

UNIVERSIDAD FEMENINA DE MEXICO.

302925

2  
250

TOLERANCIA A LA FRUSTRACION EN  
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA  
Y SUJETOS SANOS DE AMBOS SEXOS.

TESIS.

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LIC. EN PSICOLOGIA

PRESENTA:

MARINA LETICIA GUTIERREZ MARTINEZ.

DIRECTOR DE TESIS:

MTA. CLARISA LASKY WALERSTEIN.

MEXICO,

1993

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

# INDICE

INTRODUCCION	1
--------------	---

## PRIMERA PARTE.

### MARCO TEORICO.

#### CAPITULO I

1. INSUFICIENCIA RENAL	4
1.1. DEFINICIONES	5
1.2. TIPOS DE TRATAMIENTO	6
1.3. MANIFESTACIONES CLINICAS	9
1.4. EPIDEMIOLOGIA DE LA I R C	12

#### CAPITULO II

##### TOLERANCIA A LA FRUSTRACION.

2.1. DEFINICIONES	15
2.2. TEORIA DE LA TOLERANCIA A LA FRUSTRACION	18
2.3. REACCIONES A LA FRUSTRACION	21
2.4. REACCIONES A LA FRUSTRACION SEGUN EL SEXO	32

#### CAPITULO III

##### RELACION ENTRE I R C Y TOLERANCIA A LA FRUSTRACION.

3.1. ASPECTOS PSICOLOGICOS EN PACIENTES CON I R C	37
3.2. INVESTIGACIONES QUE SE HAN DESARROLLADO SOBRE I R C	44
3.3. INVESTIGACIONES ACERCA DE LA TOLERANCIA A LA FRUSTRACION	45

SEGUNDA PARTE.

MARCO METODOLÓGICO.

CAPITULO IV

METODO.

4.1. PROBLEMA	49
4.2. HIPOTESIS	49
4.3. VARIABLES	50
4.4. SUJETOS	51
4.4.1. SELECCION	51
4.4.2. TIPO DE MUESTREO	51
4.5. INSTRUMENTO	52
4.5.1. APLICACION	52
4.5.2. VALORACION	53
4.5.3. INTERPRETACION	56
4.6. PROCEDIMIENTO	57
4.7. ESTADISTICA	58
4.8. DISEÑO DE INVESTIGACION	58

CAPITULO V

NOMENCLATURA DE LA TABLA DE RESULTADOS	60
5.1. TABLA DE RESULTADOS	61
5.2. CUADRO COMPARATIVO	65
5.3. CONCLUSIONES	66

CAPITULO VI

6.1. ANALISIS E INTERPRETACION	68
--------------------------------	----

6.2. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	73
6.3. SUGERENCIAS	74
APENDICE	76
BIBLIOGRAFIA	83

## INTRODUCCION.

Realizando mi Servicio Social en el Sector Público, he tenido la oportunidad de colaborar con el Servicio de Medicina Interna en el pabellón de Pacientes diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica ( IRC ) y he podido observar de cerca las repercusiones, no sólo físicas, sino también psicológicas, familiares y socioeconómicas que la enfermedad produce en éstos pacientes. Desde que en 1940 se aplicó con éxito la técnica de la Diálisis Peritoneal Intermitente, muchos han sido las personas que han logrado sobrevivir. El avance tecnológico en éste ámbito ha permitido que muchos enfermos renales puedan llevar una vida prácticamente normal.

La Diálisis Peritoneal Intermitente impone al paciente una serie de limitaciones y restricciones que pueden desencadenar la aparición de síntomas psicológicos diversos. Es importante destacar las restricciones a que se ven sometidos estos pacientes respecto de la ingestión de líquidos y alimentos. Por otra parte el paciente debe permanecer en el hospital aproximadamente dos o tres días por semana, o en algunos casos, por mes.

Todo esto unido al progresivo deterioro que sufren, condicionará la vida social, laboral y familiar del paciente. Parece indispensable conocer las alteraciones que estos enfermos presentan antes de establecer los oportunos programas de apoyo psicológico que necesitan para adaptarse y aceptar su enfermedad.

La presente investigación se centrará en el estudio de la Tolerancia a la Frustración, que resulta ser un aspecto psicológico importante en la vida de estos pacientes diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a Diálisis Peritoneal Intermitente.

Debido a todo esto he considerado de gran importancia, realizar un estudio encaminado a obtener mayor información acerca de la Tolerancia a la Frustración en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica y así contribuir a un mejor conocimiento del paciente y brindarle mejores apoyos psicológicos durante su estancia en el Hospital.

También es importante reconocer que hay una diferencia en la Tolerancia a la Frustración y el sexo del paciente, ya que las mujeres tienen limitaciones diferentes a las del hombre, por tal motivo ésta investigación tomó en cuenta el sexo del paciente, no se ha encontrado uniformidad en los estudios que se han realizado, pero es necesario recapitularlo para mayores investigaciones.

Se logró detectar diferencias estadísticas importantes, ya que se escogieron variables concretas y observables, por lo que hay conformidad con lo que se obtuvo. Hay diferencias en la Tolerancia a la Frustración con pacientes diagnosticados de IRC y sujetos sanos.

Resultó interesante obtener que los hombres sin ningún tipo de limitación son más Tolerantes a la Frustración pero con alguna limitación, en éste caso física ( IRC ) son los menos Tolerantes y en las mujeres no se observó diferencia alguna.

CAPITULO I:  
INSUFICIENCIA  
RENAL CRONICA.

## 1. INSUFICIENCIA RENAL CRONICA.

Casi todos los tipos de lesión renal disminuyen la facultad de los riñones de depurar la sangre. Por ello, las anomalías renales suelen producir aumento de productos metabólicos de desecho en la sangre, y mala regulación de la composición de electrolitos y de agua de los líquidos corporales.

Diversas enfermedades pueden hacer que los riñones dejen de funcionar súbita y completamente. Dos de las más comunes son la lesión de nefrona por mercurio, uranio, oro y otros metales pesados, y la oclusión de los tubos renales con hemoglobina después de la reacción por transfusión. Además de estas entidades, casi todas las enfermedades renales pueden causar supresión renal gradual o rápida.

Después de la supresión renal, concentración de urea, ácido úrico y creatinina, productos metabólicos de desecho, puede duplicarse. Así mismo, en líquidos corporales puede ocurrir acidosis intensa, por la insuficiencia renal para excretar cantidad suficiente de ácidos; si la persona sigue ingiriendo agua, presentará gran edema porque no puede eliminarse el líquido ingerido. El paciente entra en coma en unos días, principalmente a causa de acidosis. Si la supresión es completa, morirá de 8 a 14 días.

Muchas enfermedades renales destruyen gran número de nefronas completas. Por ejemplo, la infección puede inutilizar grandes áreas del parénquima; el traumatismo puede destruir un riñón en parte o por completo; ocasionalmente nacen individuos con anomalías renales congénitas y están perdidas muchas nefronas; la destrucción de nefronas puede resultar de venenos, enfermedades

tóxicas y bloqueo arteriosclerótico de los vasos renales.

Puede haber destrucción incluso del 75% de las nefronas antes que la composición de la sangre sea normal. Este amplio margen de seguridad depende de que las nefronas intactas puedan funcionar más rápidamente que de costumbre. Aumenta mucho el caudal sanguíneo de cada nefrona y el volumen de filtración glomerular puede aumentar el doble o más. Esta hiperactividad compensa en gran medida la pérdida de nefronas y permite eliminar una cantidad suficiente de productos metabólicos de desecho para mantener normal la composición de los líquidos corporales. Sin embargo, en estos casos la línea de seguridad es muy tenue, porque al ocurrir metabolismo excesivo por ejercicio, fiebre e incluso ingestión excesiva de comida, los riñones pueden ser incapaces de eliminar los productos de desecho aumentados.

Es claro que, al progresar la magnitud de la destrucción renal, se agraven gradualmente las alteraciones de los líquidos extracelulares, hasta que el estado finalmente se acerca al de la supresión renal. En estas circunstancias, aparecen edema intenso, acidosis, y por último coma y muerte.

### 1.1. DEFINICIONES.

"La Insuficiencia Renal Crónica es una función renal deficiente, en especial una disminución de la filtración glomerular que se manifiesta por un aumento consiguiente de los niveles de urea y creatinina". \*1

\*1: DOX, MELLONI, EISNER. "DICCIONARIO MEDICO ILUSTRADO". ED. NEVERTE

"La Insuficiencia Renal Crónica se produce cuando se destruyen progresivamente más y más nefronas hasta que los riñones no pueden llevar a cabo todas las funciones requeridas". \*2

## 1.2. TIPOS DE TRATAMIENTO.

Lo que se puede hacer, en cuanto se detecta Insuficiencia Renal es:

- a) Trasplante de riñón.
- b) Hemodiálisis.
- c) Diálisis Peritoneal:

c.1) Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua.

c.2) Diálisis Peritoneal Ambulatoria Intermitente.

En el presente estudio enfocaré la atención a la Diálisis Peritoneal Ambulatoria Intermitente:

Gantor, en 1923, fue el primero que trató mediante diálisis la uremia en animales de experimentación; Balazs y Rosenak, en 1934, fueron los primeros en sostener bajo tratamiento de diálisis peritoneal a pacientes con diagnóstico de Insuficiencia Renal. Posteriormente se estableció el método de diálisis peritoneal intermitente que se ha empleado desde hace muchos años en grupos reducidos de pacientes.

La diálisis peritoneal utiliza al peritoneo como membrana semipermeable, y a través de ella, se efectúa el intercambio de soluciones y solutos conforme a gradientes de concentración; la sangre llega por vía de la microcirculación peritoneal, en tanto que el líquido de diálisis se introduce en la cavidad peritoneal a través de un catéter implantado en la pared abdominal.

\*2: GUYTON A.C. "TRATADO DE FISILOGIA MEDICA" ED. INTERAMERICANA.

En 1964 apareció el catéter estilete temporal que se emplea actualmente para la diálisis aguda o intermitente. Tenckhoff, en 1968, introdujo el catéter abdominal flexible a permanencia, que permite realizar el procedimiento de diálisis a largo plazo.

En México no se conocen con exactitud las causas de la Insuficiencia Renal Crónica ( IRC ) y su reconocimiento es importante para establecer programas de descubrimiento, prevención e investigación de las enfermedades renales más frecuentes con el fin de ofrecer tratamiento oportuno de padecimientos curables reducir la morbimortalidad de enfermedades con pronóstico pobre, y valorar los recursos para el tratamiento de la uremia.

Según información de la Dirección General de Bioestadística de la SSA, en 1985, en nuestro país mueren anualmente más de 35,000 personas por enfermedades renales. Debe considerarse que esto puede no reflejar en forma fidedigna la situación real de la mortalidad por esas enfermedades porque la defunción, aún en estos casos de uremia, se atribuye con frecuencia a otras causas.

En un informe sobre mortalidad por enfermedades renales en México basado en estadísticas de Estados Unidos, se consideró que aproximadamente 3.5% de las defunciones por año en nuestro país se deben a enfermedad renal, y que podrían existir alrededor de 4,350,000 habitantes con afección renal. Se tomó en cuenta que estos datos son conservadores a causa de diversos factores socioeconómicos, como pobreza, desnutrición, insalubridad, hacinamiento y escolaridad baja lo que puede incrementar la frecuencia de enfermedades renales.

Desde que se aplicó la Técnica de la DIALISIS PERITONEAL AMBULATORIA INTERMITENTE, muchas han sido las personas con Insuficiencia Renal Crónica que han logrado sobrevivir. El avance tecnológico en

éste ámbito ha permitido que muchos enfermos renales puedan llevar una vida prácticamente normal. No obstante la DIALISIS PERITONEAL AMBULATORIA INTERMITENTE impone al paciente una serie de limitaciones y restricciones que pueden desencadenar la aparición de síntomas psiquiátricos diversos. Es importante destacar las restricciones a que se ven sometidos estos pacientes respecto de la ingestión de líquidos y alimentos.

Hay dos indicaciones para la Diálisis Peritoneal:

1) Como ayuda en los tratamientos dietéticos conservadores: Se trata de pacientes muy enfermos y con uremia, pero en los que la enfermedad tiene un elemento reversible que puede mejorar impresionantemente con dos o tres días de diálisis peritoneal, la cual les permite ingerir cantidades adecuadas de líquidos y electrolitos y una dieta escasa en proteínas.

2) Como una "acción de sostén": puede usarse la diálisis peritoneal junto con una dieta de 20g. de proteínas y un ingreso calórico adecuado hasta que el paciente pueda ser sometido a un plan de diálisis crónica con el riñón artificial (hemodialisis) o recibir un injerto renal. Se han podido mantener pacientes durante 1 ó 2 años en programas de diálisis peritoneal efectuadas tres veces por semana.

Las complicaciones de la DIALISIS PERITONEAL son: infección, pérdida de proteínas por la cavidad peritoneal, dolor y hemorragias ocasionales.

### 1.3 MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

"Los síntomas como prurito, malestar general, lasitud, olvido, pérdida de la libido, náusea y patrones alterados de conducta constituyen quejas sutiles en este trastorno crónico". \*3

A menudo hay una historia familiar notoria de nefropatía. La incapacidad para crecer constituye una queja primaria en los pacientes que no han llegado a la adolescencia. Pueden estar presentes los síntomas de un trastorno multisistémico (por ejemplo, artritis). La mayoría de los enfermos con Insuficiencia Renal Crónica tienen una presión arterial elevada secundaria a la sobrecarga de la volemia y a sobrehidratación. Sin embargo, la presión arterial pueden ser normal o estar baja si el paciente se encuentra con dieta con bajo contenido de sodio o porque tenga notables tendencias para perder sal. El pulso y la frecuencia respiratoria son rápidos, como lo son las manifestaciones de anemia y de acidosis metabólica.

"Los datos clínicos de olor urémico, peridarditis, datos neurológicos de asterixis, reducción de la actividad mental, y la neuropatía periférica se hallan presentes, el examen oftalmoscópico puede mostrar retinopatía hipertensiva o diabética, las alteraciones que afectan la córnea han sido asociadas con enfermedad metabólica". \*4

\*3 y \*4: WINTROBE, THORN, ADAMS, BENNETT, HARRISON, "MEDICINA INTERNA". ED. PRENSA MEDICA MEXICANA. PAG. 1562.

