



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

99
2j

FACULTAD DE PSICOLOGIA

TOLERANCIA A LA FRUSTRACION EN
ADOLESCENTES CON DIAGNOSTICO DE LUPUS
ERITEMATOSO SISTEMICO, SEGUN EL TEST
DE S. ROSENZWEIG.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

PATRICIA GARDUÑO ZARRAGA



DIRECTOR DE TESIS: LIC. MA. ASUNCION VALENZUELA COTA.

FACULTAD
DE PSICOLOGIA

MEXICO, D. F. CIUDAD UNIVERSITARIA.

1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS.

A MI HIJA.

Por ser el motor que me impulsa a tratar de ser mejor cada día, por tu linda presencia que me llena de amor y alegría, porque eres lo más maravilloso de mi vida GRACIAS MI PEQUEÑA ARELY. TE AMO.

A MIS PADRES.

Por todo su apoyo y el amor que me han brindado desde siempre.

A TI MAMA: Por que me haz enseñado que no es fácil ser una gran mujer, y sin embargo, tú siempre lo haz sido. GRACIAS POR TU DULCE PRESENCIA.

A TI PAPA: Por ser un ejemplo claro de responsabilidad y compromiso hacia la vida. GRACIAS POR TU LINDA COMPAÑIA. LOS AMO.

A MI ESPOSO.

A ti Víck por todo tú amor y apoyo brindado desde que estamos juntos, ya que gracias a tus enseñanzas he logrado alcanzar una de las metas más importantes de mí vida profesional. Porque nunca me haz fallado cuando te he necesitado y por que te amo, GRACIAS MI AMOR.

A MIS HERMANOS.

Susana, Edgar, y Juan por compartir conmigo todos los buenos y malos momentos de mí vida. .

A MIS SOBRINOS.

Liz, Adrián, Edgar, Gaby y Uriel porque sus risas han alegrado mis momentos de tristeza en muchas ocasiones . Luchen por alcanzar sus ideales en la vida. Los Quiero Mucho.

:

A MIS AMIGAS.

Por las vivencias que hemos compartido y por brindarme su amistad sincera.

AGRADECIMIENTOS.

A LA FACULTAD DE PSICOLOGIA.

Por ser la casa donde a través de los maestros recibí los conocimientos que han sellado mi camino profesional y mi interés por la práctica de la Psicología Clínica.

A LA LIC. MA. ASUNCION VALENZUELA COTA.

Por apoyarme y transmitirme su experiencia para el logro de este trabajo, pero sobre todo por ser una persona que sabe brindar confianza y bienestar al trabajar conjuntamente. Gracias por su dedicación maestra.

A LA LIC. PATRICIA PAZ DE BUEN RODRIGUEZ.

Por dedicar su tiempo como asesora del anteproyecto de este trabajo por sus aportaciones y paciencia.

A LOS MIEMBROS DEL JURADO.

Lic. Aída Araceli Mendoza Ibarrola.

Lic. Irma Lilia Alarcón Ruíz.

Lic. Rosa Elena Mendoza Valdéz.

Por sus aportaciones y tiempo dedicado a la revisión de este trabajo.

A LA DRA. DIANA MOLINA VALDESPINO.

Muchísimas gracias Diana por el apoyo constante que he recibido , por transmitirme tus conocimientos y con ello impulsarme a prepararme y ser cada día mejor en el camino profesional, pero sobre todo gracias por ser mi amiga y confiar en mi trabajo.

AL INSITITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA.

Por permitirme trabajar con ustedes, en especial agradezco al DR. OSCAR SANCHEZ GUERRERO por el apoyo recibido durante mi estancia en la institución.

A los médicos del Servicio de Inmunología, especialmente a los DRES. BERRON Y ONUMA, por apoyar las aportaciones de los Psicólogos en el campo de la medicina y por ende este trabajo.

A LOS ADOLESCENTES., que participaron en esta investigación y que en mi trayectoria profesional me han permitido conocer más sobre ustedes.

A LA PSIC. GABRIELA MICHACA. A. Por tú apoyo y ayuda brindada y por tú amistad..

A LA PSIC. CECILIA GOMEZ.. Por tú apoyo y ayuda brindada y por tú amistad.

A LA PSIC. SOCORRO MARTINEZ B. Porque siempre me alientas y cuento contigo siempre, gracias amiga.

INDICE

RESUMEN.....	3
INTRODUCCION.....	4
CAPITULO 1. ASPECTOS GENERALES SOBRE EL LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO (L.E.S.).....	
1.1 HISTORIA.....	5
1.2 DEFINICION.....	5
1.3 ETIOLOGIA.....	6
1.4 SINTOMAS Y DIAGNOSTICO.....	6
1.5 PRONOSTICO.....	8
1.6 FACTORES EMOCIONALES.....	8
1.7 TRATAMIENTO.....	9
1.8 INFLUENCIAS PSICOLOGICAS EN LAS ENFERMEDADES IMMUNOLOGICAS.....	10
CAPITULO 2 ADOLESCENCIA.	
2.1 DEFINICIONES.....	12
2.2 TEORIAS DE LA ADOLESCENCIA.....	13
2.2.1 TEORIA PSICOANALITICA.....	13
2.2.2 TEORIA SOCIOLOGICA.....	16
2.2.3 TEORIA PSICOSOCIAL.....	16
2.2.4 TEORIA COGNOSCITIVA.....	18

2.3 ADOLESCENCIA Y ENFERMEDAD.....	18
CAPITULO 3 FRUSTRACION	

3.1 DEFINICIONES.....	23
3.2 DEFINICIONES SOBRE LA AGRESION.....	25
3.3 DEFINICIONES SOBRE TOLERANCIA A LA FRUSTRACION.....	27

CAPITULO 4 INVESTIGACIONES SOBRE ASPECTOS PSICOLOGICOS ASOCIADOS A LA ENFERMEDAD.....	28
------------------------------------------------------------------------------------------	----

CAPITULO 5 METODOLOGIA.

5.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	32
5.2 JUSTIFICACION.....	33
5.3 HIPOTESIS.....	33
5.4 OBJETIVOS.....	34
5.5 POBLACION Y SELECCION DE LA MUESTRA.....	34
5.6 TIPO DE ESTUDIO.....	35
5.7 DISEÑO.....	35
5.8 ESCENARIO.....	35
5.9 MATERIALES.....	35
5.10 INSTRUMENTOS.....	35
5.11 PROCEDIMIENTO.....	39
5.12 ANALISIS ESTADISTICO DE LOS RESULTADOS.....	40

CAPITULO 6 DISCUSION DE RESULTADOS.....	68
-----------------------------------------	----

CAPITULO 7 CONCLUSIONES.....	72
------------------------------	----

CAPITULO 8 LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.....	74
--------------------------------------------	----

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS..... 75

ANEXOS.

RESUMEN.

Se captaron pacientes de Consulta Externa del Servicio de Inmunología del Instituto Nacional de Pediatría (I.N.P.), en etapa adolescente, cuyas edades comprendieron entre los 13 a 19 años, diagnosticados con Lupus Eritematoso Sistémico (L.E.S.), según los criterios de la Asociación Reumatológica Americana (A.R.A.). A dichos pacientes se les aplicó la prueba de S. Rosenzweig para medir Tolerancia a la Frustración, la cual se define como la aptitud de un individuo para soportar una frustración, sin la pérdida de su adaptación psicobiológica, es decir, sin recurrir a tipos de respuestas inadecuadas que no lleven al satisfactor deseado, o dificultan la adaptación a las circunstancias presentes. Los resultados obtenidos se analizaron en función de 4 diferentes características propias de la muestra, a las cuales les llamaremos variables, tales como: edad, sexo, tiempo de evolución del padecimiento y presencia de Síndrome de Cushing. El procedimiento estadístico fué el análisis de Varianza de un sólo factor, y análisis de contenido.

