de la orina de los diabéticos, señaló que el padecimiento se debía a un "prolongado sufrimiento", así como a las modificaciones en el curso del padecimiento, en especial, para la precipitación de Coma o de Acidosis. Posteriormente se hizo a un lado este enfoque con motivo del descubrimiento de la Insulina, para enfatizarse aspectos de tipo más práctico como dosificación de la misma, dieta, etc. Pero habiéndose iniciado el auge de la medicina Psico-Somática, volvió de nuevo el interés por lo psicológico en la Diabetes.

Siguiendo esta línea de pensamiento, aún falta mucho por investigar y es el momento en que psiquiatras, psicoanalistas y psicólogos deben profundizar sobre el tema con los conocimientos y armas a su alcance.

Los trabajos primeramente publicados, trataron de buscar una relación entre cuadros psiquiátricos o psicológicos precisos y Diabetes. Más tarde, se investigaron aspectos del diabético como inteligencia, adaptación a su enfermedad, rasgos sobresalientes de su personalidad, etc., y estos son por lo general los temas abordados por los autores que hemos revisado y cuyos conceptos hemos tratado de resumir en este capítulo:

FRANZ ALEXANDER. - Indica que:

"Aunque los factores psicológicos pueden intervenir en el curso de la Diabetes Mellitus, el posible significado etiológico de tales factores no ha sido determinado" -- así "el individuo susceptible, nacido probablemente con alguna limitación de uno u otro sistema regulador, puede sucumbir a una tensión suficientemente intensa o prolongada. - La Diabetes comienza en el nacimiento, independientemente del hecho que pueda hacerse clínicamente aparente en alguna época de la vida". Para Alexander: - "El diabético tiene un conflicto básico relacionado con la adquisición de alimentos lo que refleja en la exageradas tendencias agresivas -orales-incorporativas. El niño diabético potencial, que ha nacido con tal constitución no puede satisfacer nunca su necesidad biológica. Sus excesivas reclamaciones orales, pueden provenir de esta insuficiencia psicológica básica" -

HILDE BRUCK. - Señala no haber encontrado un cuadro psicológico uniforme, sino que el niño diabético muestra grandes variables en su conducta y rasgos de personalidad. Algunos parecían bien adaptados y con frecuencia, encontró en otros, rasgos obsesivo-compulsivos.

La estructura psicológica de las familias fué también variada y las actitudes existentes fueron de importancia para el tratamiento médico.

Bruck comparó lo hallado en estudios a pacientes obesos y los hallazgos en diabéticos, viendo como importante diferencia que en los obesos sí existe un cuadro psicológico preciso que está a su vez relacionado a un cuadro familiar típico.

"La diabetes, señala esta autora, impone una forma de vida a la cual el niño y su familia reaccionan de acuerdo con patrones pre-existentes, aunque inespecíficos -- que refuerzan los problemas actuales. La aceptación por parte de la familia del régimen impuesto por el médico, nos dará una pauta de la relaciones familiares."

Señala 3 tipos de actitudes predominantes en los padres:

A) Tolerancia, aceptación plácida.

B) Actitud con rasgos neuróticos

agresión
castigo
compasión
alabanza al buen manejo.

C) Control perfeccionista y rígido en el manejo de la Dieta y la Insulina.

RAMON DE LA FUENTE. Asevera que los sentimientos de inferioridad o invalidez se

presentan en los chicos diabéticos. -

También indica que "el tratamiento de los diabéticos marcha mejor cuando el médico sabe manipular las diversas variantes que hacen posible adaptar el plan de tratamiento a las necesidades orales del paciente y su intensificación en situaciones de conflicto y frustración; así como a las fluctuaciones de los niveles de glucosa en sangre y orina debidos a condiciones de stress emocional."

WILLIAM B. KENNEDY. -Expresa que el mayor problema para el paciente diabético es el de la "restricción dietética", que la dieta debe planearse y que el médico no debe adoptar una actitud de enojo, sino buscar cooperación con un régimen razonable liberal. - Así mismo debe considerar a cada paciente en lo particular y desarrollar sus capacidades.

FISHER y DOLGER. - Realizaron un interesante estudio longitudinal de 10 a 20 años en 43 casos de Diabetes Juvenil y pusieron de relieve algunos aspectos básicos:

a) Familiares: La enfermedad influyó en la situación familiar y en la estabilidad económica. Los padres por lo general, reaccionaron al padecimiento con culpa y con dos tipos de actitudes: Sobreprotección o Resentimiento-rechazo. Se presentaron conflictos en las relaciones con los hermanos no-diabéticos por el sentimiento de ser distintos y hubo también la actitud de ocultar el padecimiento ante los compañeros de escuela, por vergüenza. Se incrementaron los problemas ya existentes durante la adolescencia.

b) El campo de veraneo para diabéticos fué útil, porque rompió la sensación de aislamiento en el paciente e incrementó la de pertenencia a un grupo homogéneo.

c) En cuanto a los efectos propiamente de la Diabetes sobre el comportamiento, observaron que si la enfermedad aparecía tempranamente, era aceptada como perteneciente al crecimiento. - Si se presentaba tardíamente el paciente se rebelaba más a ella. Sin embargo, la aparición temprana, traía la tendencia a cambios más serios de personalidad.

Los regímenes dietéticos liberales eran más fácilmente aceptados que los rígidos. Además, era preferible incrementar la confianza del paciente, permitiéndole administrar por sí mismo la insulina y regular su dieta.

d) La hipoglucemia traía como consecuencia efectos inmediatos, remotos y acumulativos que podían considerarse potencialmente serios (lesiones de sistema nervioso central), y naturalmente, descenso en el rendimiento intelectual.

En las pruebas de inteligencia efectuadas, éstas revelaron un nivel mental similar entre diabéticos y no-diabéticos.

e) En cuanto a la adaptación, los diabéticos con inteligencia más alta, se adaptaron fácilmente y lo mismo aconteció con aquellos de nivel económico más alto y en particular cuando el ambiente familiar era adecuado.

Por lo general, las mujeres presentaron más problemas que los hombres, en relación con su casamiento, y también más problemas relacionados con el nacimiento de los hijos si se las comparaba con las mujeres sanas.

La madurez trajo mejoría en la conducta, al par que aumento en las necesidades de independencia. -

Estos autores llegaron a la conclusión de que la Diabetes Mellitus ocasiona muchos problemas psicológicos que desencadenan trastornos de conducta durante la niñez, adolescencia y vida adulta. -

P. KATZ. - Habla especialmente de la intercomunicación de médico-paciente diabético juvenil, indicando que el médico debe dar su tiempo y esfuerzo para establecer una buena relación con el enfermo sin olvidar que;

- a) El estado diabético puede variar por el estado emocional, tanto por alteraciones del paciente a su régimen como por reacciones metabólicas al stress.
- b) Los factores etiológicos más importantes para generar problemas emocionales son ante todo situaciones poco satisfactorias dentro del hogar."

Este autor recalca también la importancia de incrementar las actividades del niño fuera del hogar, tales como la participación en grupos juveniles que le den un sentido de "pertenencia"

PHILLIP H. STARR. - Refiere que en la Diabetes Juvenil, el componente psíquico puede variar de "lo incidental a lo primario, tanto en la etiología como en el curso del padecimiento."

El analiza varios tipos de reacciones:

- "a) Reacciones psicológicas pseudo-somáticas: simulación de Diabetes Mellitus. Síntomas de otro padecimiento que aparece como Diabetes.
- b) Reacciones psico-fisiológicas: Aparición de síntomas que hacen pensar en hipoglucemia, pero que sólo hablan de escaso control psicológico de una emoción que se manifiesta somáticamente.
- c) Reacciones psico-patofisiológicas: las perturbaciones psicológicas son el "gatillo" que precipita al paciente a Acidosis.
- d) Reacciones somato-psicológicas: Precipitación de un trastorno de tipo psiquiátrico latente por la aparición de Diabetes (Depresión, tendencias paranoideas, etc.) o bien, reacciones psicológicas circunscritas a manifestaciones de Diabetes Mellitus, así como cambio de vida dictado por la enfermedad. Ganancias secundarias obtenidas por el padecimiento."

Considera asimismo que la madre tiene un papel muy importante en el buen control de la Diabetes y que por lo tanto, si existía una buena adaptación previa a la aparición de la enfermedad, ésta no ocasionará problemas severos.

La diabetes, dice Starr, será la "expresión de actitudes irracionales pre-existentes en el sistema Madre-Hijo, y mientras que antes el problema se expresaba en otras áreas - ahora será manifestado precisamente en el manejo de la enfermedad."

Diferentes patrones de conducta en los padres darán como resultado distintos tipos de personalidades patológicas:

- "1) Patrón sobre-ansioso y alerta de peligro, dará personalidad paranoide.
- 2) Patrón de control exageradamente perfeccionista, dará personalidad compulsiva.
- 3) Patrón exageradamente indulgente y permisivo, dará personalidad sumisa, pasiva y -- excesivamente dependiente.
- 4) Patrones desinteresados, descuidados, egocéntricos y delincuentes, dará personalidad depresiva y destructora de sí o personalidad delincuente y rebelde."

Indica también Starr que "como pauta a seguir cuando se presentan problemas psi-

cológicos circunscritos que han surgido como complicación secundaria a la Diabetes, pueden ser manejados por el médico. - En cambio, si el problema psicológico es anterior y la reacción a la enfermedad es severa, el paciente debe ser visto por un psiquiatra".

D. ETZWILER y LLOID K. SINES. - Elaboraron un cuestionario que resolvieron en conjunto médicos, padres, maestros y consejeros de campo para diabéticos, de setenta y dos pacientes diabéticos juveniles.

El resultado obtenido de este cuestionario se resume de la manera siguiente:

Todos los miembros de la familia son afectados por la presencia de la Diabetes y para supervisar y manejar la enfermedad (Dieta, Insulina) la familia necesita adaptarse.

La madre del diabético juvenil es quien tiene el papel más importante: lleva al niño al doctor, discute los problemas, inyecta la insulina y hace los análisis de orina. - En realidad, ella tiene más información que el padre y el niño.

El padre en cambio, participa del manejo con menos frecuencia. Su relación es más íntima si el hijo es mayor o la enfermedad difícil de controlar.

El grado en que el niño diabético asume responsabilidad para el manejo de su enfermedad es variable. La mayoría toma parte cuando se hacen sus análisis, siendo pocos los que por sí mismos se inyectan la insulina. Existe correlación entre edad y grado de participación.

También hay una relación definitiva entre edad del niño y su información sobre la naturaleza de la enfermedad.

Para que el médico recomiende a los padres inculcar en el niño la necesidad del auto-cuidado, debe estar seguro que el paciente entiende los fundamentos de su enfermedad y tanto los padres como el enfermo, requieren instrucción de conocimientos generales sobre la Diabetes.

En la revisión de la literatura también encontramos que no se ha llegado a un acuerdo ni sobre la inteligencia, ni la personalidad de los niños diabéticos.

MARVIN ACK, IRVING MILLER, WILLIAM B. WILL JR. - quienes estudiaron 38 pares

de niños diabéticos y no-diabéticos, sometidos a la prueba de Standord-Binet, proponen lo siguiente:

- 1) No encontraron diferencia alguna entre el cociente intelectual y la duración del padecimiento.;
- 2) Los niños en quienes la Diabetes se inició antes de los cinco años, tuvieron un cociente intelectual significativamente más bajo que los no-diabéticos.
- 3) No hubo diferencia estadística entre los diabéticos y los no-diabéticos cuando la enfermedad se inició después de los cinco años.
- 4) En el grupo en el que la enfermedad se inició antes de los cinco años, encontraron una relación "sugestiva" (pero no estadísticamente significativa) entre el número de episodios de hipoglicemia y acidosis y la diferencia de cociente intelectual entre diabéticos y no-diabéticos.

KUBANY, DANOWSKY y MOSES. - Revisarán los conceptos de personalidad del pa-

ciente diabético, encontrando diversas opiniones. Citan en su trabajo a: Hoffman. Quien estableció relación entre esquizofrenia y Diabetes.

Limberg Para quien existe un cuadro clínico bien definido de Diabetes que justifica el nombre de "Psicosis Diabética".

Menninger, señaló que depresión y ansiedad son rasgos característicos de la personalidad diabética.

Mc. Gavin que consideró a los diabéticos en grupo de "mal adaptados".

Laughlin y Mosental.- Hablaron de dos factores que determinan anomalías en el paciente diabético: a) iniciación temprana de la enfermedad y b) cetosis frecuentes.

Dunbar, para quien el diabético tiene conflicto entre odio, sumisión a los padres y una adaptación sexual inadecuada, acompañada de ansiedad, tendencias homosexuales, depresión, suplicia paranoia.

Bruck, quien no encontró ningún cuadro psicológico uniforme en el diabético.

Lisansky aplicando la prueba de Rorschach tampoco encontró un cuadro típico.

Tras esta revisión los autores sometieron a sus enfermos a las pruebas del M.M.

P.I. (prueba de personalidad) y del Stanford Binnet (inteligencia) y llegaron a la conclusión de que el diabético juvenil no está más predispuesto a las anomalías de conducta que el sujeto no-diabético y que el cociente intelectual del diabético cae al centro de una curva normalidad.

Tampoco encontraron relación entre la edad de iniciación del padecimiento y la conducta anormal.

La literatura informa también en relación a la conducta patológica peculiar que puede calificarse de auto-destructiva, que con frecuencia se observa en el diabético juvenil.

SAMUEL STEARNS, hace mención de ella y la analiza diciendo:

"Cierta conducta irracional peculiar o ininteligible en el Diabético Juvenil, deberá entenderse como esencialmente auto-destructiva, como por ejemplo: omisión de la insulina ruptura del régimen dietético para provocar, ya sea hipoglucemia o acidosis, o bien, mal uso de la dieta y la insulina como arma dirigidas en contra del yo, al par que en contra del ambiente. Con poca frecuencia, el suicidio a través de los mecanismos diabéticos.

Estos patrones de conducta pueden llevarse a cabo en forma inconsciente o asociadas en grado considerable a actos conscientes ya que el tratamiento de la diabetes en sí y sus posibles complicaciones, ofrecen al paciente medios muy a su alcance para llevar a cabo sus reacciones auto-destructivas.

La conducta del diabético juvenil está determinada por la estructura de su personalidad y los aspectos auto-destructivos se hacen más evidentes cuando deben hacerse adaptaciones serias en la vida y con mayor frecuencia, en ambientes emocionalmente po

bres o socio-económicos bajos. El diabético presenta combinaciones variadas de hostilidad rebelde, negativismo y actitudes provocativas.

Los padres y médicos por lo general, no comprenden este tipo de conducta ni están emocionalmente capacitados para aceptar tendencias de autodestrucción en una persona joven.

Es esencial descubrir las manifestaciones tempranas de este tipo de conducta y procurar evitar mayores dificultades con una manipulación gradual y efectiva, para que el sujeto tenga un punto de vista más realista de su enfermedad y su problema.

No hay que olvidar que la situación es generalmente irreversible, cuando las formas destructivas de manejar la Diabetes se han convertido en patrones de conducta. Por lo tanto, es muy conveniente la entrevista psiquiátrica al iniciarse la enfermedad y periódicamente después.

HINKLE y WOLF, han contribuido en forma notable al estudio de las relaciones entre aspectos fisiológicos y psicológicos en la Diabetes y con sus estudios y experiencias han venido a dar luz a la correlación entre ambas.

Sostienen que aún cuando existía ya desde hace tiempo un acuerdo entre los investigadores de que las fluctuaciones en el metabolismo que se presenta en el diabético en ausencia de infecciones o enfermedades intercurrentes y a pesar de tenerse un régimen adecuado, son producto de conflictos emocionales; acidosis y coma sólo se habían atribuido al abandono voluntario del régimen prescrito por lo que ellos han comprobado que el "stress" prolongado tiene efectos sobre el metabolismo de glucosa o cetonas.

Parten de la base de que el paciente es en ocasiones incapaz de seguir un régimen de tratamiento y esta falta de control se puede deber a "stress" o bien, que aunque la persona se adhiera estrictamente a su tratamiento hay alteraciones en su metabolismo como parte de su adaptación al ambiente.

El médico no debe perder de vista que durante el "stress" hay mayor utilización de carbohidratos y aumentan los requerimientos de insulina.

Estos autores hicieron experimentos con sesenta y cuatro diabéticos de diversas edades y diversos grados de gravedad de la enfermedad. Los pacientes discutieron sus vidas con el médico y éste se hizo confidente familiar. Más tarde se sometió a estos pacientes a entrevistas que plantearon situaciones de "stress", con los datos proporcionados por los mismos enfermos,

Diuresis y cetonemia aparecieron en los pacientes en estas entrevistas pero las emociones no fueron la causa de los cambios metabólicos sino que los dos tipos de cambios: emocional y metabólicos ocurrieron al mismo tiempo, como una parte de las reacciones del sujeto a esta situación.

Observaron con frecuencia en los diabéticos, patrones de comportamiento similares y concluyeron que no pueden explicarse sólo por el azar. Uno de estos patrones era que los diabéticos compensaban la tristeza y la tensión comiendo mucho, y que naturalmente, en estos estados encontraban la dieta intolerable. Por este mecanismo, algunos de los diabéticos adolescentes después de tener disgustos con sus padres, comían en exceso y en estos casos se presentaban comas o cetosis.

Por otra parte Hinkle y Wolf investigaron a tres pacientes con "diabetes lábil" y a tres con "diabetes estable", estudiando la historia de sus vidas y relacionando las experiencias significativas con la aparición y curso de la enfermedad. Concluyeron en relación a los tres pacientes con diabetes lábil.

1o. La aparición de los síntomas de Diabetes ocurrió en un ambiente de stress significativo.

2o. Exhacerbaciones de Diabetes asociadas con Cetosis y coma, se presentaron en asociación con situaciones de "stress" agudo, y en cambio requerimientos bajos de insulina y baja glucosa acaecieron durante épocas de seguridad.