Sin embargo, a pesar de las manifestaciones clínicas descritas, la Insuficiencia Renal Crónica puede pasar desapercibida durante un periodo de tiempo variable debido a que los riñones cuentan con mecanismos de adaptación que les permiten cumplir su misión, aunque estén enfermos, sin que el paciente tenga síntomas.

Sólo los exámenes de laboratorio permiten identificar la enfermedad en sus etapas iniciales. Las alteraciones que se pueden encontrar en esos exámenes son:

- Elevación de la urea y creatinina en sangre por arriba de 40mg% y 1.5 mg% respectivamente.
- Disminución de la depuración de creatinina a menos de la mitad de lo normal. (120 ml/min./1.73 m<sup>2</sup> s.c.)
- Disminución de las cifras de hemoglobina y hematócrito en la biometría hemática (anemia normocítica).
- Cifras bajas de PH y CO<sub>2</sub> en sangre (acidosis metabólica).
- Aumento de las cifras de fósforo sanguíneo a más de 4.5 mg% y disminución del calcio a menos de 9.0 mg%
- Presencia de albúmina en la orina o de leucocitos y eritrocitos en la misma.

El examen físico de estos pacientes puede mostrar que tienen ligera hinchazón (edema) de los párpados o de los pies. A medida que la enfermedad avanza aparecen síntomas visibles: palidez, pérdida de peso, somnolencia, vómito y diarrea. Si no se establece tratamiento el paciente evoluciona a un estado cada vez más grave en el que aparecen sangrados por nariz, encías o en el intestino que se manifiesta por evacuaciones con sangre; insuficiencia cardíaca, congestión de los pulmones que da lugar a un cuadro llamado neumonitis

urémica, puede haber inflamación de la membrana que envuelve al corazón (pericarditis) con producción de líquido en la misma (derrame pericárdico) y deterioro progresivo del estado mental que lleva al estado de coma y anormalidades muy importantes de la composición de la sangre. Cada uno de estos problemas puede ocasionar la muerte del enfermo, aunque sea por sí solo. La única posibilidad de evitarlo es llevar a cabo una diálisis, que en estas etapas avanzadas no siempre tiene éxito.

El enfermo con Insuficiencia Renal Crónica presenta otros problemas que no siempre dan manifestaciones evidentes al inicio pero que pueden ocasionar complicaciones graves a largo plazo. Estos problemas son:

- **Osteodistrofia Renal:** Consiste en una pérdida progresiva de los minerales de los huesos debido a exceso de actividad de las glándulas paratiroides y a falta de vitamina D activa al no ser producida por los riñones. A largo plazo ocasiona la formación de quistes en los huesos y predisposición a sufrir fracturas que pueden ser espontáneas.
- **Neuropatía Periférica:** Por factores que no están bien definidos, la velocidad de conducción de impulsos por los nervios está disminuida. Esto puede dar lugar a problemas en las extremidades, consistentes en disminución de la sensibilidad, dolor que dificulta los movimientos y llega a ocasionar incapacidad física por imposibilidad para efectuar movimientos.
- **Predisposición a Infecciones:** Los mecanismos de defensa del organismo están disminuidos en el paciente con IRC, lo cual les hace más susceptibles a contraer infecciones y dificulta el control de las

- Arteriosclerosis: La hipertensión que habitualmente existe en estos pacientes y otros factores no bien conocidos dan lugar a un endurecimiento acelerado de las arterias del cuerpo. Esto predispone a complicaciones como accidente vascular cerebral (trombosis o hemorragia) y trastornos cardiacos como Insuficiencia Coronaria, que son causa frecuente de muerte en ellos.

- Anemia: La falta de producción de eritropoyetina por los riñones da lugar a menor formación de eritrocitos, los cuales además se destruyen más rápidamente que en un sujeto normal. Esto y las pérdidas sanguíneas por hemorragias leves o por las hemodiálisis da lugar a la anemia de estos enfermos. Aunque la administración de anabólicos, hierro y ácido fólico puede disminuir el problema, el único medio eficaz para corregirlo es la aplicación de transfusiones sanguíneas. Estas sin embargo, no pueden ser utilizadas con toda la frecuencia que se quisiera por el aumento de costo del tratamiento que significan y por los riesgos que implican, principalmente, la transmisión de hepatitis B y el desarrollo de anticuerpos que puedan interferir con el éxito de un trasplanto renal.

#### 1.4 EPIDEMIOLOGIA DE LA IRC.

Según información de la Dirección General de Bioestadística de la SSA, en 1990, en nuestro país mueren anualmente más de 37,500 personas por enfermedades renales. Debe considerarse que esto puede no reflejar en forma fidedigna la situación real de la mortalidad por esas enfermedades porque la defunción, aún en casos de uremia, se atribuye con frecuencia a otras causas. En un informe

sobre mortalidad por enfermedades renales en México basado en estadísticas de Estados Unidos, se consideró que aproximadamente 3.5 por ciento de las defunciones por año en nuestro país se deben a enfermedad renal, y que podían existir alrededor de 5,875,000 habitantes con afección renal. No hay predominio de sexos ya que las cifras indican promedio en hombres y mujeres en general. Se tomó en cuenta que estos datos son conservadores a causa de que diversos factores socioeconómicos, como pobreza, desnutrición, insalubridad, hacinamiento y escolaridad baja pueden incrementar la frecuencia de algunas enfermedades renales. En relación con la información nacional sobre causas de IRC en estudios efectuados en niños se encontró que las causas más frecuentes fueron las enfermedades glomerulares y la uropatía obstructiva. No se encontró ningún informe de estudios similares en adultos.

La nefropatía que produce IRC en los pacientes no son impedimentos para utilizar los medios de tratamiento definitivo (diálisis y trasplante renal) en la mayor parte. Sin embargo, es posible que las condiciones clínicas de ingreso y el nivel socioeconómico de los enfermos dificulten que un número importante de ellos reciban estos tratamientos con resultados satisfactorios.

CAPITULO II:  
TOLERANCIA A LA  
FRUSTRACION.

## 2.1 DEFINICIONES.

"Frustración es la condición del sujeto que ve rehusada o se rehúsa la satisfacción de una demanda pulsional". \*5

El uso, reforzado por el auge del concepto de frustración en la literatura de lengua inglesa, ha hecho que el término alemán *Versagung* se traduzca la mayoría de las veces por frustración. Pero esta traducción requiere algunas observaciones:

1) La psicología contemporánea, de modo especial en las investigaciones acerca del aprendizaje, tiende a asociar frustración y gratificación y a definir las como la condición de un organismo sometido respectivamente a la ausencia o a la presencia de un estímulo agradable. Esta concepción puede relacionarse con algunos puntos de vista de Freud, especialmente aquellos en los que parece asimilar la frustración a la ausencia de un objeto externo susceptible de satisfacer la pulsión. En este sentido, en su trabajo: "Formulaciones sobre los dos Principios del Funcionamiento Psíquico" (1911) \*6 contrapone las pulsiones sexuales, que pueden satisfacerse durante mucho tiempo en forma autoerótica y en forma de fantasías: solamente los primeros podrían ser frustrados.

2) Pero la mayoría de las veces el término freudiano *Versagung* posee otras implicaciones: designa, no solamente un dato fáctico, sino una relación que implica el acto de rehusar (como indica la raíz *sagen*, que significa decir) por parte del agente

\*5: ROSELLO G.C. "DICCIONARIO DE PSICOLOGIA" ED. ELLICEN. PAG. 158.

\*6: CF. FREUD(S). G.W., VIII, 234-5; S.E., XII, 222-3; O.C., II, 404-5.

y una exigencia más o menos formulada como demanda por parte del sujeto.

3) El término "Frustración" parece indicar que el sujeto es frustrado pasivamente, mientras que Versagung no designa en absoluto quién rehúsa. En algunos casos parece predominar el sentido reflexivo de privarse de (renunciar).

Estas reservas parecen justificadas por los diversos textos que Freud dedicó al concepto Versagung. En "Sobre los tipos de adquisición de las Neurosis" (1912) \*7

Freud habla de Versagung para designar todo obstáculo (externo o interno) a la satisfacción libidinal. Diferenciado entre el caso en el que la neurosis es desencadenada por una carencia en la realidad (por ejemplo, pérdida de un objeto amoroso) y aquel en que el sujeto, a consecuencia de conflictos internos o de una fijación, se rehúsa a las satisfacciones que la realidad le ofrece. Freud considera que Versagung es un concepto capaz de englobarlos. Relacionando los distintos modos de formación de las Neurosis se deduciría, por consiguiente, la idea de que los que se ha modificado es una relación, un cierto equilibrio que dependía a la vez de las circunstancias exteriores y de las peculiaridades de la persona.

En las "Lecciones de Introducción al Psicoanálisis" (1916-1917) \*8

\*7: FREUD (S). G.W., XI, 357; S.E., XVI, 345; Fr., 371; O.C., II, 237.

\*8: FREUD(S). G.W., X, 364-91; S.E. XIV, 311-33; Fr. 105-36; O.C. II, 1001-2.

Freud subraya que una privación externa no es por sí misma patógena, salvo cuando afecta a la única satisfacción que el sujeto exige.

Los casos paradójicos de "Individuos que enferman en el momento de alcanzar el éxito" (1916) \*9 patentizan el papel preponderante de la frustración interna, aquí se ha dado un paso más: lo que el sujeto se rehúsa es la satisfacción efectiva de su deseo.

De estos textos se desprende que lo que interviene en la frustración, según Freud, no es tanto la carencia de un objeto real como la respuesta a una exigencia que implica una determinada forma de satisfacción o que no puede recibir satisfacción de ninguna clase.

Desde el punto de vista técnico, la idea de que la neurosis viene condicionada por la Versagung constituye la base de la regla de abstinencia; conviene rehusar al paciente las satisfacciones substitutivas que podrían apaciguar su exigencia libidinal: el analista debe mantener la frustración.

"La Tolerancia a la Frustración se define por la aptitud de un individuo para soportar una frustración sin pérdida de su adaptación psicobiológica, es decir, sin recurrir a tipos de respuesta inadecuadas". \*10

\*9: FREUD (S). G.W., XII, 183-94; S.E., XVII, 159-68; Fr., 131-41; O.C., II, 357-61.

\*10: WHITTAKER. "PSICOLOGIA" ED. INTERAMERICANA. PAG. 466.

"La Tolerancia a la Frustración es la capacidad de aceptar o resistir circunstancias procedentes de la frustración sin desorganización o desorden del comportamiento". \*11

## 2.2. TEORIA DE LA TOLERANCIA A LA FRUSTRACION.

De acuerdo con Rosenzweig, la teoría de la frustración es un ensayo para expresar en forma correcta el punto de vista organizativo en psicobiología. Proporciona una reformulación de conceptos psicoanalíticos teniendo en cuenta las posibilidades experimentales.

Siguiendo esa concepción, existen tres niveles para la defensa psicobiológica del organismo:

a) El nivel celular o inmunológico, que descansa en la acción de los fagocitos de los anticuerpos, de la piel, etc., y que concierne esencialmente a la defensa del organismo contra los agentes infecciosos.

b) El nivel autónomo o de urgencia según la concepción de Cannon. Se refiere a la defensa del organismo en conjunto contra las agresiones físicas generales.

Desde el punto de vista psicológico el nivel autónomo corresponde al miedo, al dolor, y a la rabia. Fisiológicamente se refleja por las modificaciones biológicas del "stress" (presión) tal como las describió H.Selye.

\*11: ROSSELLO GENOVARD C. DICCIONARIO DE PSICOLOGIA" ED. ELICIEN. PAG. 158

c) El nivel superior, cortical, o de defensa del yo, que defiende la personalidad contra las agresiones psicológicas. A este nivel se refiere de modo esencial la Teoría de la Frustración. Es necesario, sin embargo, hacer notar que en un sentido amplio la Teoría de la Frustración cubre los tres niveles y que éstos se compenetran.

Existe frustración cada vez que el organismo encuentra un obstáculo o una obstrucción más o menos insuperable en la vía que lo conduce a la satisfacción de una necesidad vital cualquiera.

Se denomina "stress" (presión) a la situación estímulo que constituye este obstáculo. La espera del organismo que corresponde a esta presión puede concebirse como un aumento de tensión.

Se distinguen dos tipos de frustración:

a) Frustración primaria o privación: Se caracteriza por la tensión y la insatisfacción subjetivas que se deben a la ausencia de una situación final necesaria para el apaciguamiento de una necesidad activa.

b) Frustración secundaria: Se caracteriza por la presencia de obstáculos en la vía que conduce a la satisfacción de una necesidad.

Según la Teoría de la Frustración todo sujeto responde ante una situación frustrante dirigiendo su agresividad en tres formas posibles:

1. Extrapunitiva: Cuando el sujeto dirige su agresividad al medio ambiente.
2. Intrapunitiva: Cuando la agresión se dirige hacia el mismo sujeto.

3. Impunitiva: Cuando la agresión se evade en un intento de negar, evitar, o disimular la frustración.

Los tipos de respuestas se pueden observar bajo tres aspectos:

- A. Predominio del obstáculo: El sujeto se refiere especialmente al obstáculo frustrante, siendo este señalado como causante de la frustración.
- B. Defensa del yo: Predominio de un intento específico de proteger al yo. El sujeto o bien acepta la responsabilidad aún cuando se disculpa diciendo que son las circunstancias y no las personas las responsables o bien proyecta la falta a otro.
- C. Persistencia de la necesidad: Se expresa la necesidad de solucionar de alguna forma el conflicto, el sujeto pide ayuda a otra persona para resolver el problema, se coloca en la posición de tener que proporcionar lo necesario para lograr que se resuelvan las cosas o de esperar que el tiempo las solucione.

El concepto de Tolerancia a la Frustración debe compararse también con dos principios psicoanalíticos:

1. El principio del placer y de la realidad. En el niño el principio del placer implica la satisfacción inmediata de todo deseo. Poco a poco el individuo toma contacto con la realidad y su conducta tiene en cuenta también las consecuencias más lejanas posibles además de la satisfacción inmediata.

2. El principio de la debilidad del yo. Desde el punto de vista psicoanalítico el principio del placer está en juego cuando el sujeto adopta reacciones inadecuadas de la defensa del yo, pues éstas son los

medios asociados para proteger la personalidad del displacer asociado con la frustración.