A nivel general se encontró que estos adolescentes dirigen la agresión extrapunitivamente con ego-defensa, es decir, la hostilidad, el reproche se dirigen contra una persona u objeto del medio.

En cuanto a la edad, se encontró que los adolescentes de menor edad respondieron diferente a los de menor edad, los hombres dieron respuestas diferentes a las mujeres, los pacientes con menor tiempo de evolución respondieron de manera diferente a los de mayor tiempo de evolución, y en cuanto a Síndrome de Cushing no se encontró significancia estadística en las respuestas dadas ante la presencia o ausencia de dicho Síndrome. La descripción específica de los resultados se hallará en el Capítulo de discusión de resultados...

INTRODUCCION.

Este proyecto tiene como finalidad el describir y explorar un área específica de la personalidad de los adolescentes que padecen Lupus Eritematoso Sistémico (L.E.S.), el conocer y/o determinar la manera en que se maneja la frustración y el estrés (conocido como "coping"), ya que se sabe que existe una relación entre el estrés y el funcionamiento del sistema inmunológico (Cooper, 1986), así como la agresión concomitante. En relación con esto y tomando como punto de partida que así como las enfermedades somáticas, agudas y crónicas de muchos tipos se dirigen hacia cambios psicológicos y síntomas psicopatológicos, también los problemas psicológicos pueden alterar la homeostasis física, dado lo cual se considera importante el estudiar la Tolerancia a la Frustración en adolescentes con L.E.S., el cual es considerado como prototipo de enfermedad autoinmune, siendo un desorden multisistémico caracterizado por la presencia de una variedad de autoanticuerpos responsables de sus manifestaciones clínicas y que son importantes para su diagnóstico. La frustración es el impedimento de llegar a un satisfactor, produciéndose como consecuencia la emergencia de tensión interna en el organismo denominada estrés, la cual puede ser adecuada si logra vencer el obstáculo y llegar a su objetivo, o inadecuada si no hay superación del impedimento ni el logro del satisfactor. (Selye, 1956).

Dado lo anterior, es que se propone estudiar la Tolerancia a la Frustración en pacientes adolescentes con L.E.S., para lo cual se aplicó el Test de Tolerancia a la Frustración de S. Rosenzweig, cuyas respuestas se analizaron tanto a nivel general (de dirección de la agresión y tipo de respuesta a la frustración), como en relación con 4 variables, tales como la edad, el sexo, el tiempo de evolución del padecimiento y Síndrome de Cushing, las cuales se eligieron por ser las más homogéneas dentro de la muestra, y las que más relación tienen con las características particulares de la enfermedad, (de las cuales se hablará en el capítulo correspondiente). Además, hasta ahora en el trabajo cotidiano con estos pacientes a lo largo de la prestación de Servicio Social y prácticas profesionales en el Instituto Nacional de Pediatría (I.N.P.) y a nivel empírico se ha observado que presentan dificultades para aceptar su enfermedad, recurriendo a una serie de concepciones irreales, fantaseadas de la misma, a pesar de las explicaciones dadas por el personal de salud, lo que me llevó a pensar en la presencia de problemas para aceptación del padecimiento, por lo que surge la inquietud de explorar esta línea de investigación, presuponiendo que los resultados obtenidos a través de la misma pudiera proporcionar herramientas o para el manejo del paciente, ayudando al tratamiento y pronóstico, al permitir la comprensión del manejo de la situación frustrante que genera la enfermedad inmunológica en las posibilidades adaptativas y dirección de la agresión concomitante.

Ante el sufrimiento de estos "pequeños" pacientes decidí poner un granito de arena para acercarnos un poco más a sus vivencias, a su problemática y tratar de entender lo más ampliamente posible su conducta, el cómo manejan la frustración.

CAPITULO 1

ASPECTOS GENERALES SOBRE EL LUPUS ERITEMATOSO SISTEMATICO (L.E.S.)

CAPITULO 1.

ASPECTOS GENERALES SOBRE EL LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO (L.E.S.).

INTRODUCCION.

El Lupus Eritematoso Sistémico es considerado prototipo de enfermedad autoinmune, es un desorden multisistémico, caracterizado por la presencia de una variedad de autoanticuerpos responsables de sus manifestaciones clínicas y que son importantes para su diagnóstico. El L.E.S. es una enfermedad polimorfa de etiopatogenia desconocida y fronteras mal delimitadas, que se caracteriza por una afectación multisistémica y evolución a brotes. Es llamativa la presencia de alteraciones inmunológicas en el suero de los pacientes afectados, entre las que destacan los anticuerpos antinucleares (AAN), uno de los cuales, el anti-DNA nativo constituye el sello de la enfermedad, con una frecuencia aproximada de 2 a 3 casos/año, por cada 100.000 habitantes. El L.E.S. es una enfermedad de predominio femenino en proporción de 9 a 1, aunque la causa de esta situación es desconocida (J.C. Duró, citado en Rotés Q. J., 1989).

1.1 HISTORIA.

La palabra "Lupus" deriva del latín que significa lobo y se empezó a usar desde el siglo XII para referirse a distintas enfermedades cutáneas que tenían la particularidad de destruir la piel de manera progresiva, estas alteraciones eran comparadas con las lesiones producidas por mordedura de lobo, con tendencia a la ulceración y destrucción especialmente en la cara (Orozco, 1975).

Hebra y Kaposi, 1872 (citados en Orozco, 1975), publicaron en su tratado magistral del "Lupus Vulgaris" las descripciones que inicialmente hacían mención a la participación cutánea exclusivamente. Fueron Bielt, 1828 y Cazenave, 1838 (citados en Orozco, 1975), quienes crearon el término de Lupus Eritematoso Sistémico y lo clasificaron en tres variedades principales: el lupus que destruye la superficie, el que destruye la profundidad y el que no muestra alteraciones pero que se acompaña de hipertrofia de los órganos afectados.

1.2. DEFINICION.

El Lupus Eritematoso -Sistémico (L.E.S). es una enfermedad inflamatoria crónica de etiología desconocida, que se observa principalmente en jóvenes y afecta prácticamente a cualquier órgano o sistema pero en especial a las articulaciones, piel y anexos, riñones, sistema nervioso central y sistema linfohematopoyético. Su curso clínico es variable así como su pronóstico (habitualmente desfavorable), así como la evolución está supeditada al tiempo del diagnóstico (oportuno) y al tipo y severidad de las lesiones, así como a los órganos afectados y a la tolerancia al tratamiento instituido. La forma localizada (el Lupus Discoide) tiene una manifestación clínica, evolución y pronóstico variables, aunque en algunas ocasiones, puede preceder o coincidir con la forma generalizada (Orozco, 1982).