3o. La sobrealimentación fue parte de la respuesta característica de estos pacientes a -- stress severo".

En cuanto a los tres pacientes con Diabetes estable, las conclusiones fueron las siguientes:

1o. La sobrealimentación fué parte de la respuesta característica de los pacientes de --- "stress".

2o. La aparición de los síntomas de Diabetes en estas personas ocurría en un ambiente - de "stress" severo.

3o. Las exhacerbaciones de la diabetes se presentaron en asociación con situaciones de - "stress" aún si cambios significativos en requerimientos de insulina, dieta o actividad en ausencia de infección o trauma. Hubo remisiones asociadas con requerimientos bajos de - insulina que acaecieron durante períodos de seguridad relativa."

Al terminar estos estudios los autores concluyeron que no se revelaban diferencias cualitativas entre diabéticos lábiles y estables; pero sí diferencias cuantitativas notables. Aunque había en ambos grupos el mismo tipo de problemas psicológicos, la diferencia de tolerancia a estos problemas y su reacción a situaciones de "stress", dependía de las distintas edades de los enfermos.

Por último, como conclusión a sus trabajos, Hinkle y Wolf propusieron la teoría - de que "la diabetes es un trastorno de adaptación en el cual el enfermo responde a di--ferentes tensiones o stress con un patrón que sería adecuado sólo a la inanición o por - lo menos a la privación de carbohidratos, pero inefectiva para las tensiones a las cuales se les ha expuesto. Probablemente esto se deba a la relación condicionada entre la ad--quisición de alimentos y de afectos, seguridad física y emocional que se establece en la primera infancia".

Hemos dejado para resumir al final de este capítulo, el trabajo que sobre "aspectos psicológicos de la Diabetes Mellitus", hizo el Dr. Agustín Palacios y el único que hemos encontrado que se haya publicado en México sobre este tema. Este trabajo que tiene un enfoque psicodinámico, se llevó a cabo en el hospital de Enfermedades de la Nutrición.

En este estudio el Dr. Palacios indica que en pacientes con Diabetes Juvenil, cutro datos parecen destacarse:

1o. Doce de los enfermos procedían de hogares desorganizados por muerte o abandono -- temprano de uno o los dos progenitores.

2o. En todos los casos en que fué posible obtener un bosquejo psicológico directo o indirecto de la madre, resaltaron las indicaciones de psicopatología, predominando los síntomas depresivos, la angustia, la tendencia franca a la sobreprotección, al rechazo maniifiesto y al establecimiento de relaciones simbióticas. Los padres fueron agresivos o poco participantes.

3o. El grupo fué heterogéneo en cuanto al diagnóstico psiquiátrico fenomenológico, pero en casi todos los casos pudo precisarse la existencia de fenómeno depresivos, mucho más aparentes en los enfermos con evolución accidentada.

4o. Cuando se recogieron datos fidedignos de la historia temprana, se encontró que el -

período de lactancia había sido breve o conflictivo y el adiestramiento esfinteriano prematuro y rígido. En los demás casos pudo inferirse la existencia de graves conflictos en las primeras etapas de la vida (por orfandad, privaciones, agresividad, etc.) que permiten suponer un precario desarrollo funcional del yo, hecho que se confirma al observar la gran labilidad de estos pacientes en presencia de situaciones de emergencia y en el mantenimiento de una relación objetal binaria pre-edípica"

En treinta y dos enfermos, el Dr. Palacios obtuvo el dato de un factor emocional traumático antecediendo a la iniciación del cuadro sintomático, en los seis restantes, por razones diversas, no pudo precisarse la presencia o falta de tal factor. Las características de este trauma eran comunes y pueden agruparse en:

- "1) Pérdida real o simbólica de una relación objetal trascendente que precede una reacción de duelo patológica durante el cual aparecen los síntomas.
- 2) Activación de un intenso impulso agresivo que no halla expresión aloplástica y que tiende a dirigirse contra el propio sujeto.
- 3) Más raramente, el encuentro con una situación imprevista amenazante para la integridad física o psicológica.

El trauma psicológico provoca súbita regresión a un nivel oral que se expresa claramente en niveles somáticos, y ya una vez establecido el cuadro patológico, toda situación amenazante, en particular, las que perturban las precarias relaciones objetales del paciente, desencadenan el ciclo fisiopatológico. Parecería que el sujeto que nunca evolucionó realmente más allá del estado pobremente diferenciado de la simbiosis emocional, al encontrar situaciones que su precaria organización psicológica no le permite manejar adecuadamente, se refugiará y buscará gratificación regresiva en una relación claramente oral. El enfermo dramatiza autoplásticamente el diálogo nutricio, siendo a la vez pecho y boca, sujeto y objeto".

Dice asimismo el Dr. Palacios que su experiencia le permite afirmar de manera categórica que "existen importantes factores psicológicos en la constelación etiológica de la diabetes. Desde el principio se podía apreciar la presencia de importantes elementos depresivos como: introversión de la agresión, superyo poco diferenciado y punitivo, relación simbiótica y ambivalente, etc., pero a diferencia de lo que ocurre en el enfermo deprimido propiamente dicho, el conflicto en el diabético se expresa fundamentalmente en niveles somáticos y el grado de advertencia consciente es menor". Así pues -- "la Diabetes Mellitus desde el punto de vista psicopatológico, es una melancolía expresada primordialmente en nivel somático".

"El diabético utiliza la autoagresión secundariamente para establecer relaciones con su ambiente y como una técnica de sometimiento destinada a obtener satisfacción de sus desorbitadas necesidades de dependencia. Por otra parte no hay duda que la diabetes por sus características de enfermedad crónica, progresiva, invalidante, incurable y que limita algunas satisfacciones normales, incrementa los conflictos emocionales preexistentes".

Concluye el autor que: "A mayor número de frustraciones y psicopatología de la madre, a mayor distancia afectiva del padre y a mayor pobreza integradora del yo en el enfermo; más precoz es la iniciación del mal y más accidentado su curso."

De los artículos que hasta aquí hemos revisado, se puede concluir que no hay un criterio unánime entre los investigadores, respecto si existe o no una psicología especial del diabético juvenil.

La investigación personal basada en el estudio de niños mexicanos diabéticos, - que presentaremos en este trabajo, nos permitirá, posteriormente, llegar a algunas conclusiones relacionadas con estos artículos.

CAPITULO III

MATERIAL Y METODOS EMPLEADOS.

A) MATERIAL.

Realizamos la investigación de este trabajo de aspectos psicológicos en la Diabetes juvenil tomando como sujetos a pacientes de la consulta del servicio de Endocrinología - del Hospital Infantil de México.

Estos casos los tomamos al azar y aún cuando fueron veinte, sólo incluimos diez - por estar completos, tanto en sus datos de historia clínica como de estudio psicológico. Los diez restantes sólo tienen una parte del material, ya que por deserción de la madre o del paciente no se logró el número de entrevista requerido para historia familiar, o para pruebas. - En general, podemos decir que no obtuvimos toda la colaboración e interés necesario de parte de los padres para la realización de este estudio, a pesar de que, en apariencia, se mostraron interesados.

Estos diez pacientes, sólo tienen como dato común el de ser diabéticos, con diagnóstico de Diabetes Labil (Diabetes Juvenil), corroborado con los procedimientos habituales empleados para llegar a él, en el servicio de Endocrinología.

El tiempo de presentación y evolución del padecimiento fué variable en cada caso pero mayor de 3 meses y menor de diez años.

De estos sujetos siete fueron del sexo masculino y tres del sexo femenino. Las edades fluctuaron entre los cuatro años seis meses a los catorce años ocho meses. Ocho de ellos procedían de "clase media" y los dos restantes de "clase baja", siendo estos los status socio-económicos predominantes que asisten a la consulta del hospital.

B) METODO.

Los casos fueron estudiados en forma conjunta por un "psiquiatra infantil", que obtuvo la historia clínica, mediante entrevistas con los padres y los pacientes; y por la psicóloga, quien estudio exclusivamente a los enfermos por medio de pruebas y con una entrevista - previa a la aplicación de las mismas, con el fin de obtener datos generales y especialmente

de establecer "rapport", para un mejor rendimiento e interés de parte de los niños.

No hubo comunicación de los datos logrados por el psiquiatra y la psicóloga antes de la interpretación del estudio psicológico, para darle mayor validez a esta experiencia. Se hicieron "a ciegas", con el fin de que no existiera ningún prejuicio en la elaboración del diagnóstico psicológico.

Dado que la mayoría de los pacientes eran púberes o pre-púberes (con una edad -- por encima de los diez años) se seleccionó la batería de pruebas compuesta de :

- a) Dibujo de la Figura humana. para conocer el concepto del propio cuerpo y la preocupación en relación a la integridad corporal ya que la Diabetes es un padecimiento somático que impone serias limitaciones en ese sentido.
- b) Bender. Para conocer nivel de maduración viso-motora, y descartar daño orgánico cerebral.
- c) Wechsler en su forma para niños (WISC) Aunque en el caso de la paciente de cuatro -- años ocho meses, se le aplico la prueba de Terman-Merrill dada su corta edad. Para la -- obtención de un cociente intelectual.
- d) Symonds Serie A o el "Test de apercepción temática infantil" (CAT en los pacientes menores de 10 años).
- e) Psicodiagnóstico de Rorschach. Ambas, (Symonds, Rorschach) como técnicas proyectivas de la personalidad.

Todas las pruebas fueron aplicadas en forma individual: en primer término las pruebas psicométricas y posteriormente las proyectivas, cuando existía ya una mejor relación pacientes-psicóloga.

Las hicimos en los consultorios del departamento de Higiene Mental del "Hospital Infantil", cubriendo los requisitos de aislamiento y silencio que se recomienda para la realización de estas pruebas.

Los diez casos incluidos en este estudio cooperaron en forma satisfactoria.

Una vez obtenido el material de la entrevista y de las pruebas, procedimos a la clasificación e interpretación de las mismas siguiendo las normas que indican los autores para la evaluación de las respuestas en cada uno de ellos.

En la prueba de Wechsler usamos el baremo norteamericano, por no estar estanda-

rizada en México,

Respecto a la prueba de Rorschach se calificó siguiendo la técnica de Klopfer.

Tratamos de hacer una interpretación general de las pruebas de un sentido psico-dinámico para una evaluación y comprensión profunda de la personalidad y psicopatología de los pacientes.

CAPITULO IV

CASUISTICA.

En este Capítulo expondremos en forma detallada cada uno de los estudios que -- constituyen la casuística, presentándolos en el orden cronológico en que fueron estudiados. En primer término incluimos un resumen de la historia clínica psiquiátrica, que como hemos ya señalado, fué hecha por un "psiquiatra infantil," y posteriormente el reporte de la entrevista psicológica y cada una de las pruebas que constituyen el estudio psicológico.

CASO No. 1. -

Resumen de Historia Clínica.

Sexo: Masculino

Edad: 14 a 6 m.

a) Iniciación del padecimiento:

Se inició la diabetes a los 9 años de edad. Tres meses antes de la aparición de la enfermedad, el niño arrojó una piedra que rompió el vidrio de un autobús; el chofer lo -- apresó y cargándole intentó llevarle a la delegación de policía. Aunque esto no fué lle-- vado a cabo así, el paciente sufrió un temor muy intenso que persistió hasta varias horas después del accidente. Desde esa noche presento enuresis, la cual persistió por varias se-- manas. También a partir de ese día dejó de salir a la calle por una actitud francamente -- fóbica.

b) Padecimiento actual:

En relación a su padecimiento diabético el niño no observa frecuentemente su die-- ta, come mucho entre comidas. Llora cuando existe elevación de la glicemia o glicosu-- ría. En la actualidad necesita de 70 unidades de insulina diariamente (dicho requerimien-- to ha aumentado desde 30 unidades). Con cierta frecuencia engaña acerca de la medición de la glicosuria (le agrega agua a la orina). Es inyectado siempre por la madre, y aunque casi siempre se niega a dejarse inyectar y se enoja, las acepta. Nunca ha intentado inyec-- tarse él mismo por temor.

En Julio de 1963, fué internado por un estado precomatoso.

En lo concerniente a actitudes emocionales, el paciente es crónicamente irritable retraído (no tiene amigos), y se deprime intensamente cuando se le llama la atención sobre la dieta, análisis, etc. El niño es en general obediente y no abiertamente agresivo. Es más apegado al padre, aunque con la madre es más quejumbroso. En general participa poco con sus hermanos, excepto con los más pequeños, con quienes se relaciona mejor. Es poco comunicativo. Nunca habla abiertamente sobre la muerte, sin embargo se angustió y deprimió intensamente cuando en el hospital el vecino de cama murió. No habla de temores hacia el futuro. Hasta la fecha actual no ha manifestado abiertamente intereses de relación con muchachas. La madre del paciente considera al padecimiento del niño como el máximo problema de la familia. Ella piensa en el futuro de su hijo, en vista de que su esposo ya es grande y teme no se le puede ayudar al niño en un futuro cercano. Ultimamente como consecuencia de una proposición de su médico el niño ha empezado ayudar al padre en sus negocios.

c) Historia Familiar. -

No existen antecedentes familiares diabéticos en ninguna de las dos familias.

La familia está constituida por el padre de 63 años de edad, comerciante; por la madre de 43 años, costurera y encargada del hogar. La madre ha tenido 11 embarazos de los cuales 3 de los productos han muerto (uno prematuro, otro por proceso infeccioso a los 8 meses de edad, y un tercero a los 8 días de nacido al parecer por prematuro). De los que viven, el mayor tiene 20 años de edad y trabaja como grabador en un taller, el segundo tiene 17 años de edad es ayudante de pintor, el tercero de 16 años trabaja en un almacén, el cuarto es el paciente, la quinta de 12 años asistente al cuarto año de primaria, la sexta de 10 años de edad cursa el 3er. año, el séptimo tiene 3 años de edad y el octavo tiene una año y medio. Vive además en el hogar la tercera hija del primer matrimonio del padre.

d) Historia Personal. -

El embarazo y parto del cual proviene el paciente fueron normales. Se le amamantó al pecho durante los primeros 7 meses. El destete fué gradual. Durante su primer año de la vida era un niño tranquilo, no enfermizo y raramente presentaba llanto o angustia, según reporta la madre.

Padeció las enfermedades propias de la infancia. Caminó por primera vez alrededor de los 14 meses, el desarrollo del lenguaje fué aparentemente normal. El control de los esfínteres se realizó totalmente a los dos años y medio. La educación al respecto fué benigna al parecer. Cuando nació la hermana que le sigue en edad la madre no reporta datos importantes de rivalidad. Alrededor de su tercer año se volvió sumamente travieso e inquieto, coincidiendo con el que la madre empezó a trabajar fuera del hogar, quedando a cargo de las medias hermanas que al parecer le maltrataban. El paciente nunca fué miedoso y aparentemente rara vez presentó temores nocturnos. Ingresó a la escuela primaria a los 7 años de edad; fué buen estudiante hasta el quinto año de la misma, cuando tuvo que salirse por presentar en ese entonces tres comas diabéticos. El año siguiente presentó en dos ocasiones estados de coma diabéticos.

Estudio Psicológico.

a) Entrevista con el paciente.

Este caso trata de un paciente cuyo desarrollo somático no corresponde a su edad cronológica, parece mucho más pequeño, es delgado. Pertenece a una clase económica-social baja, pero se encuentra limpio y arreglado.

Desde el punto de vista afectivo su actitud es de distanciamiento, no se relaciona con facilidad y se muestra indiferente. Contesta en forma concreta a las preguntas

que se le hacen, o bien permanece en silencio ante algunas de ellas, desafiante o en estado de resistencia pasivo-agresiva.

Todo lo que pudimos obtener respecto a su familia y lo referente a su enfermedad nos lo proporciona como respuesta a preguntas directas, sin mostrar ninguna espontaneidad.

Señala que no ha ido a la escuela en los últimos 3 años, y que sólo cursó el 5o. año escolar habiendo sido un buen estudiante, abandonó los estudios debido a su enfermedad. Actualmente pasa el día en casa ayudando a su madre en los quehaceres del hogar, tales como lavar trastes, barrer y limpiar. Su padre trabaja vendiendo ropa en los mercados, y el paciente dice que no lo puede ayudar, disculpándose con su corta edad, sólo le lleva la comida.

Dice que desde hace 5 años enfermó de Diabetes, que ha sido internado en el hospital aproximadamente unas 6 veces. Recuerda que antes de la presentación de la enfermedad tuvo dos "sustos" fuertes:

1o. Al estar jugando accidentalmente aventó una piedra que rompió un vidrio de un camión; el chofer lo amenazó con llevarlo a la cárcel, y él se asustó mucho.

2o. Lo pica un azotador lo cual le produjo también gran temor. Estos dos incidentes acontecieron uno o dos meses antes de la presentación de la enfermedad actual.

Dice seguir una dieta libre que excluye sólo los dulces y la carne de puerco; cuando lo desea come dulces y cuando la dieta le parece insuficiente toma lo que le place.

Indica sentirse triste por ser diabético. Actualmente se inyecta 60 unidades de insulina siendo la madre quien lo inyecta todos los días a las 8 de la mañana. Ella también hace los análisis de orina, aunque también él sabe hacerlos.

A la pregunta de los tres deseos responde "Desearía no estar enfermo", pero no agrega nada más.

b) Los resultados de las pruebas son los siguientes:

Machover

Siguiendo las indicaciones el paciente dibuja una figura masculina y una femenina, ambas son de gran tamaño practicamente de toda la hoja. La figura masculina parece más joven que la femenina.

La figura masculina presenta énfasis en los ojos como una actitud vigilante hacia su ambiente, pero además hace hincapié en las pestañas, como una preocupación narcisitas. La boca es grande, con una actitud receptiva y dependiente. Con los hombros fuertes, como una forma de compensar aspectos de minusvalía corporal. No elabora los vestidos.

Aunque el dibujo del varón es fuerte en su aspecto externo, parece vacío interiormente.