### 2.3. REACCIONES A LA FRUSTRACION.

Cada uno de los diferentes modos de reacción a la frustración puede ser clasificado como "reacciones orientadas hacia la realidad" o como "reacciones de mecanismo de defensa". Las reacciones orientadas según la realidad comprenden medios relativamente directos de tratar con el programa. Constituyen intentos para modificar cambiar o suprimir la situación de frustración.

Por otra parte, los mecanismos de defensa comprenden distorsiones de la realidad dirigidas a defenderse contra la ansiedad, pero no van directamente orientadas hacia la finalidad de alterar o suprimir la situación de frustración.

Existen tres tipos generales de reacciones orientadas hacia la realidad:

1) Ataque y agresión: Se presenta como un proceso de destrucción con intenciones de causar daño físico o psicológico, con emociones asociadas como son la cólera e irritación.

Freud define a la agresión como la disyunción entre los instintos de vida y muerte, considerándola como la reacción primordial, ante la interferencia en la satisfacción instintiva, dirigida normalmente hacia aquellas personas u objetos en el mundo externo que fueron concebidos como la fuente de su frustración.

2) Huida y retirada: Cuando la resistencia es inútil, la persona frustrada se vuelve apática en vez de desafiante. Este retraimiento

nos indica que las tendencias agresivas están siendo contenidas o inhibidas, expresándolas en ésta forma de reacción defensiva que puede cobrar desde la forma de huida física hasta la indiferencia total ante la existencia con un alto grado de disminución en el nivel de aspiraciones equivalente a un "abandono del campo", hay una actividad carente de espíritu de cooperación.

Las reacciones de retraimiento más comunes son:

- a) Nomadismo: Se le considera como el intento de escapar a una situación frustradora, la reacción del nomadismo rara vez es eficaz, puesto que no podemos dejar atrás de las frustraciones con el sólo hecho de vagar constantemente de un sitio a otro y no poder permanecer en algún sitio, puesto que no produce ningún beneficio.
- b) Reacción "Beatnik": Esta conducta excéntrica puede considerarse como una reacción de retraimiento respecto a las frustraciones de la vida moderna. Existe un inconformismo cuidadosamente cultivado, apartándose de la sociedad y eludiendo la mayoría de sus obligaciones de ciudadano, sin tener que defender ninguna idea en pro de alguna causa determinada, la manera característica de vestir, hablar, algunos rituales específicos son formas que adoptan para sentir que se rebelan activamente.
- c) Componendas y sustituciones: Muchas situaciones de frustración no son vencidas ni por la agresión, ni por la retirada. En tales casos se emplean las componendas o sustituciones que consisten en ceder de una forma parcial ante las amenazas derivadas de las frustraciones. Esto significa la reducción de los objetivos, o bien, aceptar metas simbólicas y sustitutivas.

La frustración externa tiende a acrecentar los sentimientos de culpabilidad por la agresión resultante, pero al suprimirse se traslada al inconsciente, que al no descargarse al exterior se estará sujeto a muy amplias variaciones, incluso en los individuos normales, por lo que en la mayoría de los casos se opta por las respuestas indirectas que son inadaptativas pero defensivas hasta cierto punto, porque la mayoría de las veces comprende distorsiones de la realidad, reacciones destinadas no a resolver el problema, sino a protegernos de la ansiedad ante el displacer de la frustración. Estos procesos de la personalidad llamados "Mecanismos de Defensa" fueron introducidos por Freud en 1894.

Cuando el organismo se halla expuesto a un peligro externo, el yo reacciona con miedo y cuando la presión es interna que parte del inconsciente con los recuerdos almacenados y quieren hacerse accesibles al consciente pero son peligrosos para la integridad de la personalidad, ante tal amenaza al yo, la angustia sirve como señal de peligro y son estos mecanismos de defensa los que procuran mantener la autoestimación, ya que tienen la cualidad de auto-engaño y defienden contra una ansiedad excesiva al enfrentarse a la frustración, amortiguando el choque con la realidad. El uso de estos mecanismos actúan sin la intervención de la consciencia y son las siguientes:

1) Desplazamiento: Las cargas emocionales son transferidas de una persona u objeto hacia otros que vienen a ser sustitutos de los primeros.

Al tratarse de la agresión desplazada, Freud (1924) señaló que en caso de que la agresión se suprima, es desplazada hacia otras

personas u objetos (acción sustitutiva). Desde este punto de vista cada individuo requiere que éste impulso destructivo se satisfaga en cierto grado, si esto no se logra de una manera se cumple en alguna otra forma. Por lo que se presenta agresión desplazada ante el castigo, lo mismo si se desconoce o no está presente el agente responsable de la frustración, también por tratarse de personas de autoridad o bien por las tendencias a respuestas conflictivas se escogerá otro objeto.

2) Regresión: Ante un bloqueamiento actual el Yo intenta vivir una forma de actuación evolutiva y cronológicamente ya superada. Cuando una persona se encuentra en circunstancias difíciles, procura inconscientemente regresar, huir de la penosa realidad, y obligaciones del presente retrocediendo a etapas anteriores del desarrollo donde la existencia le fue más segura.

3) Represión: Inconscientemente se eliminan de la conciencia los recuerdos frustrados para no ser reconocidos y no presentar angustia que sería insoportable.

4) Fijación: Es la detención en el proceso del desarrollo de la personalidad en el aspecto emocional y en las inclinaciones como formas de encarar las situaciones difíciles y frustrantes de los deseos.

5) Aislamiento: El aislamiento hace que se considere separado lo que en realidad permanece unido; en el caso de presentarse alguna frustración y es inhibida, se aísla del resto del contenido mental.

6) Formación Reactiva: Ayuda al individuo a protegerse contra impulsos inaceptables al evitar que los deseos peligrosos se expre-

sen, exagerando la conducta opuesta como una barrera. Al suprimir sus verdaderos sentimientos de hostilidad contra las personas, el individuo puede volverse excesivamente amable y por tanto aceptable socialmente.

7) Introyección: Representa la forma más temprana y primitiva del enlace afectivo y consiste en que las cualidades del objeto amado son internalizadas, llegando a formar parte del Yo de la persona.

8) Negación: Mecanismo protector de no percepción a través del cual los pensamientos, actos y deseos conscientemente intolerables son descartados de su existencia por medio de una negación inconsciente.

9) Proyección: Es la tendencia a defenderse, atribuyendo a otras personas los propios rasgos y actitudes, o sea que, cuando a una persona le resultan inaguantables sus verdaderos pensamientos y sentimientos, no solo los reprime, sino que se convence inconscientemente que son otras personas las que los poseen y así el individuo es capaz de atribuir su agresión y culpabilidad sobre otras personas e inclusive a objetos, que en el fondo tales fracasos son culpa de la propia persona, pero así se protege la autoestimación y se evita la experiencia desagradable de tener que enfrentarse a la propia ejecución inadecuada.

10) Racionalización: Es uno de los mecanismos defensivos más comunes al tratar de probar que la conducta es "racional y justificable", como un intento de probarse a sí mismo y a los demás, ocultando los motivos reales para mantener el autorespeto.

11) Sublimación: "Es el proceso por el cual la energía que reviste una tendencia sexual es desviada a otra tendencia no sexual y de mayor valor social" \*12.

También podemos distinguir reacciones patológicas:

1) NEUROSIS: Freud (1920) nos dice que una de las causas o factores desencadenantes, como la ocasión más próxima y más fácilmente comprobable y comprensible de la emergencia de una enfermedad neurótica, se ha de ver en aquel factor externo, al que pueden dársele en general el nombre de frustración, privación, impedimento o conflicto real y hace hincapié en la inevitabilidad de éstas en el desarrollo psicosexual de los humanos civilizados, en que las presiones de cambios físicos, sociales y culturales combinados exigen el subsecuente abandono de niveles de ajuste en este campo.

En propias palabras de Freud: "Minuciosas investigaciones realizadas en estos últimos años me han llevado al conocimiento de que las causas más inmediatas y prácticamente importantes en todo caso de enfermedad neurótica han de ser buscadas en factores de la vida sexual" \*13.

Para que una frustración exterior se haga patógena es necesario que se añada a ésta una frustración interior, ejerciendo su influencia al provocar el estancamiento de la libido (deseo consciente de tensión psíquica) dependiendo de qué caminos eligirá para descargarse de ella, ejerciendo nefastas influencias por los impulsos

\*12: FREEDMAN, KAPLAN, SADOCK. "COMPENDIO DE PSIQUIATRIA" SALVAT.  
PAG. 120.

\*13: FREUD SIGMUND, OBRAS CITADAS" PAG. 317.

instintivos reprimidos por el Yo ante la desaprobación total del Super-Yo y se comenzará por hacer uso exagerado de los mecanismos de defensa.

El psicoanálisis aclara aún más este punto mostrándo que los síntomas no se originan nunca a costa del deseo sexual normal, sino que representa una exteriorización de aquellos instintos que se consideran conflictivos.

DESEO SEXUAL    FRUSTRACION    CAMBIO DEL DESEO POR SINTOMAS NEUROTICOS.

El concepto de neurosis comprende varias clases de manifestaciones entre otras figuran: reacciones de conversión donde la ansiedad se convierte en síntomas físicos, carentes de fundamento orgánico que en las reacciones disociativas pueden cobrar la forma de una amnesia, una fuga o una personalidad múltiple; la depresión en la cual se sobreestima el significado de la frustración: Duelo, abandono, pérdida de aprecio, decepción; las fobias que son miedos irracionales; la hipocondría, o sea, la preocupación extrema por el funcionamiento del cuerpo; la histeria, manifestada por comportamiento histriónico; neurastenia con la presentación de una fatiga constante; neurosis de angustia, causada por frustraciones de tipo familiar, predominando la ansiedad; la obsesión donde existen pensamientos persistentes irracionales y la compulsión que tiene carácter simbólico o ritual.

La base de las enfermedades psicósomáticas radica en las emociones que ante el estímulo continuo a órganos o a sistemas por largos periodos de tiempo, se producen cambios tisulares por el uso continuo de medios defensivos que serían adecuados solamente en si-

tuaciones agudas, se suma a esto la incapacidad del individuo para hacer uso de los mecanismos de defensa ya sea en forma adecuada o inadecuada, como acontece con las neurosis para contrarrestar la ansiedad, la inhibición que las más de las veces es por el temor a las consecuencias sociales como son demostraciones verbales, quejas, llantos, gritos, peleas, etc. Otra causa, es que algunas veces no se perciben de modo suficiente las propias emociones o no son conscientes (Se dice que ante el bloqueo de los deseos, la libido busca otras formas de expresión o sea los síntomas).

La distinción entre trastornos funcionales y orgánicos representa una diferencia cuantitativa. Cuando los cambios tisulares no son susceptibles de ser identificados mediante los métodos clínicos o mediante las técnicas anatómo-patológicas, se habla de trastornos funcionales.

Grinker llamó la atención sobre el hecho, de que, la mayor parte de los estudios psicósomáticos ponen de manifiesto la participación de los mismos factores psicodinámicos. Por ejemplo la triada Dependencia- Frustración - Hostilidad es un hallazgo casi constante en diversos padecimientos, por observación clínica que el autor deduce. \*14

3) NEUROSIS DE IMPULSO: Comprende acciones impulsivas que pretenden dominar la ansiedad que es intolerable para el individuo, mediante

\*14: DE LA FUENTE MUÑIZ RAMON, "PSICOLOGIA MEDICA". ED.F.C.E.

una actividad urgente que es a veces de naturaleza destructiva o autodestructiva. Son ejemplos bien conocidos de actividades irresistibles: juego compulsivo, alcoholismo, drogadicción, etc. (Menninger considera el alcoholismo como una forma de suicidio crónico). \*15

a) Juego compulsivo: Es una forma de adicción que no es fisiológica, pero si puede arruinar la vida de un individuo y afectar profundamente también la vida de su familia, porque es incapaz de dejar de jugar, por mucho que vaya perdiendo, no deja de creer que se puede enriquecer y a menudo se gasta todos los ahorros, contrae grandes deudas e inclusive, comete desfalcos para seguir jugando.

b) Alcoholismo: El alcohol ha sido llamado el solvente del Super-Yo por ser un medio muy común utilizado por personas con trastornos de la personalidad, existiendo una predisposición para buscar esta dependencia contra logros insatisfechos, sobre todo, en relaciones interpersonales.

Freud creyó que el alcoholismo era la consecuencia de intensas influencias orales en la infancia. Adler atribuyó la causa, a sentimientos poderosos de inferioridad y a una incapacidad para enfrentarse con las frustraciones propias de la edad adulta.

c) Drogadicción: Psicológicamente el adicto, encuentra en el uso de las drogas una manera de apartarse de la realidad frustradora, anestesiándose con drogas en contra de una existencia miserable,

\*15 CFR. FREEDMAN Y COLS., "OBRA CITADA". PAG. 124.

ya que estos fármacos tienden a disminuir las inhibiciones del individuo, que generalmente son pasivos e inmaduros y de una muy baja tolerancia a la frustración. No tienen un papel constructivo y satisfactorio en la sociedad e incrementan inadecuadamente sus sentimientos de confianza en sí mismos, alterando su funcionamiento mental en busca de fuentes artificiales de complacencia.

El problema es más grave porque rápidamente se adquiere una fuerte dependencia fisiológica a la droga con el consecuente deterioro cerebral, como lo prueban los trastornos de la memoria, lenguaje, orientación y de juicio.

4) PSICOTICAS: Estas reacciones se presentan cuando la frustración se vuelve tan intolerable, que el individuo pierde contacto con la realidad y por tanto, no muestra ansiedad, puesto que no reconoce la existencia de sus conflictos dando lugar a una irresponsabilidad en todos sus actos, resultando imposible comunicarse y relacionarse con los demás; terminando por confiarlo al cuidado de instituciones especializadas.

Las psicosis funcionales, dentro de su clasificación encontramos a la esquizofrenia, en la que se han investigado las consecuencias de las frustraciones precoces en el desarrollo de la vida psíquica y particularmente, sobre la etiología y la relación de tal o cual carencia.