1.3 ETIOLOGIA.

La causa o las causas del Lupus Eritematoso Sistémico se desconocen hasta el momento actual, sin embargo, se han propuesto hipótesis al respecto, de las cuales las siguientes son las más difundidas:

- a) Hipótesis genética: Se ha propuesto que se trata de una entidad de etiología multifactorial, entre los factores a los que se ha conferido mayor peso se encuentran los genéticos-inmunológicos, apoyados por la presencia de L.E.S. en gemelos y en familiares de lúpicos.
- b) Hipótesis inmunológica: La presencia de autoanticuerpos y los bajos niveles de complemento (C) en los pacientes afectados son datos a favor de que el L.E.S. sea una enfermedad por inmunocomplejos con profunda alteración del equilibrio inmunológico.
- c) Hipótesis infecciosa: No se han identificado hasta el momento antígenos específicos sin embargo, existen evidencias de la participación de agentes virales.

Existen otros elementos considerados como precipitantes, entre ellos pueden mencionarse los siguientes: exposición al sol, ingestión de fármacos, embarazo, estrés emocional e intervenciones quirúrgicas. (Garitano F, 1987).

1.4 SINTOMAS Y DIAGNOSTICO.

El diagnóstico de esta enfermedad es fundamentalmente clínico, existiendo 11 criterios, de los cuales se requiere un mínimo de 4 para considerar la presencia de la enfermedad, tales como: Rash malar, Rash discoide, fotosensibilidad, úlceras orales, artritis, serositis, desórdenes renales, desórdenes neurológicos, desórdenes hematológicos, desórdenes inmunológicos y anticuerpos antinucleares (Hahan,1990,citado en Harrison ,1991).

Además de los criterios antes mencionados, es frecuente encontrar los siguientes síntomas generales:

- a) La fiebre está presente en más del 80% de los casos, en ocasiones, con escalofríos, puede asimismo existir una febrícula. La curva de temperatura puede ser de cualquier tipo, elevaciones cotidianas en "picos" hasta de 41°C sin escalofríos, las que se observan con mayor frecuencia en el L.E.S. activo con infección concomitante (Orozco, 1982)..

Otros datos frecuentes son la pérdida de peso, fatiga, anorexia, ataque al estado general y náuseas (Hahan,1990,citado en Harrison, 1991).

A continuación se describen los síntomas locales:

- a) Alteraciones articulares: Estas están presentes en el 90% de los casos, las artralgiás están presentes en la mayoría de los pacientes, en cuanto a los datos de inflamación articular, ésta puede presentarse en 3 modalidades: artritis aguda, subaguda y crónica. Las articulaciones involucradas con más frecuencia son las interfalángicas proximales.

b) Alteraciones dermatológicas: Estas son muy variadas, y frecuentes en áreas expuestas al sol, el eritema en mariposa es la más característica, se localiza en ambas mejillas extendiéndose por el puente de la nariz y respetando de ordinario la frente, el mentón y el cuero cabelludo. Otras lesiones menos frecuentes son causadas por vasculitis en extremidades que pueden ulcerarse con posterior gangrena.

c) Alteraciones Neuropsiquiátricas: Estas están presentes alrededor del 60% de los casos, son de extrema gravedad y constituyen una de las principales causas de muerte precoz. Dentro de las manifestaciones clínicas de alteración de Sistema Nervioso Central (S.N.C.), se encuentran las crisis convulsivas, los cuadros psicóticos y los cuadros de delirium, pueden presentarse datos de lesión focalizada como hemiplejías, paraplejías y parálisis transitorias de los nervios craneales. También se han documentado ataxias de origen cerebeloso, cuadros coreicos y meningitis aséptica. La afección periférica puede presentarse hasta en un 50% de los casos.

Las manifestaciones afectivas suelen estar presentes en un 10 a un 15% de los casos, y entre las más comunes se encuentran los eventos depresivos y los trastornos por ansiedad (Mevorach, 1994).

d) Alteraciones renales: Se observan en el 50-60% de pacientes, es la lesión visceral más frecuente y una de las más severas y tiene importancia pronóstica, presentan nefritis clínica definida por proteinuria persistente.

e) Alteraciones pleuro-pulmonares: Aproximadamente la mitad de los pacientes desarrollan afectación pulmonar. El derrame pleural es el hallazgo más frecuente (40% de casos), sin embargo, no debe olvidarse la posibilidad de infección tuberculosa o vírica intercurrente. Otra complicación de sistema respiratorio es la neumopatía y puede presentarse en el paciente lúpico tratado con inmunosupresores hasta en un 20 a 77% de los casos.

f) Alteraciones cardiovasculares: Entre las manifestaciones cardíacas presentes en el paciente con L.E.S. se encuentran: derrame pericárdico, miocarditis, endocarditis, la trombosis y la tromboflebitis suelen aparecer en ocasiones coincidiendo con períodos de actividad de la enfermedad (Hahan, 1990; citado en Harrison, 1991).

g) Alteraciones oculares: Son comunes la conjuntivitis y la epiescleritis en pacientes con extensa afectación cutánea.

h) Digestivas: El dolor abdominal es frecuente, así como la presencia de úlceras intestinales que pueden ser secundarias a vasculitis.

i) Vasculares: Las trombosis en capilares, vasos de pequeño calibre y venas y arterias de mediano calibre pueden constituir un problema importante. Aunque las vasculitis pueden desempeñar un papel en el proceso trombótico, existen cada vez más datos de que los anticuerpos antifosfolípidos (anticardiolipina) se asocian con alteraciones de la coagulación.

j) Alteraciones hematológicas: Suelen darse episodios repetidos de coagulación arterial o venosa, con frecuencia son graves, especialmente cuando consisten en embolia pulmonar, accidentes cerebrovasculares u oclusión de arterias de gran calibre. Si el anticoagulante produce trombocitopenia se puede producir un cuadro hemorrágico significativo. En ausencia de trastornos de coagulación o hemorragia, puede ser una alteración de carácter benigno. La anemia de la afectación crónica aparece en la mayoría de los pacientes durante los períodos de actividad. La leucopenia es frecuente y suele ser un reflejo de la linfopenia, también es frecuente la trombocitopenia de grado leve..

1.5 PRONOSTICO.

El Lupus es una enfermedad cuyo pronóstico puede variar desde la forma completamente benigna y con remisiones completas por largo tiempo, hasta la forma letal que puede acabar con la vida de un paciente en semanas o pocos meses de haber iniciado la sintomatología.

Tres factores son importantes en la consideración del pronóstico del paciente con L.E.S:

- a) Edad del paciente al inicio de la enfermedad: Se sabe que el pronóstico es peor en niños menores de 14 años de edad por la gran frecuencia de enfermedad renal inicial y las infecciones bacterianas.
- b) La existencia de lesión renal o de sistema nervioso central agrava el pronóstico tanto en adultos como en niños.
- c) La rapidez en el diagnóstico y establecimiento de un tratamiento adecuado, ya que el diagnóstico oportuno de la enfermedad es factor indiscutible en la evolución de la misma, pues se han observado pacientes con enfermedad grave y casi moribundos en el momento de hacer el diagnóstico, con mejorías dramáticas y supervivencia o remisión clínica hasta de 20 años. (Orozco, 1982).

La afección del S.N.C., infecciones, complicaciones digestivas (hemorragias, perforación intestinal, etc.), y la nefropatía continúan siendo las principales causas de muerte precoz. Las muertes debidas a la farmacoterapia (esteroides y citostáticos) son menos comunes y en general se deben a infecciones intercurrentes.