La figura femenina presenta practicamente la misma estructura: grande en lo exterior, pero pobre y vacía internamente, es posible que este sea su concepto de la figura materna (1er. concepto de lo femenino) que muy poco le puede brindar en sentido afectivo.

Wechsler

C.I.V. = 92 promedio

C.I.E. = 100 promedio

C.I.G. = 94 promedio

Hay cierta discrepancia en el rendimiento de ambas escalas, siendo ligeramente inferior el rendimiento de la escala verbal, porque el paciente muestra bloqueo en situaciones que requieren comunicación verbal. Su información es pobre, porque ha sido poco estimulado en los aspectos culturales. La comprensión es adecuada para su edad, -

lo cual nos indica que puede emplear satisfactoriamente su capacidad de juicio y su experiencia. Hacemos notar que en Dígitos pudo funcionar mejor, cuando tenía que repetirlos en orden inverso esto nos muestra su actitud oposicionista y de negativismo. Se maneja en un nivel abstracto en la formación de conceptos.

En ejecución vemos que puede rendir bien porque no tiene que responder a estímulos verbales, tiene una adecuada capacidad visomotora y buena capacidad de análisis y síntesis.

Bender

El paciente es zurdo, realiza las figuras de derecha a izquierda de la hoja, - con extremo cuidado, borrando varias veces y siguiendo un orden en la colocación. Sin embargo sus rasgos no son muy precisos, muestra cierta dificultad en la realización de ángulos y su coordinación viso-motora, no tiene toda la precisión que se requiere ya en su nivel de maduración. Hay inseguridad en sus trazos, ansiedad, manifestada por tendencia a la rotación en la figura 2.

Hay cierta distorsión en cuanto al tamaño de las figuras, porque son de menor tamaño al modelo, denotando una actitud de constricción de no expresarse tal cual es.

Symonds

A las láminas del Symonds prestó escaso interés como si para él fuera difícil - rendir en situaciones poco estructuradas en las que tiene que proyectar sus conflictos, - o en donde debe mostrar su personalidad o su intimidad.

Parece bloqueado, reprime y niega. Las pequeñas historias que elabora están dichas en tono triste, con un tinte depresivo.

Describían una vida estereotipada y sin interés, en donde no existe una verdadera comunicación sino en niveles muy superficiales. El padre parece una persona leja-

na que no satisface afectivamente y la madre aparece como agresiva-pasiva. El intento en ocasiones ir logrando cierta independencia de estas figuras que son vigilantes y punitivas, pero sus intentos fallan, porque se coloca de manera tal y en situaciones tales que es frustrado.

Se siente impotente para enfrentarse a las responsabilidades aunque intenta ser productivo.

Ha sido privado en forma importante en todos los niveles; aún su propia identificación masculina es pobre, no se acepta a si mismo, ni acepta a otros seres humanos. Mantiene una actitud alejada. Se percibe aislado, vacío, incapaz de establecer relaciones significativas. La imagen de si mismo es tal punto devaluada que tiene que auto destruirse.

Rorschach

El paciente en esta prueba mostró una actitud de rechazo a las láminas. Permaneció con cada una de ellas tres minutos, pero parecía estar lejos del estímulo que se le presentaba, esto es bloqueado.

Sólo dió una respuesta en la lámina V, la más obvia y estructurada, diciendo: "Es un Murciélago" y en la encuesta agregó que "está volando". Puede aceptar lo obvio y popular, cuando esto no es peligroso, pero no se compromete cuando la situación es poco estructurada, posiblemente por mecanismos de represión. En realidad el paciente no puede manejar ni estímulos provenientes del ambiente, ni estímulos internos; porque el yo está muy debilmente organizado.

En la prueba de Límites el paciente puede dar la respuesta popular de "osos" - en la lámina VIII, pero no puede aceptar la respuesta de piel en la lámina VI, con lo que advertimos su incapacidad de aceptar sus necesidades de contacto. Puede ver las -

personas de lámina III y dice que "están agarrando lo de abajo del dibujo", pero seña la no saber que pueda ser esto, lo cual indica que la comunicación interpersonal es tan pobre, que prácticamente no se establece. Además al preguntársele dice que son dos figuras masculinas porque "no tienen mucho pelo" en esto vemos que hay problemas de identificación; no sabe quien es él mismo, sólo sabe que es "menos", que tiene escaso valor. La imagen de si mismo es notoriamente devaluada, de allí su Depresión y Auto-destrucción.

c) Impresión del Caso

Como hemos podido darnos cuenta a lo largo del estudio psicológico practicado al paciente, se trata de un adolescente con rendimiento intelectual dentro del promedio, que quizá pudiera rendir más si se le estimulara en este sentido, y cesara su actitud de bloqueo en todos los niveles.

Su conducta es francamente aislada sin responder afectivamente a estímulos externos. Su estructuración de personalidad es muy pobre. Existen importantes elementos depresivos.

CASO No. 2

Resumen de historia clínica

Edad: 10 años 3 meses.

Sexo: Femenino.

a) Padecimiento actual:

Quando tenía 6 años de edad se inició su padecimiento diabético subitamente. Las primeras manifestaciones fueron anorexia, polidepsia, adelgazamiento y estado de coma.

Previamente a la aparición del padecimiento parece ser que hubo un estado -

emocional de pánico, en relación a un animal, sin embargo los datos obtenidos al respecto son deficientes, pues el informante, el padre de la niña, no está al tanto de detalles de índole emocional.

Desde el principio de su enfermedad, el aspecto de manejo de la misma que ha sido más difícil, es la dieta, aunque cooperadora en general, la niña frecuentemente descuida su dieta. Cuando se le llama la atención al respecto, generalmente se pone seria y callada; en ocasiones se deprime.

En forma irregularmente cónica, presenta cambios notables de tipo emocional, alternan los períodos depresivos, con llanto e irritabilidad con los de tipo hipomaniaco, en que existe hiperactividad, tendencia a la discusión y al pleito, y sobre todo a la desobediencia y hacer travesuras.

Frecuentemente cuando se encuentra en éstas últimas fases, aumenta la tendencia a infringir la dieta y por lo tanto se eleva la glicemia. En ocasiones aumenta en intensidad la sintomatología en relación a fases depresivas.

El tema de la muerte no lo toca excepto cuando la regañan, en cuyo caso lo emplea en forma culpígena y manipulatoria; dice: "y si me muero, que?, es cosa mía, no?".

El empleo de insulina no es habitualmente motivo de dificultades, es dócil para dejar que la inyecten. Su madrastra es la que generalmente la inyecta; en ocasiones ella misma, pero con signos de angustia. Se responsabiliza de sus citas en el Hospital, pide que la lleven a ver a su endocrinólogo. Según la información obtenida, la paciente tiene interés de la vida, lleva clases de baile por motivación propia, en la escuela desempeña bien su papel de estudiante. Sin embargo, en ocasiones se inhibe ante las maestras, se angustia y presenta cefaleas transitorias pero intensas. Tiende a ser obsesiva para con el cumplimiento de sus deberes. Ocasionalmente presenta conducta y ter-

quedad, criticando a todos sus parientes adultos. Es a su padre a quien le muestra más temor y respeto de todos sus familiares.

Cuando se encuentra deprimida desearía poder cambiar de padecimientos con su hermano menor, quien es hemofílico.

b) Historia familiar.

La madre de la paciente murió 20 días antes de la elaboración de esta historia clínica, empero; como la niña no tenía relación con ella desde los 2 años de edad, aparentemente no fué motivo de duelo para ella.

Los padres se divorciaron en ese entonces; de la madre poca información se pudo obtener, vivía en E.E.U.U. y al parecer sufría de una psiconeurosis importante. El padre, empleado federal es una persona que proporciona poca información sobre sí mismo. Ha estado casado 2 o 3 veces y tiene hijos de por lo menos 4 diferentes mujeres de las cuales se responsabiliza económicamente.

De su primer matrimonio tiene una hija de 13 años 6 meses.

Del segundo tiene a la paciente y a un niño de 9 años que padece de hemofilia. Del tercero tiene 4 varones de 10 años, 4 años 3a. y 2a. respectivamente. Sigue casado con la madre de estos hijos, y la paciente les trata con frecuencia.

Finalmente tiene otro hijo varón de otra mujer y quien presenta retardado en el lenguaje.

El padre es hijo único y vive parte con su esposa presente, y parte con su madre. Con su madre viven la paciente y su hermano.

c) Historia personal.

Desafortunadamente no se pudieron obtener datos precisos sobre los primeros estadios de desarrollo ya que el informante los desconoce.

Al parecer el embarazo y partos fueron normales. Cuando la niña tenía 3 meses de edad fué dejada a cargo de una sirvienta durante un mes. Aparentemente no mostró signos de angustia o depresión durante ese lapso de tiempo. Más ó menos en ese tiempo la madre empezó a trabajar y la paciente quedó a cargo de su abuela paterna.

Durante esos primeros meses de edad la paciente estuvo enferma a grado tal que fué necesario aplicarle una transfusión sanguínea, empero no se conoce la índole ó características de la misma.

El desarrollo psicomotor fué normal.

Estudió Psicológico.

a) Entrevista con el paciente.

Ahora se trata este caso de una niña tímida de clase media. En un principio se muestra ansiosa y sólo a través de varias entrevistas van mejorando sus relaciones con la psicóloga. Sin embargo no proporciona ningún dato en el que pueda comprometerse emocionalmente y sólo contesta superficialmente a las preguntas que se le hace.

Dice que ella es la mayor de 3 hermanos, le siguen un varón de 9 años quien también asiste a la consulta del hospital por ser hemofílico, y después una niña de 6 meses. En la casa vive también la abuela paterna.

La niña indica que desde hace 3 años es diabética y recuerda que la iniciación de su enfermedad coincidió con un susto: Relata que ella y su hermanito habían salido a jugar en la noche al corredor, fuera de la casa, y que unos muchachos soltaron un perro que al ladrar la asustó mucho. Después de este incidente se presentó la sintomatología.

Tanto su papá como su mamá (en realidad se trata de la madrastra de ella según dato de la historia, que la paciente no aclara) al decir de la paciente prefieren y consienten al varón que le sigue en edad. La abuelita en cambio no muestra preferencia es

"regañona" y "enojona".

En cuanto a su enfermedad, dice que le es difícil seguir la dieta porque le gusta mucho los dulces y por ello con frecuencia la rompe. En cuanto a los análisis los hacen ella o su madre; la insulina también indistintamente se le aplica la madre o la paciente misma. Dice que piensa que ha cambiado en su manera de ser desde la aparición de la Diabetes porque ahora se enoja más y con mayor frecuencia.

Le gusta la escuela y obtiene buenas calificaciones, ha repetido un año como consecuencia de su enfermedad. Cuando sea mayor le agradaría ser doctora porque "he leído libros de doctores y me gustan", pero no precisa más.

Cuando se le pregunta a cual de sus hermanos prefiere, contesta que al que le sigue pero también nombra a otro, y hasta entonces platica que tiene otros 4 hermanos que no sabe porque lo son, salvo por que así se lo ha dicho su papá. Ellos no viven en su casa, pero los frecuenta.

A la pregunta de los 3 deseos contesta:

- 1o.- Desearía aliviarme
- 2o.- Que me dejaran salir a jugar.
- 3o.- Comer todo lo que quisiera.

La cooperación de nuestra paciente a la realización de las pruebas, es buena, parece que en momentos intenta un mayor acercamiento emocional, y en otros momentos su actitud es de distancia, especialmente de todo lo relacionado a sus problemas familiares.

b) El resultado que obtuvimos en el estudio es el siguiente:

Bender

La percepción de la gestalt de las figuras es más ó menos adecuado, de acuerdo

al nivel de maduración correspondiente a la edad de la paciente. Hay cierta dificultad para manejar líneas rectas y ángulos de las figuras 7 y 8.

En general los trazos son ansiosos y aunque intenta seguir un orden en la colocación de los dibujos, este orden se rompe en las figuras 7 y 8.

Parecen interferir conflictos emocionales que mantienen ansiosa a la paciente.

Figura Humana

Hace en primer término una figura femenina de tamaño grande, colocada al centro de la hoja. La estructura de esta figura es pobre. Un cuello grueso y grande enfatiza la separación entre cabeza (aspectos intelectuales) y tronco (aspectos afectivos). - Los miembros superiores e inferiores cortos y delgados, indican una pobre relación con el medio ambiente. El tronco es un cuadro vacío que nos indica carencia y vacío internos.

La imagen masculina, presenta prácticamente las mismas características que la femenina, sin embargo en ella se han incluido como elemento, una hilera de botones en la parte central del tronco. Los trazos presentan también marcada inseguridad. Da la impresión de que hay mayor dependencia hacia esta figura, que puede proporcionar algo más que la femenina.

Wechsler

C.I.V. = 91 Promedio

C.I.E. = 94 Promedio

C.I.G. = 92 Promedio

No hay discrepancia en el rendimiento de aspectos verbales y de ejecución; - ambos están dentro del nivel promedio.

En la escala verbal, descienden aritmética y Dígitos, lo que hace pensar en -

factores de ansiedad, por ser estos subtests vulnerables a ella. En similitudes vemos también ligero descenso porque la chica sólo funciona en un nivel concreto en cuanto a formación de conceptos. El vocabulario está dentro de lo que se espera en su edad.

Los subtest de ejecución, se conservan próximos a lo medio, desciende ligeramente en Cubos, porque se muestra ansiosa, y le es difícil la integración de totalidades.

Symonds

Podemos ver, aunque un poco fantaseado, por el tipo de estímulo sin estructura que implica esta prueba, que la paciente a través de sus historias habla de su situación familiar conflictiva, del ambiente inadecuado en el que vive y la ansiedad que le causa sentirse impotente para resolverla. Por ello ha procurado retraerse de estas situaciones, aislandolas de afecto y manejándolos intelectualmente. Esta defensa ha sido - efectiva.

La paciente se preocupa por los aspectos exteriores como una manifestación de su enorme necesidad de ser aceptada y querida. Ella se siente sólo y rechazada, con manifiesta rivalidad hacia los hermanos, con los que ha tenido que competir mucho, para obtener algo del afecto que posee del padre. El centro del hogar es la figura paterna, - hacia él hay marcada ambivalencia: agresión por haberla privado de la figura materna - y necesidad de acercarse afectivamente a él, ya que es lo único que tiene, y le brinda seguridad.

La figura femenina es vivida como mala: abandona y rechaza. Su identificación femenina es pobre.

Manifiesta preocupaciones por el futuro en relación al matrimonio, por el temor de ser rechazada de nuevo. Teme a la muerte como una amenaza real, siente que - en cualquier momento puede morir.

Rorschach

Nuestra paciente posee una capacidad intelectual Promedio, sus intereses son los comunes a una niña de su edad. Puede tener una buena adaptación, aunque sin espontaneidad y en forma evasiva, sin compromiso emocional.

Posee una buena estructura yoica, y sus mecanismos defensivos son esencialmente de tipo intelectual. El afecto lo aísla, porque es incapaz de manejarlo, y su actitud aunque presenta un frente adecuado es aplanada, y suprimiendo espontaneidad. Cuando la situación la enfrenta con aspectos afectivos, le fallan las defensas (shock al color, mala producción en cuanto a nivel formal: F- en láminas de color), por ello es indispensable para su buen equilibrio psíquico el manejarse sin afecto.

Los impulsos están reprimidos; particularmente la agresividad, aunque expresa en este aspecto fantasías inconscientes.

Busca aprobación, y trata de ser aceptada aunque para ello tenga que depender.

Tiende a ser una niña realista, mostrándose objetiva. Conoce a la figura masculina como fuerte y agresiva, y así lo acepta, porque le brinda seguridad.

Hay más conflicto en la relación con la imagen femenina, ya que de ella no posee un concepto claro y así su identificación femenina es pobre.

Más profundamente, la paciente se siente vacía, y frustrada, hay importantes elementos de tipo depresivo.

c) Impresión Diagnóstica.

Paciente diabética con rendimiento intelectual Promedio. Intellectualiza y aísla sus situaciones de conflicto familiar. Posee una buena integración de personalidad. Existen importantes elementos Depresivos.

CASO No. 3Resumen de Historia Clínica.

E.C.: 11 años 9 meses.

Sexo: Masculino.

a) Iniciación de Padecimiento:

Este paciente inició su padecimiento diabético hace 4 meses, por lo que aún tanto él como la familia están pasando por el proceso agudo de adaptación a una enfermedad incurable. Presentó un estado comatoso, fué internado en el Hospital Infantil, y fué esta la primera noticia que tuvieron los familiares en relación a que el niño era diabético. Un mes antes de este internamiento de emergencia, durante unas vacaciones - que pasaba en Guanajuato, con los abuelos, vió llegar a la casa al padre, que estando tomado había sido asaltado y golpeado en el camino, refiere que al verlo, le "latió fuerte el corazón" y se asustó

b) Padecimiento Actual.

Como antecedentes de Diabetes está el de la abuela paterna, que presenta esta enfermedad desde hace 7 años.

Con la aparición de la Diabetes el niño se ha deprimido mucho tiene miedo de morir. Los padres también expresan temores vagos de que algo le suceda, que pueda morir pronto y repentinamente.

Respecto a la descripción de su carácter la madre lo presenta como un niño -- "enojón" "bilioso", si no se le atiende pronto, que pelea con el hermano que le sigue en edad, que es muy fuerte y lo molesta produciéndole gran disgusto.

Antes de la enfermedad lo regañaba y golpeaba con frecuencia por su mal carácter.

Es inyectado siempre por la madre, (10 unidades de insulina, en las últimas semanas). Presenta problema para seguir su dieta, a pesar de que es una dieta libre.

c) Historia Familiar.

La familia está constituida por el padre que es peluquero, la madre encargada del hogar, pero que estas últimas semanas ha trabajado como costurera para solucionar en algo la mala situación económica por la que la familia está atravesando, y seis hijos, - de los cuales el paciente es el mayor. El segundo es un varón de 9 años, el tercero otro varón de 7 años, el cuarto un varón de 5 años y medio y dos mujeres de 3 y 2 años respectivamente.