Se han observado en la esquizofrenia catatónica, la presentación de estereotipia como reacción grave a la frustración especialmente si surge por castigo, parece que se pierde algo de su flexibilidad y el individuo hace el mismo esfuerzo una y otra vez, aunque la experiencia ha demostrado su inutilidad.

Necesitamos ver también el aspecto positivo de la Frustración: La frustración es necesaria en cierto grado en primer lugar como formadora del Yo y del Carácter en uno de sus aspectos que de acuerdo a Wilhelm Reich dependerá de las siguientes causas: \*16

- 1) Del modo en que se produce la frustración.
- 2) Por frustraciones repetidas e intensas.
- 3) Tipos de frustraciones decisivas.
- 4) Relación proporcional entre frustración y su tolerancia.
- 5) Contradicciones en las propias frustraciones.
- 6) Sexo de la persona (frustradora).

El tipo de Carácter puede ser: Oral pasivo que es excesivamente dependiente y resulta fácilmente afectado cuando se desbaratan sus deseos, mientras que el tipo Oral agresivo se halla relacionado con las frustraciones de la crianza.

El Carácter siendo una estructura defensiva, de endurecimiento o armadura del Yo (El carácter se diferencia del Yo; en el primero se refiere a la conducta observable de defensa y el Yo a la capacidad de tolerar la demora en la descarga del impulso y neutralizar la energía instintiva) como un patrón de adaptación contra las fuerzas instintivas internas y las ambientales, se realiza sobre la base de tres procesos fundamentales:

1. Identificación con la realidad frustrante.
2. Dirección de la agresión directa contra la persona frustra-

\*16: BRUN RUDOLF. "TEORIA GENERAL DE LAS NEUROSIS". ED. S.A.,  
PAGS. 343-344.

ra.

3. El Yo niega actitudes reactivadas contra las tendencias sexuales utilizando la energía del propio instinto con este fin.

Al experimentar pequeñas cantidades de frustración y afrontarlas satisfactoriamente, se adquiere capacidad para soportar mayores cantidades como si fuera una inmunización; se hace una comparación con la persona que la adquiere por vacunación contra enfermedades infecciosas (Rosenzweig, 1938).

Las respuestas adaptativas se hallan justificadas por las condiciones existentes ayudando al individuo, porque ante la persistencia de la necesidad también hará la consiguiente persistencia adaptativa y el comportamiento continuará hacia su fin aún en contra de las oposiciones para llegar al objetivo programado y en ocasiones se mejora o se alcanza al mismo tiempo varios (clase de respuestas), lo que indica que con el tiempo se presenta la adaptación, que no está solamente limitada a los acontecimientos aversivos, puesto que incluso las cosas buenas de la vida llegan a perder su atractivo cuando se "acostumbra" la persona a ellas.

#### 2.4. REACCIONES A LA FRUSTRACION SEGUN EL SEXO.

Hay investigaciones en las cuales no hay un acuerdo con respecto a la frustración y la diferencia de sexos por lo cual se describen algunas investigaciones:

**Título:** "Diferencias Sexuales en adultos y agresión encontrada en el Test de "Frustración de Rosenzweig" y en el "Inventario de la Personalidad de Yatabe-Guilford".

**Autor:** Hatsuzuka Makiko.

**Resumen:** Se estudiaron 86 hombres y 207 mujeres estudiantes para ver la agresión internalizada, esto fue medido por la técnica proyectiva (Rosenzweig Picture-Frustration Study (RPFS)) y la agresión externalizada por el cuestionario (Yatabe-Guilford Personality Inventory (YGPI)). En sujetos con altos índices en el RPFS, la diferencia sexual en la distribución del YGPI fue grande. En los hombres, la agresión internalizada y externalizada fue correlacionada. En las mujeres, en los índices del YGPI hay dos puntos máximos, en el área alta y en el área baja. Los hombres expresan agresión en formas simples y las mujeres en formas complicadas, algunas con altos niveles de agresión internalizada que se ve expresada o en algunos casos reprimida.

**Fuente:** "INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHOLOGY IN THE ORIENT"; 1990 DEC. VOL. 33(4) PAGES. 259-263.

**Título:** "Sexualidad y Agresión".

**Autor:** Schorsch Eberhard.

**Resumen:** Discusión de la relación entre sexualidad y agresión, presentando un modelo de esta relación que trasciende en la diferencia de sexo. Dos funciones de la agresión sexual son identificadas (i.e, se reduce a ansiedad y las restricciones sociales). El resultado fue que ambos sexos agreden en similitud a situaciones frustrantes y que la dualidad hombre-mujer existe solo en fantasías

colectivas y en la imaginación.

Fuente: "ZEITSCHRIFT-FUR-SEXUAL FORSCHUNG"; 1989 MAR VOL 2(1)  
PAGS. 14-28.

Título: "RESPUESTAS A LA FRUSTRACION. UN ESTUDIO EVOLUTIVO".

Autor: Serrano Martínez Gonzalo.

Resumen: Se administró el Test de Frustración de Rosenzweig a 631 personas, de diferente sexo. Los resultados fueron: En el sexo no hubo diferencias através de la edad la respuesta extrapunitiva y la ego defensiva fueron sobresalientes. Los resultados fueron considerados en relación a otros estudios españoles y franceses.

Fuente: "PSICOLOGICA"; 1990 MAY VOL 2(1) PAGS. 5-21.

Título: Análisis situacional de agresión en cuanto a las diferencias sexuales.

Autor: Towson, Shelagh M.

Resumen: Exploración de la noción de frustración en situaciones congruentes con el tradicional rol de sexos y los altos niveles de agresión para ambos (hombres y mujeres); así como la frustración en situaciones incongruentes. El resultado fue: Los hombres fueron significativamente más agresivos que las mujeres; sólo en situaciones difíciles; en situaciones fáciles esta diferencia se reduce o nulifica.

Fuente: "SEX-ROLES"; !(( ) AUG VOL 8(8) PAGS. 903-914.

**Título:** "El efecto de la edad y sexo en las reacciones a la frustración".

**Autor:** Ujjwala Rani M.

**Resumen:** 30 hombres y 30 mujeres fueron agrupadas para administrarles el Test de Frustración de Rosenzweig para estudiar las reacciones a la frustración. No hubo diferencias en reacciones a la frustración de los hombres, a través de la edad decrece la persistencia a la necesidad y la respuesta intrapunitiva en ambos sexos. En las mujeres incrementa la dominancia del obstáculo y la respuesta extrapunitiva con la edad. Estas diferencias pueden ser debidas a las restricciones sociales con respecto a los hombres y a las mujeres.

**Fuente:** "PSYCHOLOGICAL-STUDIES"; 1989 NOV VOL 34 (3) PAGES. 198-203.

CAPITULO III:  
RELACION ENTRE  
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA  
Y  
TOLERANCIA A LA FRUSTRACION.

Los pacientes sometidos a tratamiento dialítico están sujetos no sólo al agobio de una enfermedad a largo plazo, sino también, a algunas de las grandes tensiones, todavía no del todo explorada, que conlleva a depender de este método.

El ser humano ante esta situación, pasa por tres estadios de adaptación a largo plazo. Estas fases han sido identificadas por otros como, inicialmente, tendencia a la negación, después ira, más tarde depresión y finalmente aceptación.

Un aspecto de indiscutible importancia lo constituyen, sin dudas, la frustración y el temor a la muerte, ya que en la Insuficiencia Renal Crónica existe la consciencia por parte del enfermo que su vida depende del tratamiento dialítico, lo que conlleva a la aparición de ansiedad que, en ocasiones, se torna muy molesta, presentándose, incluso, crisis repetidas e intensas, sobre todo durante la hemodiálisis.

### 3.1. ASPECTOS PSICOLOGICOS EN PACIENTES CON I. R. C.

El famoso psiquiatra americano Guillermo C. Meninger, afirma: "La salud mental perfecta es un ideal al que todos esperamos, pero que en raras ocasiones se logra, y sólo por momentos".\*17  
Porque todos tenemos problemas emocionales y el que llegue a afectarnos o no depende de las fuerzas de nuestra personalidad y del grado de tensión a que estemos sometidos. Otro requisito previo

\*17: CALDERON N. GUILLERMO. "DEPRESION". ED. TRILLAS. PAG. 12.

para una buena salud mental consiste en liberarse de toda tensión y ansiedad; por supuesto, es natural preocuparse por una enfermedad seria en la familia, pero en ocasiones hay preocupaciones excesivas por algunos incidentes menores lo que tal vez se deba a una aprensión experimentada del pasado.

Para el médico, la enfermedad es una alteración de las células que comprometen su supervivencia, las alteraciones celulares o de los tejidos obedecen a causas, circunstancias que pueden ser físicas (calor, frío, radiación, etc.), biológicas (virus, bacterias, parásitos, venenos) o de situación (factores que producen stress, tensión emotiva). Si un individuo en pugna con esas circunstancias las encara con éxito, sobrevivirá, aún cuando, al fin de cuentas, le queden cicatrices. Si no las puede vencer, irá empeorando, más o menos rápidamente, por la desaparición progresiva de sus células y de las funciones que desempeñan.

Estudios que se han hecho en adultos y especialmente en niños sobre hospitalización nos dice que puede provocar alteraciones psicológicas en el paciente tales como frustración, ansiedad y depresión en mayor o menor grado, dependiendo del individuo.

El hospital es un lugar de cuidados, pero también es un lugar de búsqueda, es un lugar que posee unas características de funcionamiento propias.

La hospitalización acentúa algunos rasgos de la relación asistente-asistido, y a veces contribuye a desequilibrarla en detrimento del enfermo:

1. Aumento de la desigualdad de la relación y del sentimiento de inferioridad y de dependencia del enfermo.

2. Aumento del aspecto técnico, de la centralización de los intereses en el cuerpo y en la enfermedad en detrimento de la relación de la palabra y de la personalidad del enfermo.

Las dimensiones del hospital, la multiplicidad del personal, su alta competencia supuesta, la ausencia de relación personalizada, se asocia para contribuir a abrumar al enfermo. Todo esto hace que si una persona va a un hospital a menudo ya sea porque su caso es grave o incomprensible, muchos factores se conjugan para acentuar la vulnerabilidad del enfermo y aumentar su desconcierto y aumentar su stress.

La hospitalización presenta por sí misma las condiciones suficientes para inducir a un efecto de stress y de desorganización del control emocional del enfermo con sus efectos patogénicos posibles.

No es difícil incluso si no se ha vivido, imaginar lo que puede ser la angustia de un enfermo que llega a urgencias de un hospital: inquietud sobre la naturaleza de la afección, contacto con la familia, precipitación en un mundo desconocido, repercusiones de los efectos físicos de la enfermedad (dolor, fiebre, malestares diversos, etc.), además con el paso continuo del personal (interno de guardia, enfermeras de urgencias, después en la sala de hospitalización, camilleros, personal administrativo), el recorrido del laberinto de los pasillos de una sala a otra, de la sala de radiología a la sala de operaciones, la larga sucesión de exámenes complementarios, etc. Todo esto contribuye a un descontrol emocional en el sujeto.

Bellak, presenta de una manera esquemática cinco tipos de respuesta ante la enfermedad o una incapacidad:

1. Una reacción normal a una angustia o depresión, que sin embargo pronto se disminuyen y se convierte en una preocupación aproximadamente proporcionada al grado real de la enfermedad o de la incapacidad.
2. Una reacción evasiva que se expresa en una negación de la enfermedad, una actitud de imperturbabilidad que suele acompañarse por un exceso de actividad y de alegría falsa. Esta actividad con frecuencia se convierte en una depresión con angustia y se manifiesta en una desobediencia a seguir instrucciones del médico.
3. Una depresión reactiva que puede prolongarse y que implica hipocondría.
4. Una canalización de todas las ansiedades ya existentes al nuevo foco de preocupación. Algunas veces estos pacientes que por lo general son personas perturbadas abandonan sus manifestaciones anteriores de perturbación que eran más difusas y por tanto parecen ser más dóciles.
5. La invalidez psicológica, por ejemplo, cuando un paciente que físicamente es capaz de funcionar tanto social como ocupacionalmente desarrolla temores, síntomas o actitudes que lo incapacitan.\*18

Tales manifestaciones se pueden observar en algunos pacientes

\*18: BELLAK Y SMALL. "PSICOTERAPIA BREVE Y DE EMERGENCIA" ED. PAX.

que sólo han padecido enfermedades menores; donde aparecen en su expresión máxima estas reacciones, es en aquellos que han padecido enfermedades orgánicas graves o incapacidades serias.

Para la mayoría de la gente el trauma inicial resultantes del diagnóstico o de la experiencia de una enfermedad grave es seguido por un proceso que podría llamarse de "organización". El significado que para el paciente tiene su enfermedad poco a poco sufre ciertos cambios. La angustia difusa se sustituye por un concepto más personalizado: la naturaleza de la patología y la manera como él ve y siente su enfermedad cobran un significado especial en los niveles inconscientes, preconsciouses y conscientes. Se familiariza con sus síntomas, en términos generales la relación que establece con su enfermedad se caracteriza por una serie de frases que se parecen a los cambios que efectúan a lo largo de un periodo de tiempo en una relación ambivalente con personas y lugares. Aprende a vivir con su enfermedad y logra llegar a cierto grado de aceptación. Con el tiempo y a medida que la distancia emocional del episodio original es cada vez mayor, llega a lograr una adaptación relativamente buena en cuanto a la economía psíquica. En la mayoría de los pacientes se puede observar el trabajo de las funciones del yo intacto, luchando y logrando obtener la homeostasis psíquica.

Hay otros pacientes para quienes el trauma de la enfermedad y su consecuente incapacidad trae consigo una organización patológica de identificación distorsionada al que no están dispuestas a renunciar fácilmente. La emoción se separa de las relaciones de objeto,

y el yo se convierte en el centro de toda preocupación. Esta separación representa la regresión del paciente a un nivel anterior de su desarrollo cuando siendo niño invirtió la mayoría de sus sentimientos en su propio cuerpo. Si sus anteriores relaciones de objeto fueron empobrecidas, la enfermedad intensificará su fijación narcisista. Este proceso del incremento del narcisismo trae consigo cambios en la autoimagen, en la imagen del cuerpo y en la imagen de los órganos.