1.6 FACTORES EMOCIONALES.

En cuanto a la calidad de vida de los pacientes es variable cuando se presenta en la infancia o la adolescencia, esto puede afectar significativamente el curso normal de su desarrollo psicosexual, ya que el padecimiento por sí sólo es restrictivo en cuanto a actividades (tanto sociales, como académicas y cotidianas), ya que la mayoría de los pacientes requieren en algún momento de ser internados para el manejo de la enfermedad, siendo éste otro factor de estrés, dadas las circunstancias que conllevan, tales como: alejarse temporalmente de su núcleo familiar, con la implicación de separarse de sus pertenencias y efectos personales; separación de grupo de pares, dejar de lado sus actividades físicas, lúdicas y académicas. Además de lo anterior y de suma importancia es el hecho de enfrentar la enfermedad, que genera por sí sola angustia, temor, ansiedad, incertidumbre, depresión, estrés y frustración ya que sienten que han dejado de ser como los demás

adolescentes, sienten que hay algo en su vida que no es "normal" y se angustian ante lo que puede sucederles, aún cuando el personal médico, psicólogos y psiquiatras les expliquen lo referente al padecimiento, para ellos no es fácil asimilar de pronto que un "compañero indeseado" ha llegado a ser parte de su vida y rompe con su homeostasis biopsicosocial. Otro factor psicológico significativo es sentir culpa por haberse enfermado, pues los pacientes suelen referir ante la entrevista y la pregunta ¿Por qué crees que te enfermaste? lo siguiente: "Es que me porté mal", "lo que pasa es que a veces no obedezco a mi Mamá", "Comí cosas que no debí de haber comido", "Me asoleaba mucho y a veces me mojaba"; y así como éstas, varias respuestas similares que reflejan pensamiento mágico en las pacientes y sentimiento de culpa ante la enfermedad.

Todo lo anteriormente descrito es basado en la experiencia clínica adquirida en el trabajo cotidiano en la Clínica de Inmunología del Instituto Nacional de Pediatría (I.N.P.), a lo largo de la prestación del Servicio Social y prácticas profesionales a través del Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil del Instituto antes mencionado.

1.7 TRATAMIENTO.

El tipo e intensidad del tratamiento dependerá de los órganos afectados y de la gravedad de la enfermedad. Así pues, habrá pacientes que requieran menos dosis de medicamento y otros que requieran de mayor cantidad. La dosis de corticoesteroides, el medicamento utilizado por elección y el tiempo de administración variará según el órgano o los sistemas afectados. Dichas dosis se deben reducir en forma gradual después del control de las manifestaciones clínicas y de las pruebas de laboratorio, ya que la terapia esteroide en días alternos disminuye la gravedad de las manifestaciones indeseables del Síndrome de Cushing secundario, consistente en: aumento de peso considerable, aparición excesiva de vello facial, alopecia y pérdida de pestañas, asimismo, los pacientes se "ponen cachetones", lo que regularmente trae como consecuencia enojo, frustración, depresión y percepción devaluada de la imagen corporal, lo que redundará en una autoestima y autoconcepto bajos ya que los pacientes experimentan cambios rápidos en su imagen y se viven como diferentes a su grupo de pares, por lo que tienden a aislarse de las relaciones interpersonales, lo que genera problemas de socialización en estos sujetos. (Orozco, 1982).

Las medidas generales que deben seguir los pacientes con L.E.S. son reposo en las fases de actividad clínica, evitar la exposición directa a los rayos solares o a la luz ultravioleta, extremar los cuidados evitando la ingestión de medicamentos innecesarios y la aplicación de tintes o colorantes como cosméticos y por último una dieta balanceada que mantenga el peso ideal del paciente, considerando por supuesto a los pacientes que requieran dieta especial como en el caso de los que padecen hipertensión arterial, insuficiencia renal, etc. (Orozco, 1975).

Como se observa, existe en el niño una amplia gama de reacciones ante la enfermedad tendiendo algunos a aislarse del medio ambiente, concentrándose en sí mismo y en su cuerpo, olvidándose o re trayéndose de las relaciones sociales.

1.8 INFLUENCIAS PSICOLOGICAS EN LAS ENFERMEDADES INMUNOLOGICAS.

Se piensa corrientemente, que el estado emocional de un individuo puede influencia profundamente su estado de bienestar físico y realmente se ha demostrado que ciertos rasgos de personalidad y ciertas condiciones psicológicas adversas, están relacionadas con el comienzo y la incidencia aumentada de varios trastornos psicósomáticos (oir ejemplo el asma, las úlceras), las enfermedades cardiovasculares, así como también ciertas enfermedades relacionadas inmunológicamente, y las neoplasias (Ader, 1980, 1981; Locke, 1982; citados en Cooper, 1986).

Aunque los acontecimientos estresantes se relacionaban tradicionalmente sólo con los desórdenes psicósomáticos, también aquellos se han visto recientemente implicados en la provocación o exacerbación de condiciones patológicas, en las cuales la disfunción del sistema inmunológico juega un papel significativo. Este grupo de desórdenes incluye las enfermedades infecciosas, los trastornos autoinmunes (como el L.E.S.), la alergia y el cáncer . Por lo tanto, el control sobre los estresores es un factor importante en la determinación de la respuesta del sistema inmunológico, a las estimulaciones aversivas (Coopere, 1986).

Cierto nivel de estrés no es sólo natural sino algo que se espera de la vida, es esa tensión que prepara al cuerpo para la pelea. Esa intensidad corporal es de corta duración y a menudo se le llama la respuesta de "pelear-o-huir", es la manera en que la naturaleza organiza nervios, músculos, sangre y órganos en una disposición protectora. Este tipo de hechos son interpretados por las áreas emocionales del cerebro que estimulan el hipotálamo y éste, a su vez, emite estas hormonas llamadas corticotrofinas. Estas hormonas estimulan una glándula especial, la pituitaria, localizada en la base del cerebro. Todo el cuerpo ha sido "bombeado" excepto, por desgracia, el sistema inmunológico. En él, sucede justamente lo opuesto, se inhibe y deja al cuerpo con poca resistencia a la enfermedad y la infección. El timo, la base para el procesamiento de las células T (linfocitos pequeños, reguladore del sistema inmunológico), reduce su actividad en deferencia a las otras glándulas endócrinas, mientras que los esteroides que están surgiendo de las glándulas adrenales deprimen todavía más las actividades de las células T. Si esto sucede sólo brevemente no hay ningún daño, el cuerpo se adapta, pero si tales situaciones de tensión son severas, o duran un tiempo largo, o suceden con frecuencia, su salud está amenazada, ya que si la depresión física puede deprimir al sistema inmunológico, existen mayores probabilidades de peligro cuando se involucran las formas psicológicas como la frustración, la ira, el miedo o la angustia. Los factores psicológicos, y en particulas los estresores, pueden comprometer también el sistema de defensa. Hay un cierto número de estudios que demuestran una asociación entre el estrés de la vida y el aumento de la susceptibilidad a las infecciones respiratorias, enfermedades autoinmunes y alérgicas. Además, hya un conjunto de datos que indican que los estresores alteran profundamente la actividad neurotransmisora y neuroendócrina. El modo por el cual los sistemas inmunológico y nervioso

central interactúan de manera que las variables psicológicas pueden influenciar la patogénesis. (Friedlander, 1989).

La aparición de un estado de enfermedad, después de la introducción de un agente patógeno, depende de la integridad del sistema inmunológico, además, los estresores pueden jugar un papel por la activación del sistema nervioso central, el cual puede actuar bien directamente, o indirectamente sobre el sistema inmunológico. Consecuentemente, la discusión de las relaciones entre los acontecimientos psicológicos y la enfermedad, deben por fuerza considerar los efectos de los estresores sobre la actividad del sistema nervioso central (idem).