El paciente ha ido a últimas fechas a ayudar al padre en la peluquería ganando algún dinero, que da a la madre.

Ha dejado de llevar su dieta por falta de dinero, en estas últimas semanas.

d) Historia Personal.

La informante, madre del paciente proporciona datos vagos y escasos en relación a embarazo, parto y desarrollo temprano del niño, señalando que como tiene tantos hijos no recuerda con exactitud estos datos. Ella es una mujer nerviosa, irascible que parece ver al mundo como un enemigo al que hay que golpear, antes de ser golpeada, o - destruida.

El paciente tenía un buen rendimiento escolar, cursaba el cuarto año de primaria pero desde la semana anterior ha dejado de ir porque ha disminuido su agudeza visual. Ya con anterioridad había reprobado primer año por flojo y 3o. por cambio de domicilio de la familia del estado de México al Distrito Federal.

El niño, ha pensado que le gustaría estudiar para ser doctor o contador, y hay un tío que está dispuesto a ayudarlo para que esto se realice.

Estudio Psicológico

a) Entrevista con el Paciente:

Este niño pertenece a la clase media baja parece que no está interesado gran cosa en la realización del estudio psicológico, aunque coopera en las pruebas.

Dice que tiene ocho días de no asistir a la escuela porque no ve bien. Es el hijo mayor de una familia de 6 hermanos.

Su padre es peluquero, aunque de momento ha dejado de trabajar porque tiene reumatismo en la mano derecha.

En relación a la aparición de su enfermedad el paciente nos refiere que habiendo salido 15 días de vacaciones a Morelón, Gto. a la casa de la abuela materna en el pasado mes de Enero (hace 3 meses) se presentó inesperadamente su padre que iba a recogerlo y que por haber sido asaltado durante el viaje llegó herido y ensangrentado. El paciente al verlo así se asustó mucho, y ese mismo día empezó a presentar los síntomas de sed exagerada, deseos frecuentes de orinar y cansancio.

Se le trajo a México y algunos días después entró en coma y perdió el conocimiento. De su casa fue llevado al servicio de Emergencia del Hospital Infantil donde se le internó, 20 días, y cuando fue dado de alta inició su control en el servicio de Endocrinología.

Actualmente se inyecta 10 unidades de insulina, se ha sentido mejor, aunque con mareos y pérdida de la agudeza visual.

Como antecedente familiar de Diabetes existe el de la abuela.

Ya se le ha prescrito una dieta en la que prácticamente puede comer todo a excepción de dulces y papas. Le ha sido difícil tener que dejar dulces, pasteles, etc. que siempre le han gustado.

El se hace sólo sus análisis todos los días y en ocasiones se inyecta porque ya sabe como hacerlo.

Piensa que con la aparición de la Diabetes ha habido cambios en su alimentación y juego ya que ahora se cansa facilmente. Por otra parte refiere que se ha vuelto más irritable, de todo se enoja facilmente, pelea mucho con los hermanos. Por esto los padres han decidido que duerma en casa de la abuela paterna (Diabética) porque allí no tiene con quien enojarse. El día lo pasa en el domicilio paterno, incluso ayuda a su madre en las labores del hogar o se va con su papá al trabajo, ya que asiste a la escuela en la tarde.

Dice que él piensa haberse enfermado debido al gran susto que sufrió al ver a su padre ensangrentado.

De grande quisiera estudiar para ser contador privado no sabe explicar en motivo de esta preferencia.

A la pregunta desiderativa contesta querer:

1o.- Aliviarme

2o. Estar bien

3o. Que se aliviara mi papá de su reuma.

b) En las pruebas aplicadas observamos el siguiente resultado:

Bender

El paciente tiene una buena capacidad viso-motora y funciona en el nivel de maduración correspondiente a su edad. Planea la tarea que debe realizar y distribuye adecuadamente el espacio blanco. Algunas de las figuras son menores al modelo y otras son mayores.

Wechsler

C.I.V.	=	84 Normal Bajo
C.I.E.	=	94 Promedio
C.I.G.	=	88 Normal Bajo

Hay discrepancia en el rendimiento de ambas escalas, siendo baja la escala verbal, lo cual afecta el Cociente Intelectual global.

Ha sido un niño muy pobremente estimulado en los aspectos culturales; su ambiente no reclama este tipo de necesidades. El paciente funciona aún a un nivel concreto respecto a la formación de conceptos. Su capacidad de juicio está también por debajo de lo que se espera ya en su edad. En un chico muy limitado en los aspectos abstractos de la inteligencia, que rinde mejor en las situaciones obvias y concretas. Su capacidad viso-motora es más o menos adecuada.

Figura Humana.

Dibuja en primer término una figura masculina que representa a un adolescente, y en la que se han acentuado los aspectos de fuerza y vigor físicos. Existe una preocupación por la integridad corporal y seguridad por lo que representa esta fuerza. La figura es de gran tamaño (prácticamente de toda la hoja). Los aspectos de la cabeza (aspectos intelectuales) están poco elaborados. Da la sensación de que hay en el paciente necesidad de compensar y obtener seguridad en los aspectos corporales (compensación natural a una enfermedad física).

La figura femenina es de menor tamaño pero presenta rasgos de tipo varonil - enfatizándose el ancho de los hombros y la musculatura de los brazos. Con esto vemos que el paciente interpreta a la figura femenina (materna) como fuerte y agresiva, con muy escasas posibilidades de brindar ternura y poca posibilidad de acercarse a ella, en sentido afectivo. Da la sensación de representar autoridad rígida.

Symonds

En el Symonds llama la atención la actitud estereotipada de nuestro paciente, la incapacidad de relatar varias historias, ya que todas ellas son continuación siempre de un mismo tema "El de un muchacho que vive y trabaja en un pueblo distante de aquel en que vive su familia y que mutuamente se visitan hasta que por último el joven decide reincorporarse al hogar".

Esto aparte de demostrar las escasas capacidades intelectuales del paciente, - nos permite reconocer que el campo de sus intereses está limitado exclusivamente al núcleo familiar.

El paciente aparentemente desea liberarse de este ambiente que no es afectuoso sino exigente y rígido pero se siente incapaz de adaptarse fuera de él creando así un círculo vicioso, de dependencia-independencia.

Rorschach

El Rorschach presenta un tipo de respuestas mediocres. El niño puede rendir -- más o menos en situaciones estructuradas con marcos de referencia precisos y cuando actúa en situaciones nuevas su rendimiento desciende o falla.

Es un chico que tiende a "reprimir" pero que en momentos muestra la necesidad imperiosa de actuar sus impulsos porque estos son más fuertes que su control y no tiene la fuerza necesaria para impedirlo. Estos impulsos son particularmente de tipo auto-destructivo y surgen cuando se agudiza la situación depresiva.

El paciente niega sus necesidades de contacto y empatía se retrae del medio ambiente y sobreviene la depresión. En él existe la sensación de impotencia en todos los sentidos y así siente que aunque tratara de luchar nunca podría triunfar y entonces prefiere abandonarse, retraerse, seguir dependiendo por esto le causa conflicto y lo depre-

me.

El afecto se encuentra muy aplanado su manejo le resulta especialmente difícil, no satisface ni sus necesidades de contacto. Por lo tanto su vida de relaciones interpersonales como su vida interna son pobres e insatisfechas.

c) Impresión Diagnóstica.

El paciente tiene un rendimiento intelectual Normal Bajo. Hay rasgos depresivos importantes.

Su necesidad de actuar sus impulsos de tipo auto-destructivo merece ser tomada en consideración porque muy posiblemente sea el mecanismo que podría explicar los comas y la dificultad para seguir la dieta.

Sus relaciones interpersonales son pobres, el afecto está muy aplanado.

CASO No. 4

Resumen de Historia Clínica.

E.C. 11 años 1 mes

Sexo: Masculino.

a) Iniciación del Padecimiento.

A los 2 años 3 meses de edad inició el niño su diabetes, después de una impresión muy fuerte porque lo asustaron con una máscara terrorífica, el niño se puso "fuera de sí", sudando frío ("sudor perlado" refiere la madre) con un pavor tal que no se daba cuenta de lo que estaba a su alrededor, durmiéndose casi de inmediato.

Unos días después fué internado en el Hospital Infantil en un estado de coma.

b) Padecimiento Actual.

Durante 6 años fué la madre con la supervisión del pediatra quien controló al niño de su enfermedad con dieta libre e insulina, esto es referido por la informante con

orgullo, aunque señalando que hace ya 2 años que no puede controlar el padecimiento por lo que ya asiste a la consulta de Endocrinología.

En general su conversación presenta un tinte marcado de pensamiento mágico hablando de hierbas y preparados con poderes curativos incluso para hacer descender el nivel de glucosa ("chofitol"). Su actitud general es de escasa confianza hacia todo tipo de prescripción médica.

Para el paciente es un problema serio seguir una restricción dietética porque pasa por épocas de hiperfagia y otras de hipofagia, determinadas esencialmente por cambios emocionales. Cuando se enoja mucho le sube la glucosa, cuando algo no le sa le como el lo desea o cuando lo regañan se desmoraliza y deprime, comiendo e infrgiendo la dieta.

Mantiene una actitud constante de reto y negativismo con la madre en espe--cial respecto a la dieta, para provocar atención constante y dependencia.

Teme inyectarse el sólo alegando que le dolería mucho si lo hiciera. Además su actitud es totalmente irresponsable, sino se le recuerda de los análisis el sólo no lo hace.

Aparentemente no ha mostrado preocupación por la muerte ni en general por el futuro, o por su enfermedad no obstante en alguna ocasión enojado ha dicho a la madre que "mejor quisiera morir".

La informante es una mujer agresiva y vigilante con los hijos, particularmente con el paciente, temerosa, con un concepto devaluado de si misma, con actitudes hipomaniacas, pero inconsistentes trata de presentar un buen frente.

c) Historia Familiar.

No existen antecedentes diabéticos en ninguna de las dos familias

La familia la constituyen el padre que es chofer de ruleteo de 50 años y la madre que durante algún tiempo trabajó haciendo animales de peluche pero que actualmente sólo se dedica al cuidado del hogar y 4 hijos entre los que el paciente ocupa el 2o. lugar, en primer lugar es un varón de 14 años que estudia lo. de secundaria en 3o. es un varón de 7 años que cursa el 1er. año y una mujer de 6 años que está en Kinder.

La familia tiene una mediana situación económica.

Hacia el padre muestra el paciente una buena relación aparente, porque él - casi no lo trata; es frío e indiferente, aunque buen proveedor. La madre es quien se encarga del cuidado de los hijos pero ella se siente impotente e incapaz para resolver por sí sola los problemas de educación.

d) Historia Personal.

La informante no reporta datos especiales en relación a embarazo y parto. Indica que el niño se sentó a los 6 meses, caminó a los 14 meses y habló alrededor de los 2 años. Siempre fué un niño intranquilo y enojón, que comía mal por lo que ella lo -- "llenaba de vitaminas" para que tuviera "mejor semblante". Padeció las enfermedades de la infancia pero con frecuentes infecciones, que han sido más delicadas por el padecimiento diabético, incluso llegó a tener amenaza de pérdida de un brazo y un dedo.

Durante el curso de la enfermedad ha estado en comas unas cuatro veces aproximadas requiriendo internamiento hospitalario.

Su escolaridad ha sido muy irregular, cursa el 2o. año de primaria y su aprovechamiento es también con altas y bajas.

Estudio Psicológico

a) Entrevista con el Paciente:

Este estudio se refiere a un paciente que trata de agradar incluso bromeando -

continuamente. Se relaciona en forma superficial, constantemente ríe o cuando menos sonrío. Pertenece a la clase socio económica media. Está bien orientado en tiempo y espacio. Su actitud es hipomaniaca, le es difícil concentrarse en una tarea determinada y no puede tomar las cosas con seriedad cuando la situación así lo requiere, actúa totalmente sin límites.

Desde los dos años enfermó de diabetes. Su madre le contó, pero él no recuerda, que la enfermedad fué consecuencia de un fuerte susto que sufrió cuando le enseñaron una máscara muy desagradable con figura de "diablo con cuernos y arrugado"; ahora asegura el niño que "ya nada le espanta, incluso él asusta hasta los perros".

Su familia está compuesta de 4 hijos y él ocupa el 2o. lugar. Dice llevarse bien con todos, pero mejor con el hermano que le sigue.

Asiste a la escuela a 2o. año, que ha repetido dos veces por haber faltado mucho. Su padre trabaja como chofer de carro de alquiler.

Nos informa que nunca ha tenido una dieta especial para su enfermedad, come de todo, incluso dulces, chocolates, refrescos, pasteles y si no se lo permiten se los come a escondidas porque le gustan. Indica que no le importa ni nunca le ha importado ser diabético porque sigue siendo igual a los demás: juega y come igual que los demás. Por otra parte su madre le ha dicho que no debe ponerse triste, porque entonces se "acompleja".

Ha estado internado en el Hospital Infantil aproximadamente unas cuatro veces por coma diabético.

Es su madre quien le inyecta la insulina a pesar de que él podría hacerlo. Los análisis los hace él.

Dice el paciente que cuando sea mayor le gustaría ser médico para "cuidar a

los enfermos" prescribirles las medicinas que deben tomar. También le gustaría ser misionario para ayudar a los pobres.

En la pregunta desiderativa contesta querer:

1o. Una bicicleta para jugar.

2o. Un coche de a de veras para llevar a pasear a su mamá.

3o. Jugar en el parque y tener una cámara de televisión.

El paciente coopera en las pruebas, pero siempre con esta actitud hipomaniaca de broma constante.

b) El resultado en los estudios es el siguiente:

Figura Humana.

El paciente se resiste en un principio a realizar la figura humana y cuando accede hace una figura femenina muy pequeña, a la que le pone sombrero y tocando una guitarra, indicando al terminar es "mi mamá".

Después en la misma hoja hace una figura masculina que representa un hombre en traje de época con casco y penacho y una espada en la mano. En seguida un coche transparente o sin puerta en el que se vé el chofer sentado y de cuerpo entero.

En los dibujos del paciente podemos apreciar que la figura materna es una figura significativa para él pero con quien se relaciona muy superficialmente. Nos dá la impresión de que el niño no posee un claro concepto de sí mismo, ni de la persona humana en general. Las figuras presentan vestimenta extraña para llamar la atención por una parte, pero por la otra ocultar su identidad real; muy posiblemente porque en el paciente no existe un claro concepto de sí mismo.

Wechsler

C.I.V. = 90 Promedio

C.I.E. = 99 Promedio

C.I.G. = 93 Promedio

El rendimiento en ambas escalas es homogéneo. El nivel de vocabulario es bajo, estando los subtest por encima de éste. Aritmética y Dígitos descienden ligeramente por la intervención de factores de ansiedad y su dificultad de concentración.

En los subtest de ejecución vemos buena capacidad de análisis y síntesis y una coordinación viso-motora, adecuada.

Más que planear vemos que nuestro paciente actúa.

Bender

No hay orden en la colocación de las figuras de la prueba de la percepción de la gestalt es más o menos adecuada pero sin embargo los rasgos son muy ansiosos y se distorsiona el tamaño del modelo, porque algunas son menores y otras mayores, como si oscilara entre actitudes constreñidas y actitudes expansivas especialmente en relación a aspectos afectivos.

Symonds

Las historias son muy fantaseadas, y poco realistas denotan actitudes infantiles. En ocasiones le es difícil pasar de lo concreto a lo abstracto perdiéndose en detalles excesivos. Por momentos observamos una forma absurda e ilógica de expresión.

Hay en el paciente un concepto muy devaluado de sí y una confusión con su propia identidad. Se siente rechazado por todos los que lo rodean y al enfrentarse a éste pobre concepto que tiene de sí mismo. Las actitudes que toma son inestables y diversas: oscila entre una franca hipomanía, con negación de la realidad externa y en la que todo es bello, bueno y armónico, en donde prevalece el pensamiento mágico de que todo saldrá bien y que todas sus necesidades serán satisfechas; y entre la franca depresión en

donde él es malo, culpable, despreciable y en donde reina la destrucción y la muerte.

La figura materna le ha permitido al niño un mayor acercamiento y con ella se ha podido identificar aunque en forma ambivalente: desde el punto de vista emocional depende de ella y al par trata de agredirla para liberarse. Este le provoca sentimientos de culpa y cae en estados depresivos. Esta reacción determina su inestabilidad y el que nos impresiona como una personalidad con rasgos de tipo histérico (labilidad, histrionismo, inestabilidad).

Rorschach

El Rorschach tiene como característica especial el que la mayoría de las respuestas son de partes del cuerpo de personas o animales. Estas partes son generalmente boca, cuello y garganta, sin importar la gestalt de la lámina.

Parece como si el paciente se encontrara en un nivel muy primario de desarrollo en donde él es el centro y su propio cuerpo la única comunicación con el medio ambiente. Hay enorme preocupación por la integridad corporal.

La mayoría de sus respuestas son de formas mal vistas, denotan muy poca objetividad, en donde los conceptos se confunden y entremezclan siguiéndose sólo la propia subjetividad.

En el paciente no hay un concepto claro de la propia identidad, incluso en este sentido hay confusión de tal índole que se desconoce a sí mismo e ignora cual sea su papel en la vida.

Con todo esto vemos que posee una personalidad mal integrada y que hay en él importantes cargas de agresividad.

Sus defensas principales son de negación. Su actitud hipomaniaca, lábil e inestable trata de ocultar importantes elementos de tipo depresivo.

c) Impresión del Caso.

Este niño, como hemos visto tiene un rendimiento intelectual Promedio.

Presenta una patología severa, posee una personalidad pobremente estructurada.

Hay elementos depresivos que trata de negar en forma hipo-maniaca.

CASO No. 5Resumen de Historia Clínica.