El órgano que duele o alguno que se sabe que está enfermo atrae la atención. Si la enfermedad es crónica y de gran importancia, la parte enferma se trata como si fuera un ente separado, de una manera casi antropomorfizada. Se toman medidas especiales para con ese órgano, se le cuida, y se establece una actitud que corresponde en mucho a la de una madre con su hijo. Se exige, de diversos grados, del mundo exterior, una preocupación solícita tanto cuando las personas se conceden a sí mismas. En la persona sana una gran cantidad de la inversión emocional se hace en diversas figuras que van cambiando a medida que se desarrolla. En el neurótico se mantiene una excesiva inversión mayor en sí misma como una medida defensiva, contra un mayor daño. En el neurótico la inversión será mucho mayor al igual que más fuerte será la renuncia a ella cuando la crisis haya pasado. Esta reinversión es un incremento del narcisismo secundario.

El niño necesita aprender a diferenciar su propio cuerpo del resto del mundo. Es más pertinente que cada quien desarrolle algunos conceptos sobre su cuerpo, con frecuencia se tiene una

idea sobre idealizada y/o una idea menospreciada de él. La enfermedad distorsiona la imagen del cuerpo de una manera profunda.

Con respecto a las características de la situación de hospitalización, lo más relevante de ésta es el alejamiento de la familia, teniendo en cuenta el hecho de que el sujeto teme ser aniquilado como consecuencia de la pérdida de objeto que lo protege (angustia de estar separado).

Otros síntomas que aparecen ante la enfermedad son: rituales como por ejemplo el dormir, ideas suicidas constantes. Los factores externos por su alta significación emocional pueden convertirse en causas desencadenantes del malestar psicológico para determinar las secuelas de la enfermedad a nivel psíquico.

Son muchos los factores que aunque sean subproductos de una situación externa se hallan íntimamente a ella en la mente de la persona. A ella no le es posible distinguir entre sentimientos causados por la enfermedad en el interior de su cuerpo y el sufrimiento que se le impone desde afuera para curarla. Debe someterse en forma pasiva y descalida a ambas experiencias.

Cualquier proceso doloroso o herida dentro del cuerpo, el paciente lo interpreta desde su particular psiquismo, y el paciente que sufre el dolor es un paciente maltratado, herido, castigado.

Cuando la frustración, la angustia y depresión que se derivan de la fantasía desempeña un papel de poca importancia, el dolor se soporta con facilidad, la experiencia no deja huellas perseverantes, mientras que el dolor aumentado por la frustración, angustia y depresión a pesar de ser leve, se convierte en una

experiencia intolerable e importante en la vida del paciente y el resultado es a menudo acompañado por defensas fóbicas contra la posible reaparición del hecho.

En esta forma la reacción de los pacientes al dolor va acompañada no sólo de frustración, ansiedad y depresión sino de efectos apropiados al contenido de las fantasías.

En la primera época de la vida del sujeto, es posible que toda tensión, necesidad o frustración se sienta como "dolor" y las sensaciones dolorosas pueden asumir la significación de eventos traumáticos.

Lo importante es aclarar que el evento somático adquiere significado psíquico, en el momento en que comienza a existir fantasías inconscientes.

### 3.2. INVESTIGACIONES QUE SE HAN DESARROLLADO SOBRE I. R. C.

En el año de 1959 se inició la aplicación de la diálisis peritoneal intermitente para el tratamiento de la insuficiencia renal crónica. En 1964 apareció el catéter estilete temporal, que se emplea actualmente para la diálisis aguda o intermitente. Tenckhoff, en 1968, introdujo el catéter abdominal flexible a permanencia, que permite realizar el procedimiento de diálisis a largo plazo. Las alternativas de tratamiento eficaces a largo plazo en el paciente con insuficiencia renal crónica son la hemodiálisis y el trasplante renal. Sin embargo, recientemente con el catéter abdominal a permanencia se ha encontrado que otra alternativa es la diálisis peritoneal ambulatoria intermitente o

continua.

La diálisis peritoneal ambulatoria continua, en la cual el líquido de diálisis permanece en la cavidad abdominal durante cuatro a seis horas y se cambia cuatro a seis veces al día, ha permitido que los pacientes se liberen de los aparatos de hemodiálisis y realicen su tratamiento en casa y a precio menor.

### 3.3. INVESTIGACIONES ACERCA DE LA TOLERANCIA A LA FRUSTRACION

McDougall (1957) señala que la agresión es causada por la frustración. Allport indica que la agresión no siempre es respuesta a la frustración, aunque las respuestas agresivas son producidas por cierto estado emocional que deriva de toda interferencia con la actividad dirigida a una meta; pero hay frustraciones que inhiben la agresión.

Berkowitz (1962) indica que la frustración origina un estado emocional que es la ira que aumenta la posibilidad de agresión.

Baker, Dembo y Lewin concluyeron que la agresión puede seguir a la frustración; pero no es inevitable que así suceda.

Debido a la gran correlación que existe entre frustración y agresión Dollar y Miller desarrollaron dicha teoría, en la cual plantean que la ocurrencia de agresión presupone siempre la frustración y viceversa. Para ellos la agresión significa la respuesta que sigue a la frustración y reduce solo la secundaria instigación producida por la frustración, dejando la fuerza de la instigación original intacta.

Frustración la definen como la "condición la cual existe cuando una respuesta meta sufre interferencia. Así pues la respuesta meta viene siendo la reacción que reduce la fuerza de investigación a un grado el cual ya no tendrá tanto a producir la secuencia de conducta profetizada". \*19.

Ahora bien para que exista frustración, ellos especifican dos puntos:

1. El organismo pudo haber estado esperando la realización de ciertos actos.
2. Que esos actos no han ocurrido debido a una obstaculización.

El instigador se define como una condición antecedente observada o inferida de la cual la respuesta puede ser profetizada y puede ser una idea, motivo o estado de privación. Dicen que la fuerza de la agresión depende:

1. Del montaje de frustración.
2. Del grado de interferencia con la respuesta frustradora.
3. Del número de secuencias frustradas.

La agresión puede ser expresada en forma directa o indirecta, pero la abierta se restringe e inhibe para evitar el castigo.

Los individuos pueden tener diferencias en su nivel de tolerancia a la frustración, dependiendo de experiencias previas. Así pues para ellos la agresión se puede lanzar directamente contra el objeto frustrante, desplazado al inconsciente o también dirigirse hacia uno mismo (masoquista).

\*19: DOLLARD AND MILLER, "FRUSTRATION AND AGGRESSION". NEW HAVEN YALE, UNIVERSITY PRESS, 1982.

Mencionan que el grado de frustración depende de diversos factores, que son:

1. Grado de interferencia de la respuesta meta.
2. La fuerza de provocación.
3. La oportunidad de crear respuestas sustitutas.
4. La efectividad de las respuestas sustitutas.

Ellos no contemplan los mecanismos de defensa como una solución a la agresión. Su teoría ha despertado críticas, las cuales se pueden resumir en las siguientes:

- a) La frustración no es la única fuente de agresión.
- b) Sólo la estudian con respecto a la frustración, sin tomar en cuenta cualquier estado emocional.
- c) Tiene una orientación conductista y no toman en cuenta los estados internos, solo usaron variables de observación directa.

CAPITULO IV:  
METODOLOGIA.

#### 4.1. PROBLEMA.

¿Existen diferencias en cuanto a la Tolerancia a la Frustración en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (I.R.C.) y sujetos sanos de ambos sexos?

#### 4.2. HIPOTESIS.

H01: No existen diferencias significativas entre los dos grupos (pacientes con I R C y sujetos sanos de ambos sexos), en cuanto a la Tolerancia a la Frustración.

H1: Existen diferencias significativas entre los dos grupos (pacientes con I R C y sujetos sanos de ambos sexos), en cuanto a la Tolerancia a la Frustración.

H02: No existen diferencias significativas en los dos grupos (entre hombres y mujeres), en cuanto a la Tolerancia a la Frustración.

H2: Existen diferencias significativas en los dos grupos (entre hombres y mujeres), en cuanto a la Tolerancia a la Frustración.

H03: No existen diferencias significativas entre los dos grupos (pacientes con I R C y sujetos sanos de sexo masculino) en cuanto a la Tolerancia a la Frustración.

H3: Existen diferencias significativas entre los dos grupos (pacientes con I R C y sujetos sanos de sexo masculino) en cuanto a la Tolerancia a la Frustración.

H04: No existen diferencias significativas entre los dos grupos (pacientes con I R C y sujetos sanos de sexo femenino) en cuanto a la Tolerancia a la Frustración.

H4: Existen diferencias significativas entre los dos grupos (pacientes con I R C y sujetos sanos de sexo femenino) en cuanto a la Tolerancia a la Frustración.

#### 4.3 VARIABLES.

-Variable Dependiente:

Nivel de Tolerancia a la Frustración.

-Variable Independiente:

Sexo. Insuficiencia Renal Crónica.

-Definición:

La I R C es una enfermedad renal en la cual se destruyen progresivamente más y más nefronas (células) hasta que los riñones no pueden llevar a cabo todas las funciones requeridas. \*20

Sexo: Clasificación de los organismos como macho o hembra en razón de sus características reproductoras. \*21

Tolerancia a la Frustración: Es la capacidad de aceptar o resistir circunstancias procedentes de la frustración sin desorganización o desorden del comportamiento. \*22

\*20: GUYTON A.C. "TRATADO DE FISILOGIA MEDICA" ED. INTERAMERICANA PAG. 551.

\*21: MELLONI, DOX. "DICCIONARIO MEDICO" ED. REVERTE. PAG. 514.

\*22: ROSSELLO G.C. "DICCIONARIO DE PSICOLOGIA" ED. ELICIEN PAG. 158

#### -Operacionalización:

Los pacientes con I R C serán los que tienen un programa de Diálisis Peritoneal Intermitente, y que llegan al hospital cada ocho días para realizar sus baños.

Sexo: Masculino y Femenino.

Nivel de Tolerancia a la Frustración: Resultados obtenidos del Test de Tolerancia a la Frustración de Rosenzweig.

### 4.4. SUJETOS.

#### 4.4.1. Selección:

La muestra empleada en la presente investigación cuenta con 30 pacientes y 30 sujetos sanos, los pacientes están diagnosticados de I R C por lo que todos ellos están incluidos en un programa de Diálisis Peritoneal Intermitente y acuden a la Clínica N° 58 Del IMSS; y que fluctúan entre 30 y 50 años. Los sujetos sanos se eligieron al azar y son personas que trabajan en la Clínica N° 50 Del IMSS, y sus edades fluctúan entre 30 y 50 años.

#### 4.4.2. Tipo de Muestreo:

El tipo de muestra es accidental no probabilístico, ya que los sujetos son los que acuden a la Clínica N° 58 Del IMSS, para la realización de la Diálisis. Las personas sanas fueron las que desearon cooperar para la presente investigación, pero que trabajan en la Clínica N° 58 Del IMSS.

#### 4.5. INSTRUMENTO.

Dentro del psicoanálisis experimental, se encuentra el Test de Frustración (Saúl Rosenzweig, 1944), llamado brevemente P.F.T. (Picture Frustration Test), perteneciente a la familia de los test de completamiento verbal. Es uno de los pocos instrumentos proyectivos de procesamiento objetivo, tratando de evaluar la capacidad propia de las personas frente a las frustraciones de orden psicosocial.

Las dos formas de test, infantil y de adultos, consta de una serie de 24 láminas que representan situaciones de la vida diaria ilustrada por personajes colocados en una situación de frustración de tipo común y corriente. Cada dibujo a la izquierda ya sea la frustración del otro personaje, o bien, la propia frustración. Sobre la persona de la derecha, hay siempre un espacio reservado para el examinado, que llevará al identificarse con el personaje representado y proyectará su modo de reaccionar.

##### 4.5.1. Aplicación:

No hay tiempo límite y puede aplicarse individualmente o en grupo aunque la forma individual es preferible. Se presentan las láminas al examinado y se le dá la siguiente consigna:

"En cada uno de los cuadros que siguen, hay dos personas hablando. Lo que dice una de ellas está siempre escrito en la figura (señalar). En cada caso, usted debe imaginar, qué contestaría la otra persona de cada cuadro, y escriba ésa respuesta en el espacio en blanco de esta hoja (señalar) la primera que se le ocurra, siguiendo el orden numérico y trabaje lo más rápido que

pueda".

En seguida se le hará un interrogatorio post-test, pidiéndole al sujeto que lea en voz alta las respuestas que ha dado, anotándose todas las particularidades, de mímica, tono de voz, etc., analizando las respuestas desde el punto de vista del sistema de clasificación.

#### 4.5.2. Valoración:

En forma simplificada se puede decir que la valoración de las respuestas ante una situación frustrante, pueden ser de acuerdo a su dirección, basándonos en lo siguiente:

Dirección de la agresión:

1. Respuestas extrapunitivas - (E)
2. Respuestas intrapunitivas - (I)
3. Respuestas impunitivas - (M)

Tipos de respuestas:

1. Predominancia de obstáculo - (O-D)
2. Defensa del Yo - (E-D)
3. Persistencia de la necesidad - (N-P)

De la combinación de estas seis categorías (tres tipos con tres direcciones), resultan nueve factores que se emplean para la valoración; a los cuales se han agregado posteriormente dos variantes más E e I. De este modo es como se analiza cada uno de los factores, según el tipo de reacción y la dirección de la agresión.

Para indicar el dominio del obstáculo, se agrega un apóstrofe a las letras mayúsculas (E', I', M'). Para las respuestas de persistencia de la necesidad, se utilizan las minúsculas (e, i, m) imponiéndose primero el dominio del obstáculo, después la defensa del Yo y la persistencia de la necesidad en una disposición de tres columnas. Por ejemplo, una respuesta que necesite una notación de dominio del obstáculo impunitiva y de defensa del Yo intrapunitiva, se indica, M'/I/. De la misma manera, si la respuesta no implica sino un solo factor de notación, por ejemplo extrapunitivo de persistencia de la necesidad, se escribirá //e. Cuando es necesario anotar dos factores en una misma columna, se les separa así: /E;M/.