CAPITULO 2

ADOLESCENCIA

CAPITULO 2.

ADOLESCENCIA.

2.1 DEFINICIONES.

La adolescencia es el lapso comprendido entre la niñez y la edad adulta (12 o 13 a 19, 20 años), su comienzo se ve anunciado por la aparición de la pubescencia, estadio de rápido crecimiento fisiológico, cuando maduran las funciones reproductivas y los órganos sexuales primarios, a la vez que aparecen las características sexuales secundarias, ésta termina en la pubertad, punto en el cual un individuo alcanza la madurez sexual y es capaz de reproducirse. La edad adulta psicológica se alcanza cuando se descubre la propia identidad, se adquiere independencia de los padres, desarrollo de un sistema de valores y capacidad para establecer relaciones maduras de amistad y amor (Papalia, 1985).

La palabra adolescencia deriva de la voz latina adolescere, que significa "crecer" o "desarrollarse hacia la madurez". Es el período de transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta y autónoma.

Psicológicamente, es una "situación marginal" en la cual han de realizarse nuevas adaptaciones; aquellas que, dentro de una sociedad dada, distingue la conducta infantil del comportamiento adulto. Cronológicamente, es el lapso que comprende desde aproximadamente los doce o trece años hasta los primeros de la tercera década, con grandes variaciones individuales y culturales (Muuss, 1982).

La adolescencia abarca también los cambios de conducta y de status social (Stone; y Church; citados en Muuss, 1982).

Para Cl. Allaer y Carnois (1978) la adolescencia es una crisis única, que introduce un estilo de vida y una realización de la situación humana que no son ya un mero perfeccionamiento del estatuto del niño, sino una inversión total de la estructura, el paso de la dependencia a la independencia, de la incapacidad de reflexionar a la capacidad de reflexión.

Según Kohler (citado en Cl. -Allaer y Carnois, 1972), habitualmente se habla de la adolescencia en términos de crisis: "La crisis de la adolescencia", "Crisis de oposición", "Crisis de originalidad juvenil"; que dentro de la evolución psicológica se sitúa entre dos etapas de relativo equilibrio: el período de latencia que ha dado al niño un cierto confort afectivo y emocional, y la madurez de la edad adulta en la que desemboca..

Para concretar la definición en cuanto a los inicios y límites de la adolescencia y los sucesos inherentes a ésta podemos apoyarnos en la definición que Dulanto, E (citado en Cl. Allaer y Carnois, 1972) hace al respecto, a saber: El término adolescencia comprende un proceso de maduración emocional y social que no reconoce un límite de tiempo preciso y que está en gran parte controlado por factores socioculturales; su concepto en cuanto a la duración y diferentes modalidades con que se presenta, variará de acuerdo con el núcleo social.

2.2 TEORIAS DE LA ADOLESCENCIA.

2.2.1 TEORIA PSICOANALITICA.

De acuerdo con S. Freud (1937; citado en Coleman, 1985), todo individuo a lo largo de su desarrollo atraviesa por diferentes estadios, en los cuales deberá cumplir ciertas funciones, en donde la energía o pulsión estará encaminada a la búsqueda de la satisfacción o gratificación que le permita la adaptabilidad a su medio ambiente circundante. Tales estadios estan divididos en 5 etapas:

- 1) Etapa oral, del nacimiento a los 12-18 meses, donde la fuente de gratificación es la boca, (succionar).
- 2) Etapa anal, de los 18 meses a los 3 años, la fuente de gratificación es la zona anal (retención y expulsión de las heces fecales).
- 3) Etapa fálica, abarca de los 3 a los 5-6 años, cuya fuente de gratificación es la estimulación genital. Aparece el complejo de Edipo y de Electra.
- 4) Etapa de latencia, de los 6 años a la pubertad, el niño se encuentra sexualmente calmado.
- 5) Etapa genital, de la pubertad en adelante, en donde los cambios hormonales llevan a la relación adulta.

Según Coleman J: C., Gamon y Ellis (1985), el enfoque psicoanalítico de la adolescencia adopta, como punto de partida, el brote de las pulsiones que se dice tiene lugar como resultado de la pubertad, ocasionando una conmoción emocional interna y dando lugar a una vulnerabilidad de la personalidad.

La adolescencia está asociada a dos factores importantes, el primero es el despertar de la sexualidad del individuo que le lleva a buscar "objetos amorosos" adecuados, fuera del medio familiar, rompiendo así los lazos emocionales que le unían a los padres desde la infancia. En segundo lugar, la vulnerabilidad de la personalidad da lugar al empleo de defensas psicológicas para enfrentarse a las pulsiones y la ansiedad, defensas que son, en mayor o menor grado, obstaculizadores de la adaptación (Freud, S.; 1937; citado en Coleman J: C., 1985).

Blos, P. (1971) ha descrito la adolescencia como un "segundo proceso de individuación, en donde existe una urgente necesidad de cambios psicológicos que ayuden al individuo a adaptarse a la maduración; un aumento de vulnerabilidad en la personalidad y el surgimiento de una psicopatología específica, cuando el sujeto tropieza con dificultades. En el adolescente, el proceso de desvinculación, es decir, la búsqueda de un objeto amoroso fuera de la familia, supone la renuncia a la dependencia y la ruptura de las vinculaciones propias de la temprana infancia que fueron, hasta la pubertad, la fuente principal de estímulos emocionales.

El adolescente tiene que entrar en contacto emocional con las pasiones de su época de lactancia y su primera infancia para romper sus catexis originales; sólo entonces puede extinguirse el pasado en la memoria consciente e inconsciente (Blos, P., 1975).

Para Baittle y Offer, 1979, (citados en Coleman J. C., 1985), según el punto de vista psicoanalítico, la ambivalencia explica muchos de los fenómenos del comportamiento adolescente que con frecuencia son considerados como incomprensibles, así por ejemplo, la inestabilidad emocional de las relaciones, las contradicciones en cuanto a pensamientos y sentimiento y las oscilaciones, aparentemente ilógicas, respecto al modo de reaccionar, que reflejan las fluctuaciones entre amor y odio, aceptación y rechazo, vinculación y desvinculación, subyacente a las relaciones en los primeros años de la vida y que son reactivadas de nuevo en la adolescencia. Tales fluctuaciones del estado de humor y del comportamiento son también indicativas de las actitudes del joven con respecto a su propio desarrollo.

Freud, A. (1958), describe 8 líneas del desarrollo para casi todos los campos de la personalidad individual. En cada caso trazan el gradual crecimiento del niño desde las actitudes dependientes, irracionales, determinadas por el ello y los objetos hacia un mayor control del mundo interno y del externo por el yo. Cualquiera que sea el nivel alcanzado por el niño en algunos de estos aspectos, representa el resultado de la interacción entre el desarrollo de los impulsos y el desarrollo del yo, del superyó y de sus reacciones frente a las influencias del medio. A continuación se describe cada una de las líneas de desarrollo propuestas por esta autora.:

- 1) La unidad biológica de la pareja madre-hijo, con el narcisismo de la madre extendido al niño y el hijo incluyendo a la madre en su entorno o "mundo" narcisista interno (Hoffer, 1952; citado en Freud, A., 1958), período que además se subdivide en las fases autistas, simbióticas y de separación-individuación con ciertos riesgos específicos del desarrollo inherentes a cada una de estas fases. (Margaret Mahler, 1952; citada en Freud, A. 1958).
- 2) La relación anaclítica con el objeto parcial (Melanie Klein; citada en Freud, A. 1958) o de satisfacción de las necesidades, que está basada en la urgencia de las necesidades somáticas del niño y en los derivados de los impulsos, y que es intermitente y fluctuante, dado que la catexis del objeto se libera bajo el impacto de deseos imperiosos y es vuelta a retraer tan pronto como se los ha satisfecho.
- 3) La etapa de constancia objetal, que permite el mantenimiento de una imagen interna y positiva del objeto, independiente de la satisfacción o no de los impulsos.