E.C. = 10 años 6 meses

Sexo: Masculino.

a) Iniciación del Padecimiento.

Se inició la Diabetes a los 8 años de edad y unos días antes ocurrió un acontecimiento importante porque el paciente estuvo a punto de ser atropellado al bajar de una camioneta de reparto de leche que estaba en movimiento. Regresó a la casa corriendo asustado, pero no comunicó nada de esto a los padres sino unos días después por temor a ser golpeado o castigado con severidad. Una semana después de esto fué trasladado al servicio de emergencia del Hospital Infantil en estado de coma, y se le internó 10 días.

a) Padecimiento Actual.

El paciente es irritable, rebelde, negativista, y estas características de su carácter se acentúan en los aspectos relacionados a dieta e inyección diaria de Insulina.

Aunque es la madre quien se ha responsabilizado de seguir un buen control del padecimiento el niño no se deja inyectar y en ocasiones requiere la presencia del padre para calmarlo, aún cuando él no está enterado del manejo del padecimiento.

Su actitud constante es de rebeldía diciéndole a la madre "es mi enfermedad,

dejame".

Le es difícil seguir la dieta y constantemente la infringe tomando dulces, y refrescos, entre comidas y a escondidas, pero él sólo notifica a la madre que ha alterado su dieta y se siente muy culpable y deprimido, diciendo: "te prometo que ya nada más esta vez", frase que repite una y otra vez sin cumplir nunca lo que promete.

Con los padres no ha expresado temores de muerte, ni desesperanza, sin embargo al endocrinólogo le ha dicho en una ocasión que "prefería morir".

El no hace ni sus análisis aunque tiene conocimientos para hacerlos, porque no quiere saber de su enfermedad. Tampoco se inyecta porque le dá mucho miedo.

c) Historia Familiar.

El padre es mesero y la madre se ocupa del hogar. La señora estuvo casada con anterioridad y tiene de este matrimonio 3 hijas ya casadas, a las que no ve con frecuencia por actitudes de "celos" del esposo, que la ha alejado de toda su familia. En realidad el paciente ha crecido dentro del hogar como hijo único y más como adulto que como niño, sólo, sin tener con quien jugar.

Con el papá se lleva bien, a veces se enoja con él, pero es raro. La madre en cambio se considera rencorosa y lo rechaza cuando se acerca a ella si previamente ha mediado un disgusto.

Al relatar estos aspectos la madre se califica como una mujer de carácter difícil y violenta.

Entre ambos padres hay disgustos frecuentes que son presenciados por el paciente, incluso él se pone del lado de la madre cuando el señor la golpea.

La informante no expresa rebeldía abierta a esta situación pero es una persona resentida, seca, poco afectuosa y muy perfeccionista. Refiere que no ha pensado en

divorciarse, por el hijo.

d) Historia Personal.

Indica la informante que el niño es producto de embarazo y parto normales. En el desarrollo temprano no reporta datos patológicos. Sin embargo es importante señalar que el destete fué llevado a cabo tardíamente (a los 11 meses) colocándose cenziza en los pezones para que el niño tuviera un sabor desagradable y pronto dejara el pecho.

Respecto a escolaridad el paciente cursa el 4o. año de primaria con buen rendimiento, su comportamiento es mejor en la escuela que dentro del hogar, se lleva bien con los compañeros, y es cuidadoso con sus libros y tareas. Sin embargo, no tiene amigos más íntimos porque entonces pelea y se enoja.

Estudio Psicológico.

a) Entrevistas con el Paciente.

Este paciente se relaciona satisfactoriamente con la psicóloga, se muestra interesado en la realización de las pruebas. Contesta a las preguntas que se le hacen y espontáneamente agrega más datos.

Indica que hace aproximadamente dos años seis meses se le diagnóstico la Diabetes y recuerda que esto aconteció a raíz de un susto que relata como sigue: "iba en una camioneta de un lechero, con varios muchachos más de mi edad; cuando bajé de esta camioneta estuve a punto de ser atropellado por un coche, regresé a mi casa muy impresionado, pero no dije nada de esto por miedo a que me regañaran hasta que empezó mi Diabetes lo dije".

Una semana y media después de éste incidente fué trasladado al Hospital Infantil en estado de coma, y fué necesario internarlo durante 11 días de los cuales los

3 primeros estuvo muy grave. Desde entonces está bajo control médico.

En ocasiones tiene cefaleas y otras veces le duelen las piernas, con dolores de tipo reumático, que ha padecido desde que era pequeño.

La escuela le gusta mucho, y en ella obtiene buenas calificaciones, cursa el - 40. año de primaria.

Tiene 3 hermanas mayores que él:

1o. Mujer de 29 años casada.

2o. Mujer de 27 años casada.

3o. Mujer de 25 años

4o. Paciente.

También un hermano menor que murió de 7 años.

El niño se considera como hijo único ya que las hermanas casadas viven lejos - y no las frecuenta (son producto del primer matrimonio de la madre). El padre es mesero.

No hay antecedentes de Diabetes, ni en la familia paterna ni en la materna.

Comenta el paciente que le disgusta mucho más la dieta que la Insulina, y que esta dieta la rompe, cuando se siente aburrido de tener que seguirla. Aún cuando se le - permite tomar un dulce o refresco una vez al mes, él los toma cuando quiere. Los paste - les también los compra cuando se le antojan.

Cuando no sigue su dieta los padres lo regañan, primero la madre cuando se en - tera y después el padre cuando lo informan.

Antes de ser diabético el papá lo consentía más; le daba dinero y lo sacaba a - pasear; ahora las cosas han cambiado adversamente.

Así por otra parte él se siente culpable de su diabetes, por que indica que si - no se hubiera ido sin permiso de los padres en la camioneta del lechero, no hubiera su -

frido el susto que precipitó su enfermedad.

Al relatar todo esto el tono del niño es triste y deprimido.

A la pregunta desiderativa contesta:

1o. Que se me quitara la diabetes

2o. Que no reprobara año.

3o. Que ya no hubiera tantos enfermos como hay de todas las enfermedades.

b) Los resultados obtenidos en los estudios, son los siguientes:

Figura Humana

La figura humana presenta una estructura sumamente pobre, parecería hecha apenas por un niño de 7 años aproximados. Los trazos denotan una fuerte ansiedad.

El paciente posee un pobre concepto de su esquema corporal.

La imagen masculina es pequeña y delgada, denota que el paciente se percibe como pequeño e inferior. Borra varias veces con gran inseguridad. Los ojos están vacíos, sin mirada, como estableciendo una relación débil con el medio exterior.

La figura femenina, presenta también una estructura pobre. Tiene prácticamente los mismos elementos, que la masculina, y sólo se le ha añadido una falda, pero la elaboración es tan deficiente como la de una imagen masculina, incluso la falda muestra transparencia.

Bender

El Bender presenta también una pobre percepción de la gestalt de los dibujos. No hay planeación de la tarea que se debe realizar sino que las figuras se colocan arbitrariamente sin seguir ningún orden.

El tamaño es a veces mayor al modelo y otras veces menor. El niño muestra actitudes inconsistentes.

En realidad todo el Bender nos indica gran ansiedad.

Wechsler

C.I.V. 111 = Normal Brillante

C.I.E. 113 = Normal Brillante

C.I.G. 113 = Normal Brillante

El rendimiento en ambas escalas es homogéneo, por encima del Promedio, de la población. Sin embargo, observamos cierta inconsistencia en el resultado de los subtests. El nivel de vocabulario es muy alto, indicándonos que nuestro paciente ha sido estimulado en los aspectos culturales, y se puede servir de sus conocimientos para resolver sus problemas.

Sin embargo, es un niño ansioso, y esto hace descender los subtests de atención y concentración (aritmética y dígitos).

En la escala de ejecución encontramos una buena capacidad visomotora adecuada integración de totalidades y posibilidades de análisis y síntesis.

El área de conocimiento y aprendizaje, mantiene un buen funcionamiento.

Symonds.

En general todas las historias de esta prueba repiten prácticamente el mismo tipo de situaciones. Siempre se habla de sensación de rechazo y privación.

El niño se siente rechazado y desplazado. Se muestra pasivo y dependiente de la figura femenina, que es la fuerte dentro del hogar; sin embargo esta imagen no le proporciona afecto, ni satisface sus necesidades.

La masculina es una figura pasiva que ha brindado escasas posibilidades de identificación activa, pero cuando menos trata de satisfacer algunas de las necesidades del paciente, especialmente de tipo material.

El chico es incapaz de establecer relaciones humanas, en las que exista afecto profundo, prefiere refugiarse en lo intelectual y no comprometerse. Intenta defensas intelectuales para encontrar seguridad.

Aunque es dependiente, en momento intenta liberarse, pero colocándose en situaciones que lo hacen sentirse culpable y buscando castigo para someterse de nuevo.

Su actitud ante el deber, es muy inconsistente, hace lo que debe hacer sólo cuando se le vigila. Con su actitud y comportamiento provoca la agresividad de los padres, especialmente de la madre, y con éste tipo de relación agresiva-pasiva ambos satisfacen sus necesidades neuróticas.

Posee un concepto pobre y devaluado de sí mismo, y sólo intenta rendir en lo intelectual para superar esta sensación de minusvalía.

Rorschach.

El Rorschach presenta una estructura muy pobre, tanto por el número de respuestas, como por la calidad de las mismas. El nivel formal es muy bajo y la manera de integrar las respuestas es deficiente.

No obstante que tiende a estructurar defensas obsesivas (buscando pequeños detalles) estas fallan.

En general su rendimiento en todas las áreas es muy inconsistente, sólo funciona bien dentro de marcos de referencia y límites precisos.

Tiende a manifestar agresividad sólo en forma muy encubierta, como resistencia pasiva, y por lo general su energía la emplea muy pobremente para producir o para actualizar sus potencialidades reales.

No se muestra espontáneo reprime toda manifestación de afecto especialmente hostilidad.

La relación con figuras humanas sólo es en un plano superficial. La identificación masculina es pobre.

Se preocupa de sí mismo, pero posee un concepto muy devaluado de sí.

Es un niño muy frustrado e incapaz de dar.

Podemos decir, que el paciente clínicamente parece mejor estructurado, de lo que hemos visto a través de las pruebas.

Tras su apariencia hay aspectos patológicos de importancia: Depresión, soledad y aislamiento.

c) Impresión del Caso:

Este paciente tiene un rendimiento intelectual Normal Brillante.

Intenta defensas intelectuales.

Manifiesta agresividad sólo como resistencia pasiva. Es irresponsable e inconsistente en sus actitudes. Únicamente puede rendir dentro de marcos de referencia precisos.

El conflicto es especialmente en relación con la figura materna de quien provoca hostilidad y dependencia estableciendo una relación inadecuada entre ambos.

Hay en su personalidad elementos depresivos, sentimientos de minusvalía, rechazo y aislamiento.

CASO No. 6

Resumen de Historia Clínica.

Sexo: Femenino.

a) Padecimiento Actual:

Se inició su Diabetes hace tres años después de haber sufrido un traumatismo en la cabeza, a raíz del cual presentó una infección (no es posible precisar de que tipo). A

los cuantos días apareció polidipsia, poliuria, vómitos y fué hospitalizada en estado precomatoso.

El manejo de su diabetes ha sido muy inadecuado; la dieta ha sido irregular - hasta últimas fechas, el empleo de insulina ha sido caótico, pues a veces por olvido o temor de los familiares no se le aplicaba por temporadas largas.

El resultado ha sido que la paciente sufre de una Diabetes muy inestable y grave, con numerosos estados de coma y a últimas fechas, de lesión cerebral crónica y de hipoparatiroidismo. Ha estado hospitalizada por largas temporadas en varias ocasiones.

Desde un punto de vista emocional, la niña responde con depresión e irritabilidad en cuanto existe una elevación de la glucosa. En lo referente a ser inyectada con insulina, responde con "mucho orgullo" por no llorar y se llama a sí misma "niña -- chula" si lo logra. Frecuentemente, antes de sufrir un desequilibrio importante en su seguridad, presenta una conducta tendiente al aislamiento y a la depresión; a grado tal que no responde a los estímulos afectivos que le proporcionan sus padres. Cuando está hospitalizada, es frecuente que reaccione así, cuando la madre o la abuela materna le visitan, tal vez esto sea en parte debido a que sus familiares prometen y no cumplen lo que le dicen y le mienten constantemente acerca de cuando se le dará de alta en el hospital, etc.

b) Historia Familiar y Personal.

La paciente es la primera hija de su madre, nació fuera de matrimonio y en condiciones emocionales muy particulares. La versión primera del suceso que se le dió a la madre de la niña fué la de que la paciente era hija de su abuelo materno (osea su propio padre). La abuela materna, al parecer persona con grandes tendencias psicopáticas, queriendo explotar económicamente a un antiguo conocido suyo, le presentó a su propia

hija y lo estimuló para que tuviera una relación sexual con ella. Habiendo ya sucedido esto y encontrándose avanzado el embarazo de la hija, la señora les comunicó a ambos que el producto de ese embarazo era resultado de un incesto consumado. El supuesto padre, desconocedor de tal posibilidad puesto que nunca supo que la hija de la señora pudiera ser su propia hija, creyó por un tiempo el engaño. La abuela de la paciente procedió entonces a una demanda legal, que afortunadamente para la madre de la paciente, desenmascaró en cierto tiempo el sádico engaño.

Por lo tanto, el embarazo cursó en un estado emocional terrible, durante el cual la madre de la niña deseó abortar, deseó morir, se deprimió profundamente, etc.

Al parecer el parto fue normal; para el primer año de la vida de la paciente cursó en forma muy inapropiada desde un punto de vista de sus necesidades básicas. La alimentación y cuidados maternos fueron altamente inadecuados: "yo no sabía que era ser madre". asevera la informante; "en ocasiones no le cambiaba pañal en varios días", "yo no sabía que hacer cuando lloraba, la dejaba llorar hasta que se durmiera de cansancio" etc. Durante este primer año de la vida de la niña, la madre empezó a trabajar, dejando a la paciente al cuidado de la abuela materna y de su hermana menor, - una niña todavía. El cuidado de la paciente siguió siendo muy deficiente.

Un año después nació otra niña, hija del actual esposo de la señora, pero también en condiciones extramatrimoniales.

Hace 3 meses nació un hermano varón.

El esposo de la informante es al parecer, hacia la niña positivo, comprensivo y cariñoso. El es el que solventa los gastos del tratamiento de la paciente.

La señora es una persona extraordinariamente inmadura desde un punto de vista emocional. Frecuentemente sufre de depresiones intensas.

La paciente ha dado muestras de gran rivalidad para con su hermana menor desde hace varios años, sin embargo, se relaciona con ella intensamente afectivamente. La pequeña "cuida" mucho a la paciente. Frecuentemente juegan "a la mamá y a la hija"- juega en el que es posible detectar la intensa depresión de que sufre crónicamente nuestra paciente.

El desarrollo psicomotor fué al parecer normal=

El control de esfínteres no se ha logrado todavía en forma completa.

Es importante hacer notar que la patología de los familiares de la niña hizo sumamente difícil la recolección de información precisa.

Estudio Psicológico.

a) Entrevista con el paciente.

En este caso nuestra paciente al asistir al estudio psicológico vestía la bata del hospital por encontrarse internada desde hace varios meses por un estado de coma diabético.

Se encuentra en mal estado de salud, pálida con una fuerte infección en los bronquios. Por su aspecto físico, parece tener menos edad.

Produce la clara sensación de ser una niña muy desvalida, que necesita todo tipo de ayuda y protección.

Su lenguaje es más infantil del que corresponde a su edad, se asemeja al de un niño de 3 años. Su pronunciación no es clara, además de que habla en voz muy baja.

Responde a los estímulos del ambiente con escaso interés en forma aplanada. Se relaciona en forma lejana y superficial.

Colabora en la situación de pruebas, aunque con indiferencia.

Los resultados que se obtuvieron son los siguientes:

Goodenough

E.C. = 4 años 6 meses

E.N. = 3 años 0 meses

C.I. = 67 Debilidad Mental bien Definida.

Únicamente se le concede a la paciente el puntaje de la edad base de 3 años, ya que no puede elaborar realmente ninguna figura humana y sólo intenta hacer algo semejante a un círculo, al que garabatea.

Aún no posee un concepto de sí misma, en relación a su esquema corporal, lo cual es inadecuado a su edad, en la que ya se intentan figuras aunque primitivas.

Bender.

En el Bender aún no capta la gestalt de las figuras y hay una notable inmadurez viso-motora porque su funcionamiento está aún al nivel del "garabateo" correspondiente alrededor de los 2 a 3 años.

Esta notable inmadurez sugiere lesión en S.N.C.

Terman.

E.C. = 4 años 6 meses

E.M. = 3 años 8 meses

C.I. = 81

Diagnóstico: Inteligencia Lenta (Normal Bajo).

La paciente muestra un retraso correspondiente a 10 meses. Por tanto su rendimiento intelectual está por debajo de lo que se espera en su edad (Normal Bajo).

Su comprensión es pobre, así como su capacidad viso-motora, especialmente en movimientos finos. Sólo puede contestar a cuestiones muy obvias de la vida diaria.

Su capacidad de atención y concentración son también limitadas.

Sin embargo, dado que la niña está respondiendo en forma tan aplanada a los estímulos externos, pensamos que puede existir inhibición en áreas intelectuales que determine este bajo rendimiento.

Pruebas Proyectivas

(C.A.T. y Rorschach).

Las pruebas proyectivas presentan una estructura deficiente.

Para la niña es difícil actuar en situaciones poco estructuradas, como las planteadas por este tipo de pruebas porque su pensamiento tiende a lo concreto y no puede desarrollar su capacidad imaginativa sólo en forma muy precaria.

En las láminas del C.A.T., prácticamente no elabora historias, sino que son frases breves, que describen la lámina, no obstante, podemos ver que el contenido de estas frases denota en la niña, una exagerada necesidad de acercamiento, de contacto y búsqueda de satisfacciones aún de niveles muy primitivos.