A continuación se dá una breve definición de los 11 factores de notación incluyendo las dos variantes:

- E' La presencia del obstáculo frustrado está subrayado con insistencia.
- I' El obstáculo frustrante se halla indicado como no frustrante o como favorable de alguna manera, o, en algunos casos, el examinado señala cuánto siente estar implicado en una situación que frustra a otra persona.
- M' El obstáculo frustrante se minimiza hasta tal punto que el examinado llega casi a negar su presencia.
- E La hostilidad, el reproche, se dirigen contra una persona u objeto del medio.

- E El examinado niega en forma agresiva ser responsable de una falta de las que se le acusa.
- I El reproche, la culpabilidad, los refleja el examinado sobre sí mismo.
- I El examinado admite su culpabilidad, pero niega que ésta sea total invocando circunstancias inevitables.
- M La culpabilidad por la frustración, se evita porque la situación se considera como inevitable; en particular, al individuo frustrante se lo absuelve por completo.
- e Se espera con insistencia que algún otro aporte una solución para la situación frustrante.
- i El examinado presenta correcciones para resolver el problema, por lo general con un sentimiento de culpabilidad.
- m El examinado expresa la esperanza de que el tiempo u otras circunstancias normales, traerán una solución al problema. La paciencia y la sumisión son las características de este tipo de respuestas.\*23

Cada respuesta puede valorarse con uno o dos factores y en el protocolo se calcula la frecuencia con que se presenta cada factor en el espacio indicado, es complicado porque las situaciones son de dos clases principales:

1. Situaciones de obstáculo al Yo, tratándose de frustraciones psicológicas.
2. Situaciones de obstáculo al Super-Yo, cuando el sujeto es objeto de una acusación.

\*23: ROSENZWEIG SAUL, "TEST DE FRUSTRACION", 1972, PAG. 20.

Para valorar las respuestas humorísticas, se anotará E, a las respuestas en las que el examinado trata de hacer que se rían de su interlocutor, al burlarse de él. Se marcará con I, las respuestas en las que el examinado trata de ridiculizarse a sí mismo y se anota M, a las respuestas no agresivas en las cuales el examinado desvía la agresión ridícula de las personas a lo gracioso de la situación.

#### 4.5.3. INTERPRETACION.

Se considera en primer lugar lo que se llama G.C.R. (Group Conformity Rating), índice de conformidad al grupo social, que tiene por objetivo, medir en qué grado las respuestas del sujeto se conforman a las de la población media y cuando estos valores son muy bajos, nos indicará desviaciones patológicas.

La segunda etapa en la interpretación, consiste en estudiar las notas estándar T (puntaje tipo), según le correspondan en la tabla elaborada para este fin, calculándose dichas notas según la fórmula:

$$T = \frac{10(X-X)}{\sqrt{\quad}} + 50$$

Según la dirección de la agresión, se puede decir en términos generales, que el aumento muy pronunciado del valor E, indica tendencia paranoide, mientras que si el valor alto está en I, hay predisposición a las reacciones melancólicas. El tipo de reacción ego defensivo (E-D), indica la fuerza o la debilidad del Yo. Una valoración alta indica un Yo débil, por lo que el sujeto debido a esta debilidad concentra sus reacciones a la frustración en este

sector vulnerable. Alta puntuación en el tipo de persistencia a la necesidad (N-P), es un indicio del carácter adecuado de las reacciones y de presentar lo contrario, o sea muy bajo, indica una falta en la aptitud para resolver los problemas sociales comunes. Valoración alta en (O-D), hay tendencias del sujeto a dejarse dominar por los objetos frustrantes.

#### 4.6. PROCEDIMIENTO.

La prueba se aplicó a los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica de la Clínica N° 58 DEL IMSS. Los pacientes llegaban a su procedimiento de diálisis al momento que se le aplicaba la prueba de Tolerancia a la Frustración de Rosenzweig. A cada paciente se le explicó: "Estoy haciendo un estudio sobre la frustración en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, por lo que les pido su ayuda para realizarlo", ellos accedieron por lo que apliqué a todos ellos el test con su autorización. Posteriormente elegí a las personas con similar edad, estudios, posición económica pero de diferente sexo, apliqué el test a 15 hombres y 15 mujeres. El paso siguiente fue escoger a la gente sana, que decidí fueran empleados de la Clínica N° 58 del IMSS, de igual manera se les explicó: "Estoy desarrollando una investigación acerca de la Tolerancia a la Frustración por lo que les pido su ayuda para realizarlo", por lo que también ellos accedieron y apliqué el test con su autorización. A ellos les pedí una cita, todos ellos aceptaron, y apliqué el test individualmente.

#### 4.7. ESTADISTICA.

Se manejó la prueba F, para el control de las varianzas, cuya fórmula es:

$$F = \frac{S_z^2}{S_d^2}$$

y posteriormente se utilizará la prueba T calculada con dos colas para poblaciones de treinta sujetos, y la fórmula es la siguiente:

$$T_c = \frac{X_1 - X_2 - (M_1 - M_2) H_0}{S (X_1 - X_2)}$$

Se utilizaron estas fórmulas debido a que es un evento probabilístico azaroso, y no podemos predecir un resultado.

Además que se trata de una comparación entre dos tipos de sujetos totalmente diferentes.

#### 4.8 DISEÑO DE INVESTIGACION.

El tipo de investigación que se utilizó fue el ex-post-facto, debido a que este tipo de investigación fue: "...una búsqueda sistemática empírica, en la cual el científico no tiene control directo sobre las variables independientes porque ya acontecieron sus manifestaciones o por ser intrínsecamente no manipulables. Se hacen inferencias sobre las relaciones de ellas, sin intervención directa, a partir de la relación concomitante de las variables independientes y dependientes". \*24

\*24: KERLINGER, FRED N.; "INVESTIGACION DEL COMPORTAMIENTO". ED. INTERAMERICANA, MEX. 1979.

CAPITULO V:  
RESULTADOS.

NOMENCLATURA DE LA TABLA DE RESULTADOS.

- N = NUMERO DE SUJETOS.  
X = MEDIA.  
 $\bar{X}$  = MEDIA PORCENTUAL DE ACUERDO AL TEST DE FRUSTRACION DE ROSENZWEIG.  
S = DESVIACION ESTANDAR.  
E = ERROR ESTANDAR.  
 $S^2$  = VARIANZA.  
G.C.R. = GROUP CONFORMITY RATING (INDICE DE CONFORMIDAD AL GRUPO).  
E = RESPUESTA EXTRAPUNITIVA.  
I = RESPUESTA INTRAPUNITIVA.  
M = RESPUESTA IMPUNITIVA.  
O-D = PREDOMINIO DEL OBSTACULO.  
E-D = RESPUESTA EGO-DEFENSIVA.  
N-P = PERSISTENCIA DE LA NECESIDAD.

5.1. TABLA DE RESULTADOS.

GRUPO I ENFERMOS TOTAL

	N	X	X%	S	E	S <sup>2</sup>	VALOR F	PROB.	VALOR T	G.L.
*G.C.R.	30	5.62	22.9	1.54	0.28	2.37	3.84	0.00040	3.9877	58
E	30	9.56	39.6	3.79	0.68	13.99	1.04	0.8480	0.1916	58
I	30	6.78	29.2	2.06	0.38	4.25	1.27	0.10632	1.6149	58
M	30	7.90	33.3	3.66	0.67	13.38	1.55	0.34064	0.9529	58
*O-D	30	6.25	25.0	2.81	0.51	7.84	1.91	0.00010	4.7383	58
*E-D	30	12.55	50.0	3.79	0.69	14.35	1.38	0.1909	2.3438	58
N-P	30	5.22	20.8	2.50	0.46	6.25	1.27	0.96130	0.0485	58

GRUPO II SANOS TOTAL

	N	X	X%	S	E	S <sup>2</sup>	VALOR F	PROB.	VALOR T	G.L.
*G.C.R.	30	8.08	33.3	3.02	0.55	9.10	3.84	0.00040	3.9877	58
E	30	9.38	39.6	3.67	0.67	13.46	1.04	0.8480	0.1916	58
I	30	5.87	22.9	2.33	0.42	5.41	1.27	0.10632	1.6149	58
M	30	8.72	35.4	2.94	0.54	8.65	1.55	0.34064	0.9529	58
*O-D	30	3.25	12.5	2.03	0.37	4.13	1.91	0.00010	4.7383	58
*E-D	30	15.05	62.5	4.45	0.81	19.78	1.38	0.1909	2.3438	58
N-P	30	5.25	20.8	2.81	0.51	7.93	1.27	0.96130	0.0485	58

\*HUBO DIFERENCIAS ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVAS.

## GRUPO I HOMBRES SANOS Y ENFERMOS

	N	X	X%	S	E	S <sup>2</sup>	VALOR F	PROB.	VALOR T	G.L.
G.C.R.	30	7.43	31.3	2.98	0.54	8.91	1.78	0.08678	1.7126	58
E	30	9.58	39.6	2.94	0.54	8.66	2.17	0.82240	0.2265	58
I	30	6.38	25.0	1.87	0.34	3.49	1.89	0.84057	0.2011	58
M	30	8.20	33.3	2.72	0.50	7.39	2.03	0.80181	0.2510	58
O-D	30	4.20	16.7	2.41	0.44	5.80	2.41	0.13267	1.5036	58
E-D	30	13.93	58.3	3.85	0.70	14.86	1.51	0.81104	0.2391	58
N-P	30	5.38	20.8	2.40	0.44	5.79	1.44	0.66205	0.4371	58

## GRUPO II MUJERES SANAS Y ENFERMAS

	N	X	X%	S	E	S <sup>2</sup>	VALOR F	PROB.	VALOR T	G.L.
G.C.R.	30	6.26	25.0	2.24	0.41	5.01	1.78	0.08678	1.7126	58
E	30	9.36	37.5	4.33	0.79	18.79	2.17	0.82240	0.2265	58
I	30	6.26	25.0	2.57	0.47	6.60	1.89	0.84057	0.2011	58
M	30	8.42	35.4	3.87	0.71	14.97	2.03	0.80181	0.2510	58
O-D	30	5.30	20.8	3.20	0.58	10.25	2.41	0.13267	1.5036	58
E-D	30	13.66	56.3	4.74	0.86	22.47	1.51	0.81104	0.2391	58
N-P	30	5.08	20.8	2.89	0.53	8.35	1.44	0.66205	0.4371	58

## GRUPO I HOMBRES ENFERMOS

	N	X	X%	S	E	S <sup>2</sup>	VALOR F	PROB.	VALOR T	G.L.
*G.C.R.	15	5.36	20.8	1.42	0.37	2.02	3.61	0.00010	5.2487	28
E	15	9.40	37.5	3.20	0.83	10.26	1.35	0.73940	0.3360	28
*I	15	7.07	29.2	1.93	0.50	3.74	1.50	0.04310	2.1193	28
M	15	7.93	33.3	2.96	0.76	8.78	1.38	0.59990	0.5306	28
*O-D	15	5.56	22.9	1.99	0.52	3.99	1.01	0.0008	3.7383	28
E-D	15	12.70	52.1	3.12	0.81	9.78	1.81	0.07930	1.8212	28
N-P	15	5.66	22.9	2.45	0.63	6.02	1.04	0.52840	0.6384	28

## GRUPO II HOMBRES SANOS

	N	X	X%	S	E	S <sup>2</sup>	VALOR F	PROB.	VALOR T	G.L.
*G.C.R.	15	9.50	39.6	2.70	0.70	7.28	3.61	0.00010	5.2487	28
E	15	9.76	41.7	2.76	0.71	7.60	1.35	0.73940	0.3360	28
*I	15	5.70	25.0	1.58	0.41	2.49	1.50	0.04310	2.1193	28
M	15	8.47	33.3	2.52	0.65	6.37	1.38	0.59990	0.5306	28
*O-D	15	2.83	12.5	2.00	0.52	4.02	1.01	0.0008	3.7383	28
E-D	15	15.16	62.5	4.21	1.09	17.74	1.81	0.07930	1.8212	28
N-P	15	5.10	20.8	2.40	0.62	5.79	1.04	0.52840	0.6384	28

\*HUBO DIFERENCIAS ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVAS.

## GRUPO I MUJERES ENFERMAS

	N	X	X%	S	E	S <sup>2</sup>	VALOR F	PROB.	VALOR T	G.L.
G.C.R.	15	5.86	22.9	1.66	0.43	2.76	2.63	0.33650	0.9778	28
E	15	9.73	39.6	4.32	1.11	18.67	1.07	0.65130	0.4569	28
I	15	6.50	27.1	2.21	0.57	4.89	1.77	0.62730	0.4910	28
M	15	7.86	31.3	4.35	1.12	18.94	1.66	0.44580	0.7733	28
*O-D	15	6.93	29.2	3.37	0.87	11.35	2.72	0.0033	3.2116	28
E-D	15	12.40	50.0	4.46	1.15	19.90	1.17	0.14630	1.4943	28
N-P	15	4.77	18.8	2.55	0.66	6.50	1.63	0.55750	0.5936	28

## GRUPO II MUJERES SANAS

	N	X	X%	S	E	S <sup>2</sup>	VALOR F	PROB.	VALOR T	G.L.
G.C.R.	15	6.66	27.1	2.69	0.70	7.27	2.63	0.33650	0.9778	28
E	15	9.00	37.5	4.47	1.15	19.96	1.07	0.65130	0.4569	28
I	15	6.03	25.0	2.94	0.76	8.66	1.77	0.62730	0.4910	28
M	15	8.96	37.5	3.38	0.87	11.41	1.66	0.44580	0.7733	28
*O-D	15	3.66	14.6	2.04	0.53	4.16	2.72	0.0033	3.2116	28
E-D	15	14.93	62.5	4.82	1.24	23.21	1.17	0.14630	1.4943	28
N-P	15	5.40	22.9	3.25	0.84	10.58	1.63	0.55750	0.5936	28

\*HUBO DIFERENCIA ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA.

5.2. CUADRO COMPARATIVO.

	G.C.R.	I	E	M	O-D	E-D	N-P
ENFERMOS TOTAL	22.9	39.6	29.2	33.3	25.0	50.0	20.8
SANOS TOTAL	33.3	39.6	22.9	35.4	12.5	62.5	20.8
HOMBRES ENFERMOS	20.8	37.5	29.2	33.3	22.9	52.1	22.9
HOMBRES SANOS	39.6	41.7	25.0	33.3	12.5	62.5	20.8
MUJERES ENFERMAS	22.9	39.6	27.1	31.3	29.2	50.0	18.8
MUJERES SANAS	27.1	37.5	25.0	37.5	14.6	62.5	22.9

### 5.3. CONCLUSIONES.

1. Se rechaza  $H_{01}$ , con una probabilidad de  $-0.00040$  por lo que: "Si hay diferencias significativas entre los dos grupos (pacientes con I R C y sujetos sanos de ambos sexos), en cuanto a la Tolerancia a la Frustración."