- 4) La relación ambivalente de la fase preedípica sádico-anal, caracterizada por las actitudes del yo de depender, torturar, dominar y controlar los objetos amados.
- 5) La fase fálico-edípica completamente centralizada en el objeto, caracterizada por una actitud posesiva hacia el progenitor del sexo contrario (o viceversa) celos por rivalidad hacia el progenitor del mismo sexo.
- 6) El período de latencia, es decir, la disminución post-edípica de la urgencia de los impulsos y la transferencia de la libido desde las figuras parentales hacia los compañeros y grupos comunitarios con fantasías que demuestran la desilusión y denigración de los progenitores.
- 7) El preludio preadolescente de la "rebeldía de la adolescencia", es decir, el retorno a conductas y actitudes anteriores, especialmente del objeto parcial, de la satisfacción de las necesidades y del tipo ambivalente.
- 8) La lucha del adolescente por negar, contrarrestar, aflojar y cambiar los vínculos con sus objetos infantiles, defendiéndose contra los impulsos pregenitales y finalmente estableciendo la supremacía genital con la catexis libidinal transferida a los objetos del sexo opuesto, fuera del círculo familiar.

Otro de los autores que se ha encargado de estudiar el desarrollo de la personalidad es Sullivan (1963), quien delineó siete etapas clasificándolas con base en la relación entre la maduración de capacidades y a las oportunidades de experiencias que proporciona el medio ambiente. A continuación se exponen dichas etapas:

- 1) Infancia: Se inicia con el nacimiento y termina con la aparición de la palabra articulada. En esta etapa la aparición de capacidades se hace a un ritmo acelerado (0 a 2 años).
- 2) Niñez: Comienza con la adquisición del lenguaje, hábitos de higiene, etc., la velocidad del desarrollo comienza a disminuir. Este período termina cuando el niño comienza a sentir la necesidad de compañeros de juego (3 a 5 años).
- 3) Etapa juvenil: La necesidad de compañeros nos introduce en esta etapa, la velocidad de aprendizaje continúa decreciendo, se prolonga casi a todos los años de la educación básica (6 a 9 años).
- 4) Preadolescencia: Es una etapa muy breve, en la cual se presenta la necesidad de un amigo. Con los cambios de la pubertad llega a su final (10 a 12 años).
- 5) Adolescencia temprana: Al presentar la pubertad se comienza a tener interés por una persona del sexo opuesto, este período termina con la estructuración de un modo de satisfacción del impulso genital (13 a 17 años).
- 6) Adolescencia tardía. Se alcanza un tipo de vida que satisface el impulso genital. Los aspectos parcialmente desarrollados de la personalidad llegan a su correcta relación con su edad cronológica (18 a 21 años).
- 7) Adulthood: Se establecen relaciones de amor con otra persona y se llega a establecer un pleno repertorio de la personalidad.

2.2.2 LA TEORIA SOCIOLOGICA.

La visión sociológica de la adolescencia abarca una perspectiva muy diferente de la teoría psicoanalítica, aunque no existe desacuerdo entre ambas concepciones respecto a la importancia del proceso de transición, ambos puntos de vista difieren en cuanto a sus causas. Así, mientras que la concepción psicoanalítica se centra en los factores internos, la sociológica busca en la sociedad y en acontecimientos que se producen fuera del individuo una explicación satisfactoria. Son conceptos clave los de "socialización" y "papel".

Se entiende por socialización el proceso por el cual los individuos incorporan los valores, los estándares y las creencias vigentes en dicha sociedad. (Coleman J. C., 1985).

Para Hall (citado en Grinder R. E., 1978), toda persona nace dos veces, una vez como individuo y la otra, durante la adolescencia, como miembro de la raza humana. Para explicar el nuevo nacimiento o socialización buscó los períodos nacieses de todos los instintos sociales comenzando la búsqueda de éstos con la suposición de que el instinto racial más antiguo es la sexualidad: posesión y reproducción partiendo de este común denominador afloraban los instintos principales del amor y de la religiosidad.

2.2.3 TEORIA PSICOSOCIAL.

Enmarcando el desarrollo psicosocial del individuo es destacada la teoría que propone E. Erikson dentro de un plano social. Esta teoría tiene como núcleo central el logro de una identidad individual a través de una secuencia evolutiva que abarca la vida del hombre desde el nacimiento hasta la muerte pasando por estadios del desarrollo a los cuales denominó crisis, y la aparición de los mismos no sólo está condicionada por factores predominantemente biológicos, sino que participan factores psico-sociales. Postuló ocho etapas (crisis) por las que habrá de pasar todo individuo con el objetivo de establecer un equilibrio dinámico entre las fuerzas opuestas que influyen en su interacción con el medio ambiente. Cada crisis se relaciona con la anterior, misma que repercute en la resolución de las siguientes, siendo la solución óptima de cada una de las crisis las que lleven al individuo a formar su identidad. (Erikson, E. 1972).

A continuación se describirá brevemente cada una de las crisis planteadas por este autor, desde el nacimiento hasta la adolescencia, ya que me concretaré al rango de edad que se ha manejado en el presente trabajo.

1) Confianza básica versus desconfianza básica: Inicia con el nacimiento y culmina a los 12-18 meses, el suceso importante es la confianza social del niño pequeño para alimentarse con facilidad, dormir profundamente y relacionar esto con sus intestinos. El primer logro social es su disposición de permitir que la madre se aleje sin experimentar demasiada ansiedad o enojo, ya que la percibe aún como algo persistente, lo que le permite tener continuidad e identidad rudimentaria.

Es característica impostante el aprender a confiar no sólo en sí mismo para enfrentar las urgencias, sino que también confía en los proveedores externos y enviarles un mensaje implícito de que él es capaz de manejar su cuerpo.

2) Autonomía versus vergüenza y duda: Inicia a los 18 meses y culmina a los 3 años, la maduración muscular del niño lo prepara para tener mayor autonomía. Esta etapa tiene relación con el control de esfínteres, en donde el niño es capaz de aferrarse o retener, así como de soltar o liberar, lo que implica el poder negarse a colaborar con la madre y con otras personas redundando en una mayor socialización. La vergüenza está asociada con el temor de no ser aceptado por el grupo y la duda relacionada con el temor de autoafirmarse, de mantener su dependencia hacia otros dudando de sí mismo ante una mayor independencia, por lo que es importante que los padres le proporcionen apoyo que le permita un mayor autocontrol.

3) Iniciativa versus culpa: Comienza a los 3 años y termina a los 6, en donde el niño ha adquirido la locomoción vertical, lo que le permite un mayor campo de acción para dirigirse a buscar su propio beneficio y encarar lo deseable, en donde el sentimiento de culpa se relaciona con las metas planeadas y el llegar a hacer algo incorrecto para lograr los objetivos. La iniciativa trae apareada la rivalidad y los celos ante los hermanos mayores, en una lucha por alcanzar una posición privilegiada ante la madre, pues de lo contrario el fracaso lleva a la resignación, la culpa y la ansiedad. El inicio de la formación del superyó influye en el sentido de iniciativa, en donde al no lograr realizar las actividades sociales el niño puede autocastigarse y sentir que ha defraudado a los demás.