Es una niña carante de afecto que percibe al ambiente como una amenaza constante que puede destruirla.

Manifiesta fantasías de tipo oral agresivo, en donde habla de devorar y ser devorada.

En la prueba de Rorschach vemos también la forma patética, en la que expresa esa gran necesidad de obtener algo, demanda contacto incluso en un plano de cercanía meramente física.

Los estímulos no los elabora sino que los expresa crudamente (pintura roja, pintura negra).

Su yo tiene una estructura muy pobre, y toda su energía, está dirigida a la obtención de algo. Esta enorme carencia ha estructurado una Depresión severa.

c) Impresión Diagnóstica.

Esta paciente tiene un rendimiento intelectual de Inteligencia Lenta (normal - baja). Por su actitud aplanada pensamos que existe una importante inhibición de funciones intelectuales y Lesión orgánica de importancia.

Su yo tiene una estructura muy pobre, expresa una exagerada necesidad de cercanía y afecto y emplea su energía en la búsqueda de la satisfacción de esta necesidad.

Se ha estructurado una Depresión severa.

CASO No. 7

Resumen de Historia Clínica.

E. C.: 7 años 10 meses

Sexo: Femenino.

a) Iniciación del Padecimiento:

A los 5 años y medio inició la paciente su padecimiento diabético con fiebre, enuresis y casi estado de coma.

La informante, madre de la paciente, dice no recordar con exactitud alguna situación de miedo intenso previa a la aparición de la enfermedad, aún cuando concede cierta importancia al hecho de que la niña tiró, por accidente una pesera con pescaditos propiedad de una tía a quien disgustaba que los niños jugaran con cualquier objeto de su pertenencia. Después del incidente la niña se mostró preocupada y asustada, pero sin llegar a un estado de miedo intenso.

b) Padecimiento Actual.

En la familia de ésta niña existen antecedentes de Diabetes en la abuela y tía paternos, que son controlados con medicamentos hipoglucemiantes, no Insulina.

Respecto a la Insulina, la madre de la paciente siente gran temor, incluso, - después del 1er. estado pre-comatoso que presentó la paciente cuando se inició el padecimiento, medio año después tuvo un semi-coma porque la señora dejó de inyectar a la niña, al oír la opinión de un médico quien le aseguró que si continuaban inyectando la correría el peligro de que quedara ciega.

Además, agrega la informante que le disgusta y le duela inyectar a la niña - porque la hace sufrir, se resiste porque la "quiere mucho". Ha procurado consentirla lo - más posible, sobre todo porque está enferma.

Las dos ocasiones que hubo necesidad e internar de emergencia a la niña en - el hospital la señora se resistía a dejar a su hija especialmente por la fantasía que tenía de que se la quitaran y ya no volvería al hogar. La primera ocasión permaneció 15 días en el hospital y se mostró muy deprimida por la separación de la madre, aún cuando la veía diario, lloraba cuando ésta se iba y se quedaba muy triste.

La paciente no ha expresado abiertamente ideas o temores de muerte.

Toda la familia muestra especial preferencia por nuestra paciente, a la que - todos tratan de sobreprotejer. Intentan que permanezca en secreto su enfermedad que - ni aún sus amigas más íntimas lo sepan, y así la niña si alguien le ofrece un dulce por - ejemplo, lo acepta sin mayor explicación y se lo guarda en su bolsa sin comerlo.

c) Historia Familiar y Personal.

La familia de esta chiquita es originaria del Distrito Federal, pertenecen a -- una clase socio-económica Media baja. El padre de 55 años es mecánico y la madre de 47 se ocupa de la atención y cuidado del hogar, han procreado 6 hijos:

- 1o. Mujer de 24 años trabaja es soltera
- 2o. Mujer de 22 años soltera trabaja también.

3o. Varón de 19 años estudia.

4o. Mujer de 17 años estudia

5o. Varón de 11 años estudia

6o. Paciente.

No hay datos patológicos en relación a embarazo, parto y desarrollo temprano. Padeció las enfermedades propias de la infancia, sin mayor complicación. En la escuela cursa el 2o. año.

La diabetes de la niña, hasta el momento no ha sufrido excesivas fluctuaciones, incluso cuando la chiquita sale de vacaciones a un rancho en el que monta a caballo, - juega y se siente muy feliz, descende el requerimiento insulínico de 30 a 10 unidades.

Estudio Psicológico.

a) Entrevista con el Paciente.

Esta es una niña que se relaciona bien y da la impresión de ser graciosa, dulce y que busca ser aceptada haciéndose agradable y parece estar acostumbrada a que se le mime y sobreproteja. Coopera satisfactoriamente en la aplicación de pruebas.

A continuación anotaremos algunos de los datos aportados por la paciente y que pueden tener importancia en este estudio.

Su familia está compuesta por 6 hijos y entre ellos ocupa el último lugar.

Asiste a la escuela a 2o. año con buen aprovechamiento.

La niña es diabética desde hace 3 años. Existe el antecedente familiar de que la abuela paterna fue Diabética. En relación a la aparición de la enfermedad, relata - que el día en que se le diagnosticó se había asustado mucho porque se le cayeron unos - pescaditos de la pesera de su tía que tiene muy mal carácter, y por tal motivo se asustó mucho.

La mamá es quien hace los análisis 3 veces al día y le inyecta la insulina. --
Nunca ha estado en Coma.

En cuanto a la dieta, refiere comer prácticamente de todo, excepto dulce. Di
ce que desde la aparición de la Diabetes ha continuado su vida prácticamente sin cam-
bios, sin embargo ella se siente rara, triste, sabiendo que nunca va a aliviarse.

Cuando sea grande le agradecería ser enfermera, siempre le ha gustado esta pro-
fesión.

A la pregunta desiderativa contesta:

- 1o. Aliviarme
- 2o. No reprobar ningún año en la escuela.
- 3o. Que mis hermanos sigan bien en la escuela.

b) Los resultados de las pruebas son los siguientes:

Figura Humana.

Nuestra paciente dibuja a una niña pequeña en una actitud como de hacer una
caravana en forma graciosa. Esto nos permite pensar que la paciente procura ser accepta
da y agradable. La estructura del dibujo en sí es inferior de lo que puede esperarse a-
sueidad, tiende a la simplificación. El tamaño del diseño es muy pequeño y la figura co
locada muy próxima al margen inferior de la hoja. Esto creemos que denota importante
necesidad de apoyo y temor a expresarse tal cual es en realidad, constriñendo su perso-
nalidad.

Bender

Las figuras del Bender conservan una gestalt adecuada. Sin embargo hay una -
marcada distorsión en relación al tamaño porque las dibuja mucho menores al modelo --
(actitud de marcada constricción). La colocación también es inadecuada porque las figu

ras están próximas al margen inferior de la hoja, incluso con superposición de algunas - de ellas para no perder este margen, esto indica que para la niña es indispensable sentir seguridad y puntos de referencia precisos. Sus actitudes son de búsqueda de apoyo, - hay ansiedad en los trazos.

Wechsler. -

C. I. V. = 101 Promedio.

C. I. E. = 97 Promedio.

C. I. G. = 99 Promedio.

El rendimiento es homogéneo dentro de un nivel promedio. Sin embargo es ligeramente más alta la escala verbal, muy posiblemente porque la niña inhibe la acción. - En el subtest de Dígitos desciende muy posiblemente por ansiedad. Su comprensión es alta con buena capacidad de juicio, puede resolver sus problemas cotidianas. Funciona - en un plano concreto en cuanto a la formación de conceptos. En los subtests de ejecución se muestra ansiosa, lo que determina ligero descenso en su rendimiento. Posee adecuada capacidad viso-motora.

C. A. T. -

Las historias que narra nuestra paciente son breves de tipo más bien descriptivo. Hay Represión clara de todas las situaciones que pudieran ser desagradables o poco armónicas.

Denotan actitudes más infantiles de lo que correspondería a su edad, en las que funciona más la fantasía que la realidad y en las que se muestra pasiva y dependiente.

Actúa bien dentro de un medio estructurado en donde los papeles familiares están definidos, y en donde se le sobreproteje. La niña no se ha desadaptado por la enfermedad, ya que esta misma ha sido causa de que se le proporcionen aún mayor atención y cuidados de los que antes recibía; esto es, ha obtenido "ganancias secundarias".

La paciente emplea como mecanismos de defensa la "evasión" y la "represión".

Sus defensas funcionan satisfactoriamente; dado que el ambiente ha permanecido estable.

Reacciona en forma rígida cuando existe una autoridad externa; por esto la niña no se responsabiliza de sí misma y actúa como una criatura pequeña a la que todo se le proporciona.

El medio ambiente es represivo, no le permite la expresión abierta de la agresión y nuestra paciente prefiere evadir cualquier manifestación agresiva en sí misma y en el exterior.

Rorschach. -

La primera impresión que se tiene en esta prueba es de cierta madurez, pero pronto demuestra actitudes infantiles inferiores a su edad, con las que obtiene gratificaciones anacrónicas.

La estructura de su yo es fundamentalmente inestable y sólo se sostiene porque su ambiente actual la asegura; si se le privara de este ambiente estable y protector la niña probablemente sería incapaz de sobreponerse al cambio y se deprimiría.

Su buena adaptación es superficial, a mayor profundidad encontramos que hay gran dificultad para relacionarse con las personas en forma auténtica, buscando exclusivamente obtener apoyo y seguridad.

Se percibe a sí misma como agresiva pero reprime toda manifestación hostilidad que pudiera desadaptarla.

Su tipo vivencial es intratensivo, se relaciona hacia adentro procurando satisfacer más sus necesidades internas porque el exterior no ofrece peligro y si cuidado y protección. Manifiesta gran necesidad de ser aceptada.

Su personalidad tiene elementos de tipo histérico (infantilismo, represión, trata

de ser agradable estableciendo relaciones superficiales sin comprometer ni afecto, ni su emocionalidad auténticas).

Impresión Diagnóstica.

La paciente muestra un rendimiento intelectual Promedio. Su personalidad presenta elementos de tipo histérico. Bien adaptada a su ambiente, actúa como una niña menor que su edad cronológica, buscando sobreprotección. Con su Diabetes ha obtenido importantes "ganancias secundarias".

El problema podría surgir en un cambio de estructura ambiental ó quizá en la adolescencia con un cambio psicológico de importancia.

CASO No. 8.

Resumen de Historia Clínica.

Sexo: Masculino

Edad: 12 años

a) Iniciación del Padecimiento:

La diabetes se inició cuando el paciente tenía 7 años de edad, unos días antes de la presentación de la sintomatología el niño tuvo 2 sustos: en primer lugar al estar aprendiendo a andar en bicicleta, a unas cuantas cuadras de su casa, se cayó y golpeó sangrando profusamente; al verse así y sintiendo que no estaba cerca de los padres empezó a llorar y se angustió, llegando a la casa "bañado en sangre y lágrimas".

Unos días después estuvo a punto de ser atacado por el perro de la abuelita cuando iba entrando a la casa de ella, ésto también lo asustó mucho.

b) Padecimiento Actual. -

Respecto al manejo de la enfermedad, los primeros 3 años prácticamente no presentó problema para su control médico, se le inyectaban 10 unidades de Insulina y su dieta era muy relativa. Sin embargo, los dos últimos años ha aumentado su requerimiento de insulínico hasta 50 unidades, y ahora con mayor frecuencia infringe la dieta tomando

alimentos del refrigerador a escondidas, especialmente cuando se enoja o deprime al -- descender su rendimiento escolar, o bien cuando tiene discusiones con la madre y ella le reclama su conducta.

Su carácter es descrito como enojón, rebelde, pesimista e inconforme. Se queja con cierta frecuencia de ser diabético, y hace hincapié en su mala suerte, dice que "un día va a comer tanto para que de una vez se muera", entonces la madre se angustia, y le constesta que "Dios castiga a los suicidas", a lo que él responde: "No hay Dios ni na da" y cuando ella trata de calmarlo acaba por aseverar que "Dios es injusto". Con el padre nunca habla de estos temas relacionados con la muerte.

El paciente se queja de la inyección diaria de insulina, y a veces él se inyecta, aunque por lo general la madre lo hace pretextando que no hay tiempo para que el niño lo haga por sí mismo, además piensa que es demasiada responsabilidad para él, y que si se le dejara quizá no se inyectaría, al menos temporalmente. Ha observado la madre -- que en el niño aumenta el requerimiento de insulina cuando está triste o deprimido, ya que entonces infringe también la dieta, aunque miente diciendo que no ha comido -- más de lo que debe, pero la mentira lo deprime aún más estableciéndose un círculo vicioso.

Los padres se preocupan por el futuro del paciente, porque él desea llegar a ser -- un profesionista y ellos temen que ésto no pueda suceder debido a su enfermedad, ade-- más les preocupa también que llegue a enamorarse y sea rechazado por alguien que no pueda entender su padecimiento.

El padre se siente en cierta medida culpable de la Diabetes, ya que ésta se ha -- presentado en su familia (abuelo paterno, tío paterno), y aunque él no está en contacto directo con el control médico culpa a la madre de no saber tratar bien al niño y no controlarlo.

c) Historia Familiar y Personal. -

Hay antecedentes diabéticos en la familia paterna, ya que la han presentado el abuelo y un tío, el primero de ellos ya fallecido.

La familia está constituida por el padre de 42 años de edad, que trabaja como linotipista, y la madre de 37 ocupada en labores de la casa. Han procreado 5 hijos, pero la hija mayor murió a la edad de 3 años de poliomelitis, cuando el paciente, que la seguía en edad tenía un año, después es otra mujer de 10 años, y otra de 6 años y por último un varón de 4 años. El niño en estudio, pelea con todos los hermanos en especial con las mujeres a quienes molesta y provoca cuando está de mal humor.

Procede de un embarazo y parto normales, el desarrollo temprano fué también dentro de límites normales. Fué alimentado al pecho durante 11 meses y desde el sexto mes alternado con biberón. A los 3 meses empezó con otro tipo de alimentos (papillas) que fueron recibidos con muy buen apetito de parte del paciente. El destete fué brusco, debido a la enfermedad de la hermana mayor, incluso hubo necesidad de separarlo del hogar y llevarlo a vivir con una tía durante 15 días, sin presentar por ello llanto o falta de apetito.

Antes de nacer la hermana que le sigue, estaba muy "llorón", pero ésto cesó con el nacimiento convirtiéndose entoces en un niño "quejumbroso".

Entró a la escuela a los 7 años, y en general su aprovechamiento es bueno, incluso se preocupa excesivamente cuando no obtiene los primeros lugares y mejores calificaciones, le gusta mucho estudiar. - Actualmente cursa el 6o. año.

Pertenece a la asociación de "boys scouts", le gusta mucho salir de excursiones, pero la mamá se preocupa con exageración pensando que pueda ocurrirle algún accidente (coma, hipoglicemia).

Nunca ha necesitado un internamiento de emergencia en el Hospital, por coma,

sólo en una ocasión tuvo una hipoglucemia de la cual salió con rapidez estando sólo -- una hora en el Hospital.

La madre de este paciente colabora en todas las entrevistas, incluso ella misma - pregunta si el niño puede entrar a tratamiento en el Departamento.

Es una persona muy sensible e interesada en ayudar realmente a su hijo.

Estudio Psicológico.

a) Entrevista con el paciente.

Se trata de un niño que físicamente representa su edad cronológica, pertenece a la clase media, adecuadamente arreglado y limpio. - Al principio de la entrevista se muestra ansioso y tímido, pero poco a poco su actitud va siendo más tranquila y coope-
rante. Se logra con él una buena relación.

Nos dice que desde que tenía 7 años empezó su Diabetes, que él piensa que quizá tenga alguna relación con dos sucesos previos a la presentación de su sintomatología:

1 " En una ocasión iba a entrar a la casa de su abuelita, pero el perro lo desconoció y se le hechó encima.

2o. Empezaba a andar en bicicleta se le paró la llanta de adelante y se cayó, - abriéndose la boca por dentro."

Al poco tiempo de estas dos situaciones, la madre empezó a notar, que su orina estaba pegajosa, lo llevaron con un médico particular, quien le hizo el diagnóstico y lo sujetó a una dieta rigurosa.

Señala nuestro paciente con espontaneidad que con este tipo de dieta se sentía - "desesperado" robaba pan para comérselo.

Después se le trajo al Hospital Infantil y desde entonces se le ha controlado. Señala que su dieta ahora es mucho más libre, que no le es difícil seguirla.

En general a él no le gustaba ni los dulces, ni los pasteles, de vez en cuando -

sólo comía algún chocolate.

A veces, en la mesa, viendo comer a los demás se le antoja comer.

Las fiestas por eso, no le gustan, porque facilmente rompe su dieta.

Se le pregunta directamente que pensó cuando se le dijo que era Diabético y señala: "Pensé que ya no sería un niño normal, que lo que los otros comieran, no podría yo comerlo. Pero ahora ya no me siento diferente, soy igual que ellos, estoy Diabético pero nada más."

En relación a la escuela, nos dice que le gusta mucho, cursa el sexto año, - pero sólo va "regular" porque tiene 9 de Promedio.

Le gusta mucho la Aritmética y la Historia. Cuando sea mayor quisiera estudiar Ingeniero Civil, porque le gustaría construir puentes, carreteras. No tendría preferencia por ninguna otra carrera.

En la escuela durante el recreo, no le gusta jugar, más bien prefiere descansar o jugar a las canicas, cualquier juego donde no tenga que correr mucho.

Dice tener 3 hermanos, él, es el mayor, después sigue una niña de 10 años, - después otra de 6 años, y luego un niño de 4 años. Se lleva mejor con el hermanito pequeño, pero se aburre, quisiera mejor haber tenido un hermano más o menos de su edad y con él se llevaría muy bien.

A la prueba de los 3 deseos contesta que quisiera:

- 1o. Un auto-car para subirse y andar
- 2o. Un hermano de su tamaño, para llevarse bien y jugar
- 3o. Ser ya un señor, un ingeniero y estar ya recibido.