2. Se acepta  $H_{02}$ , con una probabilidad de  $-0.08678$  por lo que: "No existen diferencias significativas entre los dos grupos (entre hombres y mujeres), en cuanto a la Tolerancia a la Frustración."

3. Se rechaza  $H_{03}$ , con una probabilidad de  $-0.00010$  por lo que: "Si existen diferencias significativas en los dos grupos (pacientes con I R C y sujetos sanos de sexo masculino) en cuanto a la Tolerancia a la Frustración."

4. Se acepta  $H_{04}$ , con una probabilidad de  $-0.33650$  por lo que: "No existen diferencias significativas entre los dos grupos (pacientes con I R C y sujetos sanos de sexo femenino) en cuanto a la Tolerancia a la Frustración."

CAPITULO VI:  
ANALISIS E INTERPRETACION  
RESULTADOS.

## 6.1. ANALISIS E INTERPRETACION.

Una vez revisados los antecedentes históricos sobre el comportamiento humano, nadie puede objetar que el hombre, al igual que cualquier organismo, tiene necesidades vitales y que siempre hay una búsqueda con un propósito en cada uno de sus actos, igualmente que en forma invariable siempre estamos expuestos a que halla interferencias en la satisfacción, por obstáculos localizados en todos los niveles para obtener dichos objetivos, desde nuestro nacimiento hasta que dejamos de existir.

Desde los puntos de vista de los cuales se abordó el presente estudio obtenemos lo siguiente:

En nuestra hipótesis H01, se demuestra que hay diferencias en cuanto a la Tolerancia a la Frustración siendo sujetos sanos y sujetos con una limitación ( I R C ), esto se debe a que hay un factor fisiológico que altera gravemente su forma de vida a tal grado que dependen de un hospital; lo cual genera depresión, angustia e impotencia. Se comprobó estadísticamente, pero con sólo observar a los pacientes nos damos cuenta de la magnitud de la Frustración, ya que con el simple hecho de ir al Hospital y quedarse durante 3 días ahí, para posteriormente realizar sus baños y si llegan en estado "grave" aplicar otro tipo de atención para ellos es angustiante saber que van al Hospital pero no saben si van a regresar a sus casas o terminarán ahí. Todo esto condiciona su conducta, que de antemano es agresiva.

Freud habla de frustraciones externas que:

tienden a acrecentar, los sentimientos de culpabilidad por la agresión derivada, así probablemente esté aceptando la frustración externa o quizás se refiera solamente a la derivación de ésta como respuesta directa.

Lo que sucede aquí es que los sentimientos de culpabilidad en los pacientes con I R C son notorios físicamente, pero son ocasionados por una frustración externa: la enfermedad renal.

Otra diferencia significativa y observable físicamente fue el hecho de que se obtuviera que en el tipo de respuesta, en los sujetos con I R C es más alto el Predominio del Obstáculo ( O-D ): esto es que el sujeto se refiere especialmente al obstáculo frustrante, en este caso la enfermedad renal, siendo este señalado como causante de la frustración.

Por otro lado se obtuvo también índice más bajo en los sujetos con I R C la respuesta Ego-Defensiva ( E-D ): Predominio de un intento específico de proteger al yo. El sujeto o bien acepta la responsabilidad aún cuando se disculpa diciendo que son las circunstancias y no las personas las responsables o bien proyecta la falta a otro. Esto es debido a que toda la agresión se encuentra en la enfermedad, ya que ven que todos sus problemas son originados por tal enfermedad. En los sujetos sanos es mayor la respuesta Ego-Defensiva debido a que no hay limitación física por lo que no hay motivo por el cual no puedan responder a las situaciones externas.

En la H02, No hubo diferencias significativas entre los dos grupos (entre hombres y mujeres), en cuanto a la Tolerancia a la Frustración. Varios autores han desarrollado investigaciones acerca de la diferencia de sexos y alguna otra variable pero no han llegado a una opinión en común, algunos autores han encontrado diferencias y otros no, en el presente estudio es interesante hacer notar que no hubo diferencias.

En la H03, Si existen diferencias significativas en los dos grupos (pacientes con I R C y sujetos sanos de sexo masculino) en cuanto a la Tolerancia a la Frustración, aquí necesitamos poner énfasis porque se detectó que los hombres sin ningún tipo de limitación son los más Tolerantes a la Frustración, pero al encontrarse con algún tipo de limitación son los menos Tolerantes a la Frustración. Además que esto se aclara mejor ya que durante la aplicación del Test, bastantes hombres mostraron su agresión directa, ya que explicaban que la aceptación de la enfermedad no se iba a dar debido a que ellos eran el aporte económico de su familia y ahora imposibilitado no lo iban a poder desarrollar. Además de que sus esposas eran las que llevaban el control de los hijos y esto les restaba autoridad a ellos, y sus hijos los veían como a una figura que no podía hacer nada. Todo esto forma parte de un grado de angustia y desesperación intolerables ya que ellos mismos decían que ésa situación no la podían superar y que ora mejor no estar en esas circunstancias, esto es mejor sano o muerto, pero no así limitado. Con esto se comprueba que efectivamente el

hombre se ve limitado y disminuye la Tolerancia a la Frustración. Tal como lo expone Freud: No es tanto la carencia de un objeto real como la respuesta a una exigencia que implica una determinada forma de satisfacción o que no puede recibir satisfacción de ninguna clase. Aquí las exigencias son de que en nuestra sociedad el hombre es quien aporta económicamente, además de ser la figura de autoridad, al tener una limitación como la del presente estudio ( I R C ) le resta autoridad, y él mismo se siente que no sirve para nada y lo mejor que le podría pasar sería morir.

Otro autor que expone lo anterior es Rosenzweig diciendo que la defensa psicobiológica del organismo en su nivel autónomo: El organismo en conjunto se defiende contra las agresiones físicas generales, a éste nivel corresponde el miedo, dolor y rabia. Esto se vé también debido a que los sujetos con I R C responden agresivamente al medio ya que están muy lastimados en primer lugar físicamente, el hecho de sentir dolor implica que su estado emocional no está en equilibrio, puesto que el dolor impone limitaciones tales como: poder compartir el tiempo que estan en el Hospital y acercarse como Padres de Familia a sus hijos, etc. Todo esto aunado al progresivo deterioro que van sufriendo los sujetos, les impone cada vez mayor agresión, dolor y angustia. Los sujetos saben que de alguna forma van a tener deterioro físico pero no saben hasta que grado y cuando lo van pasando su frustración aumenta.

Dollar y Miller también escribieron sobre : "Condición la cual existe cuando una respuesta meta sufre interferencia. Así pues la respuesta meta viene siendo la reacción que reduce la fuerza de instigación a un grado el cual ya no tendrá tanto a producir la secuencia de conducta profetizada". Algo que realmente se observa en los sujetos con I R C.

Se manifestó otra diferencia estadística significativa: En la respuesta Intrapunitiva, y que también es observable físicamente ya que en los pacientes con I R C es más alto el índice de respuesta, lo cual significa que el reproche, la culpabilidad, los refleja el examinado sobre sí mismo. Para él todo lo hizo mal ya que obtiene un castigo: la enfermedad renal, reprocha a la gente que convive con él, el porque lo tocó vivir precisamente a él esta situación tan dolorosa.

Es curioso observar que también aquí se mostró la diferencia en cuanto al tipo de respuesta: Predominancia del Obstáculo, que es mayor en los pacientes con I R C, también es una diferencia observable.

En la HQ4: No hubo diferencias significativas entre los dos grupos (pacientes con I R C y sujetos sanos de sexo femenino) en cuanto a la Tolerancia a la Frustración, pero sí hubo una diferencia significativa en cuanto al tipo de respuesta: Predominancia del Obstáculo ( O-D ) que es mayor en las mujeres enfermas. Esto significa que aún no habiendo diferencias entre con las mujeres sanas, la enfermedad renal propicia que haya una situación de agresión. En las mujeres tampoco hubo diferencia ya que la mayoría de ellas se dedicaban al hogar, si hubo repercusiones pero no tan críticas como las del hombre.

## 6.2 LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

Este diseño preexperimental es uno de los más frecuentemente utilizado en la investigación educativa, social y transcultural. Sin embargo, existen dos problemas fundamentales en este diseño:

1. Cuando se aplica alguna clase de tratamiento, se pueden confundir los efectos de las variables "naturales" con los del tratamiento, y
2. Cuando no se aplica ningún tratamiento y sólo se comparan dos o más grupos en una o más variables dependientes, entonces se pueden atribuir las diferencias encontradas a una "variable ómnibus" o "super-variable", como son la cultura, la clase social o la personalidad (Castro, 1975).

Otra aspecto fundamental es que no se han desarrollado suficientes investigaciones para determinar con exactitud las diferencias de sexo en cuanto a la Tolerancia a la Frustración, varios autores han escrito sobre sus investigaciones sin tener una opinión común.

El no tomar en cuenta el nivel socioeconómico de las familias es otra de las limitaciones que pueden influir en la manifestación de la frustración.

En el presente estudio tal vez no se detectaron algunos aspectos clínicos como entonación, gestos, actitudes, etc., que influyen en la calificación objetiva de la prueba, pero se

procuró que el estado de ánimo no contaminara las respuestas dadas por los sujetos.

Es preciso que esta prueba sea aplicada como parte de una batería ya que no podemos basarnos sólo en ella para dar un perfil objetivo y preciso del sujeto.

El que la frustración sea un aspecto social que se da en vivo puede influir en los resultados obtenidos ya que dicha frustración fue medida en forma indirecta (Por una prueba) y no en forma más directa.

Otro aspecto fundamental es que los sujetos sanos se eligieron dentro de un ambiente hospitalario, lo que podría influir en las respuestas obtenidas, ya que este tipo de personas maneja a diario pacientes en situaciones molestas.

### 6.3 SUGERENCIAS.

Al realizar estudios con sujetos enfermos hospitalizados se obtiene una fuente abundante y se puede abarcar aspectos de tipo educacional, social, familiar, económico, etc.

Sería conveniente hacer estudios longitudinales donde se utilice la prueba de Frustración de Saúl Rosenzweig, tomando en cuenta los aspectos anteriores.

Se sugiere hacer mayores estudios donde intervenga la variable sexo, en cuanto a la Tolerancia a la Frustración y pacientes hospitalizados ya que existe información difusa.

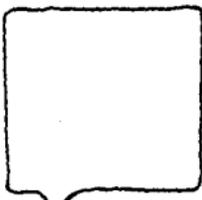
Es conveniente realizar una segunda aplicación, después de la prueba donde el sujeto exprese: ¿Cómo se sintió durante la prueba?

¿Qué lámina le gustó y cuál no?, ¿Por qué?, etc., con la finalidad de hacer la prueba más objetiva.

Por otro lado sería interesante saber más acerca de los sujetos que conviven con los pacientes hospitalizados, su forma de ver la enfermedad, de ver el dolor de los familiares, todos los aspectos psicológicos que conllevan el hecho de participar en los Hospitales.

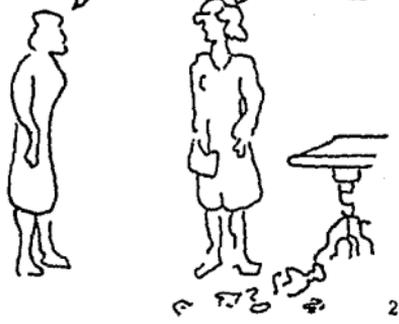
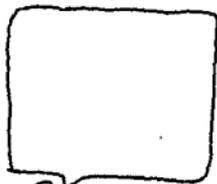
APENDICE.

SIENTO MUCHO  
HABERLO  
SALPICADO;  
HEMOS HECHO  
TODO LO  
POSIBLE PARA  
EVITARLO.



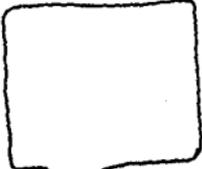
1

ES LAMENTABLE  
EL JARRON QUE  
ACABA DE ROM-  
PER ERA EL  
QUE MI MADRE  
PREFERIA.



2

TU NO PUEDES  
VER NADA.



3

ES UNA LASTIMA  
QUE MI AUTO SE  
HAYA DESCOMPUES-  
TO Y QUE POR ESO  
HAYAS PERDIDO  
EL TREN.



ES LA TERCERA VEZ  
QUE TENGO QUE  
TRAER A ARREGLAR  
EL RELOJ DESDE  
QUE SE LO COMPRE  
HACE UNA SEMANA  
CUANDO LLEGO A MI  
CASA SE PARA NUE-  
VAMENTE.



5

EL REGLAMENTO  
DE LA BIBLIO-  
TECA NO LA  
AUTORIZA A  
LLEVAR MAS QUE  
DOS LIBROS POR  
VEZ.



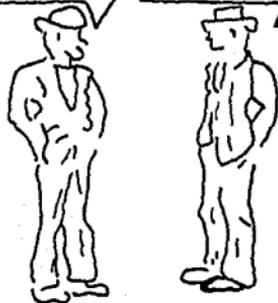
6

¿NO SERA QUE US-  
TED TIENE GUS-  
TOS DEMASIADO  
DIFICILES?



7

TU AMIGUITA ME  
INVITO A UNA  
FIESTA ESTA  
NOCHE. ME HA  
DICHO QUE TU  
NO IRIAS.



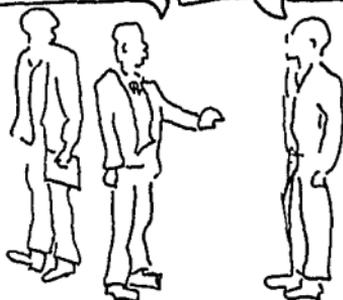
8

AUNQUE USTED  
NECESITE SU PA-  
RAGUAS DEBE ES-  
PERAR HASTA LA  
TARDE, QUE ES  
CUANDO LLEGA EL  
PATRON.