4) Industria versus inferioridad: Se presenta al comienzo de la etapa escolar, de los 6 a los 12 años, donde lo importante es el comenzar a ser un trabajador y proveedor, por lo que el niño sublima la necesidad de conquistar a las personas mediante el ataque directo, por lo que aprende a obtener reconocimiento mediante la producción de cosas que le permite desarrollar habilidades para realizar sus actividades. Desarrolla un sentido de la industria al colaborar en la realización de tareas con su grupo de pares, descubriendo así sus herramientas y habilidades limitadas por su yo. Cuando éstas no son descubiertas genera en el niño el sentimiento de inadecuación e inferioridad, lo que resultaría de esto es el renunciar a la identificación con sus compañeros. Ante tal fracaso puede regresar a etapas anteriores (edípicas).

5) Identidad versus confusión de rol: Abarca la etapa de la adolescencia, en donde el suceso importante es la relación con iguales a través de la identificación de sus habilidades y el sentimiento de identidad y/o precedente de la confianza acumulada de la continuidad de las aptitudes desarrolladas en el pasado y las oportunidades ofrecidas en los roles sociales, que le permitan el inicio de una carrera. El peligro de esta etapa es la confusión de rol, tanto en el terreno sexual (de elección de

pareja), como de identidad ocupacional (elección profesional), siendo esta incapacidad de decisión lo que perturba a los jóvenes.

2.2.4 LA TEORIA COGNOSCITIVA.

Para mencionar el desarrollo de la inteligencia en el individuo nos centraremos en el esquema teorico de Piaget, enunciando a continuación los 5 períodos a los que hace alusión:

- 1) El período de la inteligencia sensorio-motriz, (del nacimiento a los 2 años), en donde se adquieren reflejos, hábitos, coordinación de la visión y de la aprehensión..
- 2) El período de preparación y de organización de las operaciones concretas (de 2 años a 7 años), entendiendo por éstas a aquellas que se ocupan de objetos manipulables.
- 3) El subperíodo de las representaciones preoperatorias, (comienzo de la interiorización de esquemas de acción, organizaciones representativas, regulaciones articuladas).
- 4) El subperíodo de las operaciones concretas, (7 a 11 años), en donde se dan una serie de estructuras en vías de equilibrio (operaciones multiplicativas, aditivas y números enteros y fraccionarios).
- 5) El período de las operaciones formales (11 a 14 años), en donde aparecen operaciones combinatorias, lo que se llama conjunto de partes, proporciones, y la capacidad de razonar y de representar sistemas de referencias.

(Piaget, J., 1962).

2.2.5 ADOLESCENCIA Y ENFERMEDAD.

La salud física desempeña un papel importante en el desarrollo físico y emocional de todo individuo, cuando se presenta una enfermedad en el adolescente, se ve matizado de diferente manera, ya que su personalidad todavía no está totalmente formada y depende en muchos aspectos de su medio ambiente, así pues, aunque algunas enfermedades pueden dejar huellas en el desarrollo emocional, la repercusión del I.E.S., debido a las características inherentes del padecimiento, así como al tipo de tratamientos empleados, los que frecuentemente son prolongados y (como ya se mencionó anteriormente, modifican el estilo de vida del adolescente entorpeciendo el curso normal de su desarrollo tanto físico como emocional). Para abordar este punto mencionaremos a algunos autores que se han ocupado de estudiar este aspecto:

López (1988), menciona, que los fenómenos adolescentes presentan características cualitativa y cuantitativamente distintas en el adolescente enfermo, cuyo proceso de maduración puede llegar a ser extremadamente tormentoso, ya que por ejemplo, la regresión con todo el cortejo fenomenológico que acarrea, es universal en los adolescentes, sin embargo, esta regresión, en el caso normal, es una función al servicio de la progresión que es capaz de recoger los afectos tempranos para su elaboración en el presente. La regresión en el adolescente enfermo se transforma en un mecanismo defensivo que promueve fusión del self en los objetos tempranos y debilita el vínculo con la realidad (Blos, P. 1976b; citado en López , 1988).

Normal o anormal, el adolescente manifiesta una imposibilidad de armonizar sus impulsos con su conciencia y con la realidad externa debido a la falta de integración psicológica. La desarmonía se agrava por la presencia de la mayor pulsión instintiva que es determinada biológicamente y por los mecanismos desencadenados para manejar dicha pulsión. En el adolescente enfermo, parte de los fenómenos propios de la etapa adquieren funciones defensivas que paralizan, interfieren o amenazan con hacer abortar el proceso adolescente (Joawlyn, 1954; citado en López, 1988).

Cuando un niño sufre una enfermedad, se provocan en él cambios importantes a nivel de la distribución de la libido, esto es, de la energía emocional que posee. Esto ya fué descrito por Anna Freud, quien habla de lo serio que puede ser una hospitalización al quitarle al individuo enfermo el derecho de poseer su cuerpo cuando éste se encuentra amenazado por peligros externos e internos (Sánchez, 1989), ya que la comprensión que el niño tenga de la enfermedad depende fundamentalmente del desarrollo de su inteligencia.

Además de lo anterior y recordando lo descrito por López (1988), estos adolescentes tienden a reaccionar con conducta regresiva, que no les permite centrarse en un período de desarrollo, resolverlo y luego pasar al siguiente, ya que no se puede alcanzar una etapa sin haber alcanzado las previas en una secuencia ordenada (Sánchez, 1989). Lo anterior tendría repercusión en el desarrollo del concepto de enfermedad, ya que según Brodie (1974), en el niño y el adolescente la comprensión de la enfermedad resulta ser un proceso complejo, ya que a los adultos se les dificulta explicarle su presencia a sus hijos, principalmente, porque desconocen la percepción que éste tiene de su padecimiento.

Además, la aprehensividad de los padres puede transmitirse al niño enfermo, quien puede sentir miedo de ser físicamente lastimado, (Kanner, 1948).

Para Fred, A. (1952), un adulto normal atendido durante una enfermedad grave no puede dejar de sentir que en ese proceso se ve expuesto a una serie de situaciones "indignas", tiene que renunciar a ser dueño de su propio cuerpo y permitir que se lo maneje pasivamente, está sometido a órdenes y sujeto a una rutina higiénica que implica una grave desconsideración por sus actitudes y preferencias personales.

La pérdida de estas habilidades, cuando la ocasionan los procedimientos del cuidado al enfermo (o por el mismo estado debilitado del organismo), significa una pérdida equivalente del control yoico, un sentirse llevado a niveles anteriores y más pasivos del desarrollo infantil.

Barkwin y Barkwin (1974), consideran que también el tipo de incapacidad que la enfermedad ocasiona y los tratamientos empleados influyen en que las reacciones disminuyan o se exacerben y den lugar a problemas madurativos y psicológicos.

Kempe, Silver, O'Brien, y Fulginati (1988), dividen las fases por las cuales pueden pasar los niños y los adolescentes enfermos de la siguiente manera:

- a) Impacto: Se presenta temor ante la muerte, seguida por una marcada negación del daño prolongado y usan la fantasía primitiva.
- b) Regresión: Hay conciencia de la enfermedad, dando lugar a que reconozcan la gravedad, pudiéndose presentar depresión intensa.
- c) Restitución: Los rasgos de personalidad premórbida reaparecen.