En cuanto a lo relacionado con su tratamiento, dice que desde hace ya un año, aprendió a inyectarse él sólo, pero esto lo hace sólo a veces, quien generalmente lo in

yecta es la madre. Todos los días hace los análisis de orina, y explica, cual es el procedimiento para hacerlos, también dice que en general es la madre quien hace estos análisis hasta dos veces al día.

b) Los resultados en las pruebas son los siguientes:

Dibujo de la Figura Humana

El dibujo es muy pequeño, colocado muy próximo a los márgenes superior e izquierdo de la hoja.

Esto nos hablaría en nuestro paciente de inseguridad, constricción y sentimientos de minusvalía corporal. Existe especial conflicto en relación a su propio cuerpo, se vive como insignificante y esto le produce gran inseguridad. El dibujo en sí presenta más o menos una buena estructura con la presencia de los elementos esenciales de la persona humana.

Bender.

El Bender presenta muy buena estructuración lo que denota en nuestro adolescente muy adecuada percepción en relación a la gestalt. Al realizar las figuras se mostró en extremo cuidadoso, borrando varias veces con una actitud verdaderamente perfeccionista. Siguió un orden preciso en la colocación de las figuras, con una buena distribución del espacio. En realidad el paciente se encuentra por encima de su nivel de maduración respecto a la capacidad visomotora. Sus trazos son ligeramente inseguros en los ángulos y en la línea curva.

Hay cierta distorsión en cuanto al tamaño de las figuras, porque la mayoría presentan un menor tamaño que el modelo, lo cual expresa cierta tendencia a la constricción.

Wechsler.

C.I.V. =129 Superior

C.I.E. =120 Superior

C.I.G. =127 Superior

Hay en el paciente un rendimiento intelectual muy alto, ya que aunado a una rica dotación natural se ha desarrollado en sus capacidades intelectuales fuertemente - estimulado en los aspectos culturales. Posee la capacidad de resolver satisfactoriamente problemas que se le planteen, empleando su experiencia previa y con muy buena capacidad de juicio. Respecto a la formación de conceptos funciona ya en un plano abstracto, aunque en ocasiones vuelve a los planos funcional y aún concreto.

El nivel de Vocabulario, está muy por encima de lo que se espera en su edad.

Por otra parte vemos en los subtests de ejecución que actúa por ensayo y error, pero de una forma flexible y cuidadosa, captando las totalidades, y con buena capacidad de análisis y síntesis, así como de planear y realizar.

Symonds.

Las historias del Symonds, expresan con claridad los conflictos de este adolescente en muchas áreas. En un principio se muestra evasivo, pero después, una vez que ha bajado el nivel de Ansiedad empieza a expresar preocupación por ser aceptado y temor a ser rechazado. Siente por otra parte, que es incapaz de enfrentarse él sólo a situaciones que exigen por su parte responsabilidad, y antes esta posibilidad se angustia y vuelve a buscar la forma de depender de una figura fuerte, pero otras veces lucha - por ser y sentirse independiente, estableciéndose como vemos una actitud ambivalente hacia estos aspectos. Manifiesta una preocupación por lo exterior, porque siente que - su ambiente lo priva, no lo gratifica y por ello lo critica, como una forma de agredir-

lo intelectualmente, y expresa también con ésto un sentimiento de inferioridad que trata de compensar, sobresaliendo en forma especial en el rendimiento intelectual. Cuando se le frustra, reprime la agresión que ésta frustración le provoca, o bien la dirige hacia sí mismo y se deprime, cosa que ocurre también cuando no puede realizar lo que se propone.

Consideramos como de los puntos más importantes en su psicología la existencia de sentimientos de soledad. Temor intenso a esta soledad, y a lo que él ha equiparado con ella: a la muerte, aún cuando en fantasía lo ha manejado como una forma de auto-agredirse y destruirse, quizá como el punto máximo de la depresión, pero estas fantasías son manejadas sólo como tales, en nivel intelectual.

Para este chico la fuente en la que obtiene el máximo grado de seguridad es el manejo intelectual la inteligencia y el buen rendimiento. Su "yo" es un yo fuerte - que maneja adecuadamente la realidad externa, exagera sus propias limitaciones, pero trata de compensarlas su actitud hacia la vida está matizada de un tinte pesimista y depresivo.

Rorschach.

En esta prueba muestra una actitud cooperante, sin embargo puede rendir mucho mejor en pruebas y situaciones muy estructuradas que en las que no lo son, porque hay en él una preocupación exagerada, por lo exacto, lo preciso, lo intelectual que no le permiten desarrollar otras de sus capacidades como es la creatividad la imaginación. Su tipo vivencial, por tanto es extratensivo, relacionándose más hacia afuera, y controlando su vida interna, particularmente los aspectos instintivos.

La figura humana es percibida como compitiendo; para él la vida es una lucha, en la que se tiene que ganar. Muestra preocupación por sí mismo, por su integridad cor

poral (lo cual sería muy explicable dada su enfermedad).

Analizando el tipo de respuestas que dá vemos que hay una gran preocupación por la simetría, por la exactitud hasta el detallismo, que podría hablarnos de elementos obsesivos, minuciosidad como una forma de control.

Por otra parte vemos que en el niño hay una especial sensibilidad es particularmente susceptible a los cambios, aunque sean pequeños, lo que determina que se preocupe por lo que se dice de él. En su personalidad hay núcleos depresivos, de importancia.

El afecto es importante para él, pero sólo lo maneja en forma intelectual, sin comprometerse y aparentemente en forma adecuada.

Su primera relación ante situaciones que no conoce es evasiva y expectante.

Su yo es fuerte, bien estructurado, maneja adecuadamente el principio de realidad, puede controlar la impulsividad.

Maneja como principal mecanismo de defensa la Intelectualización.

c) Impresión y Resumen del Caso:

Como hemos podido darnos cuenta a lo largo del estudio, este paciente tiene un muy alto rendimiento intelectual, correspondiente a Superior. Este rendimiento es para él su principal fuente para obtener seguridad.

Hay en él sentimientos de inferioridad que trata de superar. Su personalidad tiene elementos de tipo obsesiva, minuciosidad como una forma de control. Se han estructurado importantes núcleos depresivos que matizan su conducta. Teme a la soledad y a la muerte.

CASO No. 9.

Resumen de Historia Clínica.

Sexo: Masculino

Edad: 7 años 6 meses.

a) Iniciación del Padecimiento y Padecimiento Actual:

La Diabetes se inició a los 3 años de edad del niño con síntomas de polidipsia, - adelgazamiento, somnolencia y enuresis. Se presentó a raíz de haber tenido sarampión.

Piensa la informante que también la situación emocional por la que atravesaba - el hogar era difícil, porque entonces el esposo andaba con una mujer que fué a buscarlo a su casa, y al encontrarse ambas mujeres y el señor fué una escena violenta en la que hubo golpes, insultos, etc. y fué presenciada por el niño con lágrimas y mucho temor, que se centró posteriormente en la persona del padre, quien por otra parte es un hombre violento y agresivo.

Toda la familia, en forma casi patética ha girado en torno a la Diabetes, ya que es diabética la abuela materna (con quien viven actualmente aquí en México) y una -- tía materna, así como el "padrino" que es un político con quien el esposo trabaja como ayudante, y quien se ha encargado del hijo mayor del matrimonio, (quien tiene 11 años) Este "padrino", es también quien los ayuda económicamente, y su influencia es decisiva dentro del hogar, es un hombre dominante que prohibió que se le aplicara Insulina - al paciente durante un tiempo, con una actitud sobreprotectora e ignorante que trajo - como consecuencia un estado de coma por el que fué indispensable internar de emergen- cia al niño en el Hospital. Tanto el padrino como el padre buscan sobreprotejer al pa- ciente en exceso, con actitudes compensatorias, la madre se opone a este manejo lo -- que ocasiona un sin fin de disgustos hogareños.

Al principio el niño mostraba verdadero pánico a las inyecciones, que ha ido dis- minuyendo con el tiempo. Ha aumentado su requerimiento insulínico de 10 a 30 unida- des.

Ha presentado choque hipoglucémicos frecuentes, aunque en ocasiones hay verda- dera simulación de los síntomas cuando no obtiene lo que quiere. No sigue una dieta -

correcta, aunque rara vez infringe los alimentos prohibidos, sólo en casos también manipulatorios para conseguir lo que desea.

El paciente habla mucho de su enfermedad para "ser como los demás", y reza con frecuencia para que "Dios lo cure".

b) Historia Familiar y Personal.-

Hay antecedentes de Diabetes en la rama materna: la abuela y una tía.

La familia está compuesta por el padre de 32 años que trabaja como ayudante de un político, es un hombre violento, aficionado al alcohol, parrandas y mujeres, poco interesado por los hijos, la esposa que se encarga del hogar y los 3 hijos: el mayor de 11 años (vive con el padrino) el paciente de 7 años y medio y una niña de un año, cuyo nacimiento no fué deseado por los padres debido a los continuos pleitos familiares y por temor a la Diabetes.

Son originarios de Fresnillo Zacatecas, en donde vivieron cuando se casaron, después se fueron a Culiacán, Sin. y por último han venido a radicar al Distrito Federal, todo ello debido al trabajo del padre.

Refiere la informante que durante el embarazo del paciente se sentía muy sola y deprimida por no tener a su hijo mayor con ella y además el esposo por primera vez andaba con otra mujer, sabiéndolo ella, y tomaba casi a diario. El parto fué normal, alimentándolo al pecho desde los 7 meses. El destete fué gradual y bien aceptado por el niño. A los 7 meses presentó una gastroenteritis severa con diarrea y vómitos. - Inició entrenamiento para control de esfínteres al año y medio con métodos punitivos, el niño se mostraba atemorizado, y logró este control a los dos años.

Hasta la fecha presenta Anorexia parcial. Entró a la escuela pero reprobó un año por el cambio de ciudad. En general su aprovechamiento escolar es aceptable.

La madre de este paciente es una mujer llena de resentimiento, celos y am

bivalencia, dice que quisiera divorciarse pero no lo hace porque no podría mantener a sus hijos. Se encuentra angustiada y con frecuencia llora en las entrevistas.

Estudio Psicológico.-

a) Entrevista con el Paciente.

Este es un paciente del sexo masculino que se relaciona bien, espontáneo, aunque un poco ansioso.

Refiere que está repitiendo el primer año escolar, porque el anterior lo -- perdió debido a enfermedades.

Desde hace 3 años se le diagnosticó la Diabetes, y refiere no recordar ni guna impresión intensa de susto, antes de la presentación de la sintomatología.

Su padre trabaja en un banco y él quisiera cuando sea grande, poder traba jar en lo mismo. La familia está constituida por 3 hijos: un varón de 11 años, después el paciente, y por último una niña de un año.

Viven en la casa de la abuela materna, quien también es diabética. Con anterioridad vivían en Fresnillo Zacatecas, allí le era difícil el control de su enfermedad, pero ahora estando en México asiste con regularidad a la consulta en el Hospital Infantil.

En una ocasión fué llevado a emergencia por coma diabético.

Indica que se siente triste por ser diabético, que le gusta mucho los dulces, pasteles, etc. y que por lo tanto le es difícil no comerlos. Dice que la inyección de - Insulina le duele mucho, que tiene que morder una almohada para no gritar cuando su - mamá lo inyecta, siendo ella la que lo hace todos los días, al par que los análisis. Se cansa fácilmente cuando juega.

El niño coopera en la realización de las pruebas,

b) El resultado del estudio es el siguiente:

Figura Humana.

El diseño del paciente, presenta una estructura que está por debajo del nivel correspondiente a su edad los trazos son muy ansiosos e inseguros. Se acentúan los dedos y la boca que dibuja abierta con los dientes en la actitud agresiva hacia el exterior. Se percibe a sí mismo como la figura que ha pintado; el cuello lo dibuja largo, detalle que interpretamos como separación entre los aspectos intelectuales y los afectivos.

Bender.

El Bender nos muestra una capacidad viso-motora pobre, los rasgos son muy ansiosos, en algunas de las figuras hay buen trazo de líneas rectas y ángulos (fig A y 4), en otras se nota que el dibujo fue hecho con dificultad (fig 7 y 8) y particularmente - los ángulos.

Las figuras están colocadas próximas al margen superior de la hoja, denotando una necesidad de búsqueda de apoyo. No se colocan siguiendo un orden preciso sino en forma arbitraria.

El paciente tiende a la simplificación al trazar redondeles en vez de puntos (fig. 3) distorsiona al modelo, porque hace las figuras más pequeñas que éste, con una actitud inhibida

Wechsler.

C. I. V.:	97 Promedio.
C. I. E.:	99 Promedio.
C. I. G.:	98 Promedio.

El rendimiento intelectual es homogéneo dentro de un nivel promedio. En la escala verbal vemos que desciende en Aritmética y Dígitos, subtests que son muy vulnerables a factores de ansiedad.

Su comprensión es adecuada, mostrando capacidad para la resolución de problemas de la vida diaria. Su Información en cambio está por debajo de su nivel, como si en los aspectos culturales hubiera encontrado muy escasa estimulación.

En ejecución vemos que su capacidad de análisis y síntesis es buena, así como su capacidad viso-motora.

C. A. T.

El paciente puede desenvolverse mejor en las situaciones conocidas, entonces se va expresando con mayor espontaneidad, especialmente en relación a la agresión.

El frente que nos presenta es de tipo obsesivo, se reocupa por los pequeños detalles y la limpieza, tiende al perfeccionamiento, pero sólo actúa obsesivamente cuando tiene una autoridad externa que lo limita. Cuando no hay presión exterior manifiesta agresión abierta, con importantes fantasías de destrucción y muerte. Desarrolla sus capacidades imaginativas y de fantasía porque dentro de este mundo, puede expresarse sin límites ni restricciones. Sólo en apariencia hay una buena relación social, porque en el fondo hay rivalidad y agresión.

La figura paterna es la figura de autoridad, pero es una figura lejana y poco consistente. Parece haber mayor cercanía emocional con la figura materna.

Hay en él sensación de que ha sido rechazado y abandonado. Siente que puede ser destruído por el ambiente (proyección de su agresión). Esta agresividad es primitiva.

Rorschach.

El rendimiento de nuestro paciente es mejor al principio de la prueba, porque cuando interviene el elemento cromático, el rendimiento desciende y las respuestas denotan formas mal vistas.

Cuando se apega a lo aceptado puede estructurarse mejor, pero cuando intenta dar respuestas originales, estas son de mala calidad. Sin embargo puede llegar a desarrollar capacidades creativas e imaginativas. Sus técnicas defensivas son primordialmente de tipo intelectual.

Percibe a su ambiente como agresivo, aún más, como frío e incapaz de brindarle nada.

La figura paterna por ser lejana no ha sido propicia para formar una buena -- identificación. Está más cerca de la madre buscando su protección y seguridad. Para ser aceptado necesita actuar en forma más infantil.

En general se muestra sensible a los cambios del ambiente y por ello se deprime con facilidad. Su actitud aplanada muestra tintes depresivos.

c) Impresión Diagnóstica.

Nuestro paciente tiene un rendimiento intelectual promedio.

Presenta una apariencia rígida y perfeccionista, tras la cual hay fuertes cargas de agresión que teme expresar abiertamente. Hay elementos de tipo depresivo.

Parece haber una buena adaptación, pero el manejo de la agresión le causa - conflictos, por lo que en ocasiones la dirige contra sí mismo (auto-agresión).

CASO No. 10

Resumen de Historia Clínica.

Sexo : Masculino

Edad : 11 años 7 meses

a) Iniciación del padecimiento y Padecimiento Actual:

El padre de este paciente es Diabético desde hace 4 años, con anterioridad - era un hombre obeso, pero con la enfermedad perdió unos 20 kilogramos aproximados. -

Se encuentra en tratamiento y control médico con dieta libre y pastillas hipoglucemiantes (no insulina). En la rama materna no hay ningún antecedente de Diabetes.

Dos años después de la presentación del padecimiento en el padre el niño inició los síntomas de pérdida de peso, polifagia, polidipsia, poliuria y en pocos días fue hecho el diagnóstico. Un mes antes había tenido una fuerte "hemorragia nasal".

La madre no reporta ningún otro dato en relación a esta iniciación, incluso - hace hincapié en que no hubo ninguna situación traumática de índole emocional.

A lo largo de las entrevistas esta actitud "negadora" de todo conflicto persiste indicando que dentro del hogar hay armonía.

El niño se deprimió y lloró mucho al saber que su enfermedad era incurable, - pero pronto se sobrepuso a ello, y ahora muy rara vez se manifiesta triste. Al decir de la señora nunca se ha expresado temores en relación al futuro o a la muerte ni culpa a nadie de su enfermedad.

El los últimos dos años ha aumentado su requerimiento insulínico y la informante piensa que esto pueda deberse a una actitud de menos exactitud y obsesividad en la dieta. El niño rara vez infringe la dieta y excepcionalmente ha tomado algún alimento del refrigerador a escondidas. Nunca ha presentado comas ni estados hipoglucémicos.

El paciente habla muy poco de su Diabetes, y el padre también, de tal manera que éste tema en muy pocas ocasiones es tratado dentro del hogar. Incluso el padecimiento es un secreto que el niño no ha comunicado en la escuela ni aún a sus amigos más íntimos. Rehuye ir a fiestas y a reuniones en las que corre el peligro de infringir su dieta; y existe la posibilidad de que otras personas puedan enterarse de su enfermedad.

La madre indica que aunque es ella quien inyecta diariamente al niño, él ya está en condiciones de hacerlo por sí mismo, porque es muy responsable. La familia ha

procurado no consentirlo ni sobreprotejerlo, expresando la señora que con estas actitudes los perjudican. Ella teme en relación al futuro del paciente que pueda ser rechazado en aspectos de noviazgo o matrimonio. Respecto al deseo del niño de ser médico, piensa que éste si puede ser factible.

b) Historia Familiar y Personal.