9

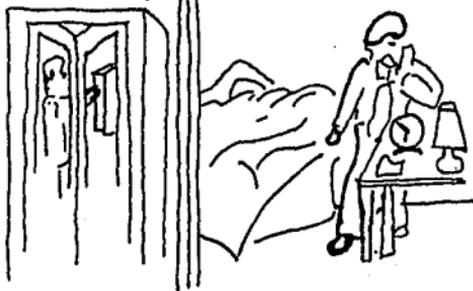
USTED ESTA  
MINTIENDO Y  
LO SABE MUY  
BIEN.



10

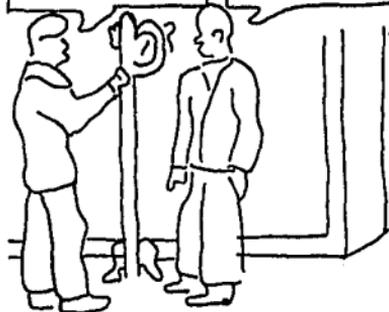
PERDONE, LA  
TELEFONISTA ME  
HA DADO UN NU-  
MERO EQUIVOCA-  
DO.

2 de la mañana



11

SI ESTE NO ES  
SOMBRERO ENTON-  
CES EL SEÑOR  
JUAN PEREZ SE  
LO HA LLEVADO  
POR ERROR.



12

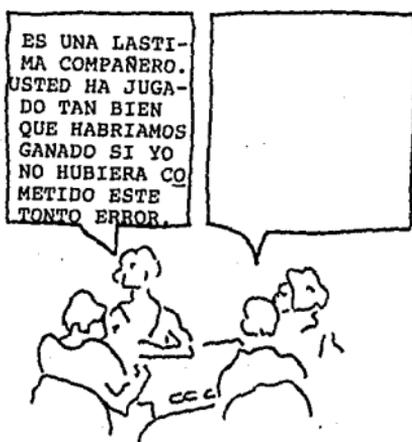
ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA



13



14



15



16

JUSTAMENTE  
AHORA VIENES  
A PERDER LAS  
LLAVES.



17

LO SIENTO  
MUCHO ACABA-  
MOS DE VEN-  
DER EL ULTI-  
MO.



18

¿ESTA USTED  
LOCO? MANE-  
JAR A 90 KM.  
POR HORA FREN-  
TE A UNA ES-  
CUELA.

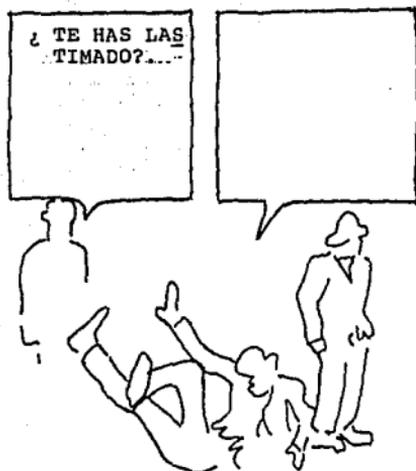


19

ME PREGUNTO  
POR QUE NO NOS  
HABRA INVITA-  
DO.



20



21



22



23



24

## BIBLIOGRAFIA.

- ABRAM, H.S., MOORE, G.L.: "CRONIC DIALYSIS PATIENTS." AMER. J. PSYCHIAT., 1971.
- ANASTASI, A.: "PSYCHOLOGICAL TESTING". THE MC MILLAN CO., NEW YORK, 1975.
- BANDURA ALBERT, RIBES I. E., "MODIFICACION DE CONDUCTA, ANALISIS DE LA AGRESION Y LA DELINCUENCIA". EDIT. TRILLAS, MEXICO, 1975.
- BANIK, S.N.: "PSYCHOLOGICAL STUDY OF PATIENTS UNDERGOING CHRONIC HEMODIALYSIS AND KIDNEY TRANSPLANT". CIRCLE 12 ON READER SERVICE CARD, 1971.
- BAUM, W.S.: "RESPUESTAS ANTE LA FRUSTRACION Y DIRECCION DE LA AGRESION EN 4 GRUPOS DE OBREROS MEXICANOS". TESIS, MEXICO: UIA, 1983.
- BELLAK Y SMALL: "PSICOTERAPIA BREVE Y DE EMERGENCIA". ED. PAX MEXICO, 1985.
- BENEDEK, T.: "BIOLOGY OF THE DEPRESIVE". CONSTELLATION. J. AMER. PSYCHOANALISIS, 1970.
- BERNSTEIN, D.M.: "AFTER TRANSPLATION, EMOTIONAL REACTIONS". AMER. J. PSYCHIAT., 1971.
- BERNSTEIN, D.M.: "THE ADOLESCENT KIDNEY DONOR: THE RIGHT TO GIVE". AMER. J. PSYCHIAT., 1974.
- BERMUDES, "PSICOLOGIA APLICADA". ED. SERVICIO FOTO OFFSET, MEXICO 1970.
- BISCHOF LEDFORD S.,: "INTERPRETACION DE LAS TEORIAS DE LA PERSONALIDAD". ED. TRILLAS, MEXICO, 1985.
- BLAGG, C.R.: "DIALYSIS: MEDICAL PSYCHOSOCIAL AND ECONOMIC PROBLEMS UNIQUE TO THE DIALYSIS PATIENT". ED. BRENNER AND RECTOR, 1974.
- BUENO, G.M.: "ESTUDIO PARALELO SOBRE FRUSTRACION Y AGRESION". TESIS. MEXICO: U.N.A.M., 1974.
- CALDERON N., GUILLERMO: "DEPRESION". ED. TRILLAS, 1985.
- COHEN JOZEF.: "PSICODINAMICA DE LA PERSONALIDAD". TEMAS DE PSICOLOGIA. ED. TRILLAS, MEXICO, 1985.

CRAMOND, W.A.: "ASPECTS ON THE MANAGEMENT OF CHRONIC RENAL FAILURE"  
BRIT. MED. J., 1, 1972.

CUELI JOSE.: "TEORIAS DE LA PERSONALIDAD". ED. TRILLAS, MEXICO,  
1985.

DE LA FUENTE MUÑOZ RAMON.: "PSICOLOGIA MEDICA". ED. FONDO DE  
CULTURA ECONOMICA. MEXICO, 1982.

DIAZ GUERRERO ROGELIO.: "HACIA UNA TEORIA HISTORICO-BIOPSIKO-  
SOCIAL- CULTURAL DEL COMPORTAMIENTO HUMANO". ED. TRILLAS, MEXICO  
1982.

DOLLARD JOHN, MILLER NEAL E.: "FRUSTRATION AND AGGRESSION". NEW  
HAVEN, YALE, UNIVERSITY PRESS, 1982.

DOX, MELLONI, EISNER.: "DICCIONARIO MEDICO ILUSTRADO". ED.  
NEVERTE, BARCELONA, 1983.

EISENDRATH, R.M.: "PSYCHOLOGIC CONSIDERATIONS IN THE SELECTION OF  
KIDNEY TRANSPLANT". SURG. GYNEC. AND OBST., 1972.

FELLNER, C.H.: "DIALYSIS". JAMA., 1972.

FENICHEL, O.: "TEORIA PSICOANALITICA DE LAS NEUROSIS". ED. PAIDOS  
1985.

FERRAZ JOAO DE SOUSA.: "LOS FUNDAMENTOS DE LA PSICOLOGIA". ED.  
FAMA, MEXICO, 1985.

FINE, R.N.: "KIDNEY DISEASES". THE JOURNAL OF DISEASES, 1979.

FLORES, C.E.: "ESTUDIO DE LA FRUSTRACION COMO PROBLEMA PSICOLOGICO  
EN DOS GRUPOS DE MUJERES MEXICANAS". TESIS. MEXICO: U.N.A.M., 1968.

FREEDMAN, KAPLAN, SADOCK.: "COMPENDIO DE PSIQUIATRIA". SALVAT, 1982.

FREUD, SIGMUND: "OBRAS COMPLETAS". SOBRE LA VERSION CASTELLANA.  
BUENOS AIRES, 1981.

FROMM, ERICH.: "ETICA Y PSICOANALISIS". EDITORIAL FONDO DE CULTURA  
ECONOMICA, MEXICO, 1985.

GAGO, H.A.: "LA FRUSTRACION COMO FACTOR DE LA PERSONALIDAD".  
TESIS. MEXICO: U.N.A.M., 1965.

GANONG, WILLIAM, F.: "MANUAL DE FISIOLOGIA MEDICA". ED. EL MANUAL  
MODERNO, MEXICO, 1982.

GOLDSTEIN, A.M.: "CHRONIC HEMODIALYSIS PATIENTS". AMER. J.  
PSYCHIAT, 1972.

GROSS, R.: "MANUAL DE MEDICINA INTERNA". TOMO I Y II ED. REVERTE, 1979.

GUYTON, ARTHUR, C.: "TRATADO DE FISIOLOGIA MEDICA". ED. INTERAMERICANA, MEXICO, 1985.

HALL, S.C.: "COMPENDIO DE PSICOLOGIA FREUDIANA". ED. PAIDOS, BUENOS AIRES, 1985.

HARTMAN, HEINZ.: "ENSAYOS SOBRE LA PSICOLOGIA DEL YO". ED. FONDO DE CULTURA ECONOMICA, MEXICO, 1982.

HATSUZUKA, MAKIKO.: "INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHOLOGY IN THE ORIENT". DEC. 1990 VOL. 33(4).

HERNANDEZ, R.J.: "INVESTIGACIONES RECIENTES SOBRE LA FRUSTRACION COMO UNO DE LOS FACTORES PROVOCADORES DE LA AGRESION EN PERSONAS ADULTAS". TESIS. MEXICO: U.N.A.M., 1980.

HILGARD, ERNEST, R.: "INTRODUCCION A LA PSICOLOGIA". ED. MORATA, MADRID, 1982.

JEAMMET, PH.: "MANUAL DE PSICOLOGIA MEDICA". ED. MASSON, BARCELONA 1982.

KEMPH, J.P.: "KIDNEY TRANSPLANT AND SHIFTS IN FAMILY DINAMICS". AMER. J. PSYCHIAT., 1974.

KERLINGER, FRED, N.: "INVESTIGACION DEL COMPORTAMIENTO". ED. INTERAMERICANA, MEXICO, 1979.

KHAN, A.V.: "CHRONIC KIDNEYS DISEASES". AMER. J. PSYCHIAT. 1971.

KOLB, L.C.: "PSIQUIATRIA CLINICA MODERNA". ED. PRENSA MEDICA, MEXICO, 1985.

MOORE, G.L.: "WHO SHOULD BE DIALYZED?". AMER. J. PSYCHIAT. 1971.

MUSLIN H.L.: "PSYCHIATRIC ASPECTS OF RENAL FAILURE". AMER. J. PSYCHIAT. 1971.

NORTON, C.E.: "CHRONIC HEMODIALYSIS AS A MEDICAL SOCIAL EXPERIMENT AND INTERN". MED., 1974.

RAIMBAULT, C.: "PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF CHRONIC RENAL FAILURE AND HEMODIALYSIS". NEPHRON 11, 1975.

RASKIN, N.H.: "NEUROLOGICAL ASPECTS OF RENAL FAILURE". THE KIDNEY ED. BRENNER AND RECTOR. VOL. 11, 1974.

- ROSELLO, G.C.: "DICCIONARIO DE PSICOLOGIA". ED. ELLICEN.
- ROSENZWEIG, SAUL.: TEST DE FRUSTRACION". ED. PAIDOS, BUENOS AIRES, 1972.
- ROTTER, JULIAN, B.: "PSICOLOGIA CLINICA". ED. MANUALES UTHEA, No. 8, MEXICO, 1985.
- RUCH, FLOYD, L.: "PSICOLOGIA Y VIDA". ED. TRILLAS, MEXICO, 1985.
- SCHORSCH, EBERHARD.: "ZEITSCH-FUR-SEXUAL FORSCHUNG". 1989 MAR VOL 2 (1).
- SEKELY, BELA.: "LOS TEST". ED. KAPELUZ, BUENOS AIRES, 1985.
- SERRANO, MARTINEZ, GONZALO.: "RESPUESTAS A LA FRUSTRACION. ESTUDIO EVOLUTIVO". PSICOLOGICA, 1990 MAY VOL. 2(1).
- TALLAFERRO, ALBERTO.: "CURSO BASICO DE PSICOANALISIS". ED. PAIDOS, BUENOS AIRES, 1985.
- TESCHAN AND TYLER.: "NEUROLOGIC DISORDERS IN RENAL FAILURE". AMERICAN JOURNAL OF MEDICINE. 44. 1972.
- THOMPSON, RICHARD, F.: "FUNDAMENTOS DE PSICOLOGIA FISIOLOGICA". ED. TRILLAS. MEXICO, 1985.
- TOWSON, SHELAGH, M.: "SEX ROLES". PSYCHOLOGIST, 1990 AUG. VOL 8.
- TYLER, H.R.: "NEUROLOGIC DISORDERS IN RENAL FAILURE". AMERICAN JOURNAL OF MEDICINE". 1974.
- UJJWALA, RANI, M.: "EL EFECTO DE LA EDAD Y SEXO EN LAS REACCIONES A LA FRUSTRACION". ED. PSYCHOLOGICAL STUDIES, 1989 NOV VOL 34.
- WHITTAKER, O. JAMES.: "PSICOLOGIA". ED. INTERAMERICANA, MEXICO 1985.
- WILLIAMS, H.J.: "PSYCHIATRIC CONSIDERATIONS OF DIALYSIS". ARCH. INTER. MED., 1974.
- WILSON, W.P.: "ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LA DIALISIS". VOL. MED. HOSP. MED. INT. 34, 1974.
- WINTROBE, THORN, ADAMS, BENNET, HARRISON.: "MEDICINA INTERNA". ED. PRENSA MEDICA MEXICANA. MEXICO, 1985.
- WOLMAN, B.: "TEORIAS Y SISTEMAS CONTEMPORANEOS EN PSICOLOGIA". ED. MARTINEZ ROCA, BARCELONA, 1985.
- YATES, A.J.: "TERAPIA DEL COMPORTAMIENTO". ED. TRILLAS, MEXICO 1985.