La familia está constituida por el padre de 43 años de edad que trabaja como joyero grabador y la madre de 38 años ocupada del hogar. De ambos éste es su segundo matrimonio. En la casa viven los hijos de los dos, de la señora son 3: una mujer de 18 años, y dos varones de 16 años y 15 años, y del señor dos varones de 20 años y 19.

En éste matrimonio han procreado al paciente de 12 años y a una niña de 9 años. El es el único diabético de los hermanos, y además desconoce los matrimonios previos de los padres.

Proviene de un embarazo que cursó normalmente y de un parto normal. Lactancia al pecho durante 9 meses, alternando con biberón desde los 7 meses, bien aceptado. Otros alimentos desde los 6 meses, siempre ha comido bien, siendo catalogado como "comelón".

Nunca ha habido separación entre el hijo y la madre; y ella piensa que nunca ha tenido problemas en el desarrollo del niño, ni este ha manifestado rivalidad con los hermanos.

Respecto a la escuela tampoco hay conflicto, actualmente cursa el 5o. año de primaria, habiendo perdido el 3o. debido a su Diabetes, antes era un estudiante regular pero desde que se inició el padecimiento ocupa los primeros lugares y se interesa mucho por el estudio.

Desea llegar a ser médico, idea que tiene desde que empezó la Diabetes, ha-

ce 3 años.

Estudio Psicológico.

a) Entrevista con el Paciente.

Este es un preadolescente de la clase media de escasa estatura, delgado, que mantiene una actitud tímida y distante.

Establece una relación interpersonal pobre no se muestra interesado ni en la entrevista psicológica, ni en la aplicación de pruebas.

Persiste en la actitud de que no tiene problemas ni en relación a su enfermedad, ni a su propia adaptación, ni a su situación familiar o escolar. Actualmente cursa el 5o. año, porque repitió el 3o. debido a que sufrió una hemorragia, por la que tuvo que permanecer en cama durante un mes y medio.

Señala que está enfermo de Diabetes desde hace 3 años, recuerda que se sentía muy cansado y se le hizo éste Diagnóstico. El padre es Diabético y se le manifestó la enfermedad dos años antes que él. Nuestro paciente nunca ha estado en coma, ni en Hipoglucemia. Practicamente come de todo un poco, exepcto dulces que por otra parte no le han gustado tampoco ni los pasteles o chocolates.

Considera que después de su enfermedad ha seguido como siempre, no le importó mucho, porque sigue comiendo todo y hace ejercicio. Sólo tiene la molestia que se cansa cuando corre mucho. Le gusta jugar foot-ball, base-ball y también nadar.

La escuela le gusta y obtiene muy buenas calificaciones, tiene muchos amigos que van a su casa, o él va a la de ellos.

Cuando sea grande quisiera ser médico porque le gustaría saber como es y como funciona el organismo. Desde que estaba en 3er. año, empezó a pensar que le gustaría ser médico (quizá ésto coincida con la presentación del padecimiento).

No relaciona ningún acontecimiento particular, previo a la iniciación de la --
Diabetes.

Dice tener 6 hermanos y que él ocupa el penúltimo lugar dentro de la familia.

Es su madre quien siempre lo inyecta y hace los análisis. Recibe 50 unidades de insulina, quisiera aprender a inyectarse él sólo, cuando sea ya más grande.

b) En las pruebas psicológicas observamos:

Dibujo de la Figura Humana. -

El dibujo presenta gran tamaño, realizado en la parte central de la hoja, éstos nos hablaría de una fuerte necesidad de auto-afirmación. La que presenta una mejor estructura dentro del dibujo es la cara lo que indicaría que hay un mejor rendimiento en los aspectos intelectuales. En el tronco los rasgos son inseguros, especialmente en la parte inferior de éste, quizá como una manifestación de ansiedad en relación a problemas sexuales (propios de la edad). Las manos son grandes y agresivas. En el centro del tronco se -- han enfatizado botones y un cinturón, lo que hablaría de cierta actitud dependiente, que viene a corroborar el tamaño grande de la boca. Los ojos no están muy bien definidos, - guardan una actitud más bien evasiva y expectante. Los rasgos de la figura en general son inseguros.

Bender.

El Bender presenta una muy adecuada estructuración de la gestalt lo que denota buena percepción. Hay orden y planeación en la colocación de las figuras, sin embargo, estas se encuentran más bien próximas al margen superior de la hoja, como una actitud - de búsqueda de apoyo. Los rasgos del dibujo son débiles e inseguros, particularmente el - trazo de ángulos. Trata de presentar un frente adecuado y suave.

Weschler.

C.I.V. = 115 Normal Brillante

C.I.E. = 121 Superior

C.I.G. = 120 Superior

El rendimiento intelectual de este chico es muy elevado, ligeramente más alto en la escala de ejecución que en la verbal. Hay una buena dotación natural, que se ha incrementado, por otros conocimientos y aspectos culturales. La formación de conceptos se establece en un plano bien abstracto, o bien funcional. Hay cierta ansiedad que le hace descender el rendimiento en Dígitos. La capacidad de juicio está dentro del Promedio esperado en los niños de su edad.

El nivel de Vocabulario es superior al que normalmente encontramos a los 11 años.

Existe una buena capacidad viso-motora de planear las tareas que se le encomiendan y realizarlas satisfactoriamente. En este tipo de subtests de ejecución su actitud es flexible, para análisis y síntesis de lo que se le ha encomendado.

Symonds.

Las historias del Symonds son largas en ellas proyecta sus conflictos; porque percibe que dentro de las narraciones fantaseadas no es peligrosa la expresión de sentimientos de agresión, rechazo, etc.

La mayoría de las historias narran situaciones semejantes, hablando del conflicto dependencia-independencia, en varios niveles, tanto en la relación con las figuras de los padres como en la situación escolar. El busca una compensación en aspectos intelectuales y en el desarrollo a lo máximo de sus posibilidades para no sentirse inferior. El rendimiento intelectual es una fuente de seguridad. Por otra parte siente que tiene que rendir satisfactoriamente, para agradar a los padres, quienes pretenden que han hecho -

mucho por él y de lo cual debe estar muy agradecido.

Esto le crea hostilidad y cuando intenta dejar de depender evade también sus responsabilidades escolares. Hay agresión encubierta, especialmente hacia la figura materna.

El manejo de la agresividad sólo puede ser en niveles de fantasía.

Nuestro adolescente se preocupa por el porvenir pero aún no sabe con exactitud si seguir dependiendo y obtener pasivamente la satisfacción de sus necesidades o -- bien independizarse y enfrentarse a situaciones nuevas que le causan gran temor. Se -- preocupa por el matrimonio y establecimiento de una relación con figuras femeninas. - Pero en ésta búsqueda hay todavía inmadurez porque busca de éstas figuras dependencia y protección.

La "muerte" es un pensamiento que lo persigue, la vive como una amenaza inminente del exterior, y ante la que se siente impotente.

Rorschach.

El paciente puede rendir más en las situaciones bien estructuradas, y cuando - se le ponen límites precisos, ya que muestra temor a desarrollar sus capacidades de creatividad e imaginación por rigidez y exagerada exigencia a sí mismo. Su capacidad intelectual es alta; su tipo vivencial intratensivo, porque aunque tiende a la espontaneidad puede ser muy peligrosa si la expresa. Por esto tiene que emplear toda su energía para reprimir lo que puede ocasionarle tensión y así se incapacita para relaciones suaves y afectivas.

Muestra preocupación por su cuerpo, lo cual es normal es un paciente con un padecimiento somático crónico.

El chico ante situaciones nuevas se muestra temeroso, porque siente que el - exterior es amenazante y peligroso, en realidad, él mantiene una actitud más bien in-

fantil (sus respuestas de figuras humanas son niños, no adultos), actitud en la que todo le es brindado y que él acepta pasivamente. Se deprime con facilidad ante las situaciones externas, ya que es muy sensible a los cambios; Se han estructurado elementos depresivos.

Encontramos en este niño vivencias de muerte que lo inquietan exageradamente.

Es importante señalar que el paciente se preocupa por el alimento, es probable que la insatisfacción real consecuente a la enfermedad, se haya unido a la privación oral ya existe desde la primera infancia, y ésto haya ocasionado exacerbabción de esta necesidad.

c) Impresión del Caso. -

Como hemos podido ver este es el caso de un pre-adolescente con una capacidad intelectual muy elevada, correspondiente a Superior. Sus logros en sentido intelectual son para él una importante fuente de obtención de seguridad.

Hay en él una estructura básicamente depresiva, con una situación de privación oral importante. Su actitud hacia el exterior es pasiva y dependiente, sin embargo por este motivo se han acumulado fuertes cargas de agresión que pudieran hacer crisis muy posiblemente en la adolescencia, cuando surja la necesidad de independencia. Quizá el conflicto pudiera presentarse en alguna otra forma y el paciente continuar con su actitud pasiva.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

Al terminar la exposición del trabajo que hemos realizado, concluimos y enfatizamos algunos puntos que consideramos de importancia.

1o. No se encontró ningún aspecto común en las características de la personalidad de los pacientes estudiados que tuviera una relación directa con edad, sexo, condición socio-económica o época de iniciación del padecimiento; aunque el grupo fue pequeño y - por tanto era de esperarse que no se encontraría una relación significativa entre Diabetes y estos factores.

2o. En el grupo de niños investigados no se encontraron patrones de personalidad similares pero sí algunos aspectos de índole muy general como elementos depresivos que fueron comunes en todos los casos de este estudio.

3o. Estos elementos depresivos no es posible diferenciar si existían previamente - a la aparición de la Diabetes y aún más, imposible asegurar si pudieron haber sido cuantitativamente hablando de mayor intensidad que en niños no diabéticos.

4o. Podemos pensar que gran parte de estos elementos depresivos pudieron ser - ser consecuencia del impacto emocional que sobre el niño produce la Diabetes.

5o. El hecho de que en este grupo se encontraron diferencias notables, tanto en - los aspectos de la personalidad de los pacientes, como en la psicodinamia familiar y en su - conducta aparente, le da mayor significación a las conclusiones previamente anotadas.

6o. Se encontró una franca relación entre una buena estructura familiar y una buena estructura de personalidad del paciente así como una mala estructura de personalidad en una deficiente estructura familiar. También como era posible suponer, encontramos que los - niños con poca patología psicológica manejan su Diabetes en forma más adecuada, tanto en

lo que respecta a episodios difíciles de su enfermedad como al manejo terapéutico en general; están mejor adaptados a su padecimiento.

7o. En 8 de los 10 casos existe el dato de un "intenso choque emocional" en el niño previo a la aparición de los primeros síntomas francos de Diabetes, que produjo básicamente una reacción de miedo intensa. Además es digno de mencionarse el hecho de que - estos choques los recuerdan como cosa sobresaliente en la mayoría de los casos, tanto los padres como los pacientes (el dato fue obtenido de los padres en la historia clínica y del paciente en la entrevista psicológica).

Uno de los comunes denominadores de estas situaciones de pánico parecería que está en relación o con la pérdida de la integridad física del propio paciente o con la pérdida de los padres (o su equivalente simbólico), principalmente por separación brusca.

8o. Ya que en la literatura médica habíamos visto mencionada una posible correlación entre padecer Diabetes y tener un cociente intelectual elevado, en el presente estudio no encontramos ningún dato significativo al respecto, ya que los cocientes intelectuales (C.I.) obtenidos en los niños estudiados fueron cuantitativa y cualitativamente muy diversos (desde Normal Bajo hasta Superior).

9o. En un número importante de casos se pudo observar una actitud de "sobrepotección" de parte de los padres, lo cual hablaría en favor de sentimientos de temor hacia la enfermedad que el niño padece y también "conducta sobreprotectora" que implica indudablemente sentimientos de culpa intensos por parte de estos padres hacia sus hijos.

Estas actitudes "sobrepoteccionas" hacen que los padres de estos niños frecuentemente ignoren la realidad en la que el niño se encuentra, puesto que es más importante sobreprotegerlo para acallar los sentimientos de culpa internos.

10o. En varios de los casos fue evidente la presencia de pensamientos y sentimientos relacionados con la muerte; sentimientos y pensamientos que no es frecuente observar en otros enfermos (aunque no se tomó un grupo control, esta aseveración sería dada más bien -- por la experiencia cotidiana en la realización de pruebas psicológicas a niños).

La muerte es concebida en formas variadas pero con el elemento común de erigirse fantasías en relación a ella que no necesariamente concuerdan con la realidad de dicho suceso. Por ejemplo: la muerte como liberación de sufrimientos, o bien la muerte como un instrumento de castigo expiatorio de sentimientos de culpa.

11o. Podemos pensar que en este grupo de niños la presencia de sentimientos y -- pensamientos relacionados con la muerte sean derivados de las probabilidades reales que este evento tiene de acaecer ya que el niño que ha experimentado un coma diabético, un estado hipoglucémico severo o ha tenido el conocimiento puramente intelectual de estos hechos teme que tales posibilidades puedan acontecerle y por lo tanto de ninguna manera sean un -- mero producto de situaciones de índole puramente psicológica.

12o. En prácticamente todos los casos se pudo observar que los niños utilizan su -- propia enfermedad como un instrumento de auto-agresión y auto-castigo, cuando por cualquier motivo existían en ellos sentimientos de culpa. Desde este punto de vista puede decirse que la Diabetes se constituye en un arma adecuada para la realización de actitudes auto-destructivas.

13o. En otro nivel el padecimiento es utilizado por los niños enfermos como un medio de agresividad hacia el medio familiar y más particularmente en relación a sus padres, pues sabiendo las angustias que éstos sufren en relación a la enfermedad, en cuanto tienen motivo que despierten su agresividad hacia ellos, emplean su enfermedad para agredirles. Este modo lo implicaría un empleo primario de la enfermedad como "vehículo para la expresión de sen-

timientos por parte de los niños.

Sin embargo en la totalidad de los casos se pudo observar claramente aunque en formas muy variables, que cada uno de los pacientes utiliza a su enfermedad frecuentemente con fines manipulatorios para con sus padres y este sería un modelo de tipo secundario ya que la meta entonces es la obtención de "ganancias secundarias."

14o. Puesto que en la Diabetes es de tanta importancia el control de la alimentación, pudimos apreciar que en estos pacientes el manejo de la Dieta se convierte en un medio para la expresión de sentimientos y actitudes de muy diversa índole: desde ingestión exagerada de alimentos con fines de gratificación compensatoria de situaciones frustrantes y depresivas, hasta la manipulación plenamente conciente hacia los padres.

15o. Una de las conclusiones más importantes derivadas de los estudios realizados, es que los factores emocionales juegan un papel básico en el curso de la enfermedad y en el manejo del paciente diabético, tan importante así que puede afirmarse que de no tomarse en cuenta estos factores, la evolución de la enfermedad y su tratamiento serían sumamente difíciles y tormentosos. Por este motivo se considera de primordial importancia el que todo diabético juvenil sea estudiado psicológicamente, ya que, salvo en raras excepciones puede afirmarse que en estos niños se encontrarán alteraciones psicológicas de importante magnitud.

Como podrá observarse, muchos aspectos de las conclusiones derivadas del presente trabajo, coinciden con los conceptos obtenidos de los estudios resumidos de la bibliografía; algunos otros no pueden ser refutados o corroborados puesto que los enfoques en la investigación fueron diferentes. Las menos entre ellas, se encuentran en oposición a lo que aquí encontramos.

BIBLIOGRAFIA.

- 1) Ack Miller Weil Wb Jr.: "Intelligence of children with Diabetes Mellitus" *Pediatrics* 28 - Nov. 61
- 2) Alexander Franz, Hellen Ross: *Psiquiatría Dinámica*
- 3) Alexander Franz: *Medicina Psicosomática*.
- 4) Ames L.B. y J.Learned: *El Rorschach Infantil* Buenos Aires Paidós 1959.
- 5) Bell J.: "Técnicas Proyectivas" Buenos Aires Paidós 1959.
- 6) Bellak Leopold: "Test de Apercepción Infantil" (C.A.T.) Buenos Aires. Paidós.
- 7) Bruk Hilde: "Physiologic and Psychologic interrelationship in Diabetic Children" *Psychosomatic* XI - 1949.
- 8) Bruk Hilde and Hewelett Irma: "Psychologic aspectos of the Medical management of Diabetes in Children" *Psychosomatic Medicine* 9 May-June 1947.
- 9) De la Fuente Muñiz Ramón: "Psicología Médica" 2a. Edición F.C.E.
- 10) Etzwiller D.D. Sines L.K.: "Juvenile Diabetes and its management: family, social and -- academic implications" *JAMA* 181 Jul. 62.
- 11) Fisher Alfred E. and Dolger Henry: "Behavior and Psychologic problems of young Diabetic patients, a ten to twenty years survey" *Arch. Intern. Med.* 78 Dec. 1946.
- 12) Hinkle L.E. and Wolf S.: "Importance of Live Stress in the course and management of - Diabete Mellitus" *JAMA* 148 - 1952.
- 13) Hinkle L.E. Conges G.B. and Wolf S.: "Studies in Diabetes Mellitus II" *J.Clin. Inv.* -- Vol 30 1951
- 14) Hinkle L.E. and Wolf S.: "Studies in Diabetes Mellitus III" *Psychosom Med.* Vol. 13- 1951.
- 15) Hinkle L.E. and Wolf S.: "Studies in Diabetes Mellitus IV" *Psychosom Med* Vol. 13 1951

INDICE.

	PAG.
CAPITULO I.	
ASPECTOS MEDICOS DE LA DIABETES MELLITUS.....	2
CAPITULO II.	
REVISION BIBLIOGRAFICA.....	8
CAPITULO III.	
MATERIAL Y METODOS EMPLEADOS.....	19
CAPITULO IV.	
CASUISTICA.....	28
CAPITULO V.	
CONCLUSIONES.....	93
BIBLIOGRAFIA.....	97