Mattson (1972) encontró que los niños y los adolescentes con un pobre ajuste a su enfermedad tienden a mostrar alguno de los siguientes comportamientos:

- a) Se muestran demasiado inactivos, sin interesarse por el exterior y con marcada dependencia hacia su familia, presentando una imagen de estado pasivo-dependiente.
- b) La independencia aumenta, se tornan agresivos, ya que usan la negación del peligro real y del miedo; su sentido de realidad está obstaculizado y dan la impresión de que realizan ciertas actividades como una forma de mostrar desafío hacia sus padres y hacia la enfermedad.
- c) El mal ajuste tiene a aumentar, se tornan tímidos, hostiles y con resentimiento hacia personas sanas, generalmente se presenta en adolescentes con enfermedades congénitas o con impedimentos físicos muy notorios, habiendo crecido en familias que enfatizaban más sus defectos que sus cualidades.

En las enfermedades crónicas (tales como la diabetes, perturbaciones de los riñones, colitis, alergia y L.E.S. en este caso), en cuyo caso es necesario mantener durante largos períodos de tiempos las restricciones tanto alimenticias como de actividades, se ha verificado que los niños se sienten "diferentes", diferenciados, objeto de discriminaciones, o bien, que en defensa contra una situación en la que se sienten pasivamente privados, desarrollan tendencias ascéticas autodegeneradoras (Freud, A., 1958). Según sea la interpretación que hacen del acontecimiento, los niños pequeños (inclusive los no tan pequeños), reaccionan ante el dolor no sólo con ansiedad, sino con otros afectos que son, en cada caso, apropiados al contenido de las fantasías inconscientes, esto es, en un caso con ira, furia y sentimientos de venganza; en otro, con sumisión masoquista, con culpa o depresión.

Durante la enfermedad tienen lugar el aumento de la demanda de catexia libidinal que presenta el cuerpo enfermo. Hay dos modos como el paciente reacciona a esta demanda que proviene del cuerpo: 1) Cuando están sanos, mantienen un buen contacto con su ambiente, llenos de interés por sus ocupaciones y por los acontecimientos de la vida cotidiana, 2) Comienzan sus enfermedades retrayéndose del ambiente, mostrándose indiferentes y aburridos. En realidad la manifestación no es fisiológica, sino psicológica y no guarda relación con la gravedad de la enfermedad, se trata de un cambio en la distribución de la libido, durante cuyo transcurso la catexis se retira del mundo objetivo y se concentra en el cuerpo y sus necesidades. (Freud, A. 1952).

En cuanto a la duración de la enfermedad Freud, A. (1952) menciona que la enorme diferencia entre los estados crónicos y los agudos adquiere significación para los adultos que rodean al enfermo más que para éste mismo, en especial si es pequeño; aún los períodos de confinamiento, las hospitalizaciones, las dietas y las restricciones motrices de menor duración le parecen intolerablemente largos y hasta eternos, en consecuencia, todos los períodos de enfermedad se hacen dolorosamente largos para el niño, cualquiera que sea su duración objetiva. En este caso, la experiencia con enfermedades crónicas facilita la comprensión por parte de los adultos, sean los padres o el personal de hospital, ya que estos perciben con más claridad y comparten la desesperación del niño cuando la enfermedad es prolongada.

La atención de niños crónicamente enfermos presenta un factor que es fundamental, no subestimar, como ocurre con las personas, tanto niños como adultos, que durante períodos prolongados viven en condiciones traumáticas, el organismo humano en su totalidad se adapta al estado de cosas existentes, aunque éste implique incremento del peligro, dolor, malestar o displacer.

La visión que C. L. Allaer y Carnois (1978), tienen del adolescente ante la enfermedad es la siguiente: "En razón de su rápido crecimiento y de su profunda transformación neuroendócrina, el adolescente se convierte en un sujeto inestable, desequilibrado, tanto en el terreno físico, como en el psíquico, y por lo tanto, en un ser frágil frente a la enfermedad. Toda afección tendrá ante sus ojos, una pequeña nota personal, que hará más difíciles su interpretación y su tratamiento".

El adolescente se interesará por su enfermedad, se la apropiará y hasta a veces, le prestará una importancia excepcional, pero corre el riesgo de alarmarse excesivamente e interpretar erróneamente su situación, relacionándola con hechos graves que ha conocido en su medio ambiente, por lo tanto es importante explicarle las cosas de manera sencilla para así tranquilizarlo, se deberá informarle qué se hará con él, qué le sucederá, pues es preciso ganar su confianza para que éste acepte el tratamiento aún cuando sea largo y doloroso.

En caso de afección crónica, se debe lograr que el joven paciente acepte su enfermedad y sus consecuencias, pero sobre todo, que coopere con el tratamiento, por lo que resulta de gran ayuda hablar a solas con el adolescente para explicarle su papel personal y su responsabilidad propia en la conducta terapéutica. Esta edad es la de los extremos y frente a la enfermedad pueden registrarse esquemáticamente tres actitudes; C. L. Allaer y Carnois (1978):

- a) Rechazo ante el estado de inferioridad que representa la enfermedad y consiguientemente se niegan a cuidarse, ponen en riesgo su salud negando la fatiga, el dolor, la fiebre, pues esta actitud responde a su deseo inconsciente de aniquilar la enfermedad negando su existencia.
- b) En el lado opuesto, el adolescente enfermo se hunde en el círculo vicioso del reposo, de la negativa a cualquier esfuerzo, del rechazo de toda exigencia escolar y más adelante, profesional. Conservan una mentalidad de "enfermo".
- c) Finalmente, los hay que inventan la enfermedad, los simuladores que cojean, falsean su temperatura, vomitan, se niegan a comer, inventan vértigos, cefáleas, y dolores varios. Esta simulación tiene a menudo su origen en un trastorno psicológico y/o afectivo.

De acuerdo con Charlton et al. (1986), por un lado, el desarrollo del joven podría verse acelerado por el estrés que conlleva la enfermedad, porque se enfrenta a un evento que es nuevo para él, diferente, y que tiene que instrumentar nuevos mecanismos para adaptarse, tal vez comportarse de manera más "madura", o emplear su intelecto más intensamente para poder entender y manejar su enfermedad, empero, puede verse retrasado como consecuencia de la enfermedad. El joven no está ahora expuesto al mismo tipo de experiencias que el grueso de sus compañeros, tal vez no está entrenándose en cierto tipo de habilidades, que sus coetáneos ya dominan, por falta de tiempo o de capacidad física. Principalmente los problemas de desarrollo se manifiestan por la merma en la habilidad para relacionarse y para reintegrarse a su grupo de pares.

Como ya se mencionó en el Capítulo 1, los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico presentan ciertas características físicas concomitantes al proceso mismo de la enfermedad, así como del tratamiento. Estas se manifiestan de manera paulatina pero muy perceptibles tanto para el paciente, como para su entorno social (familia, grupo de pares, etc.), por lo que es importante considerar la manera en que éstos vivencian su imagen corporal.

Schilder (1935), plantea que la imagen corporal o el modelo postural del cuerpo, es la representación mental de nuestro propio cuerpo, es una entidad cambiante, debido a que la libido se desplaza de una a otra zona corporal en las diferentes y sucesivas etapas del desarrollo psicosexual. Esta imagen corporal se desarrollará a partir de la interacción de nuestro propio cuerpo con el mundo externo, proyectándose hacia el mundo y el mundo introyectarse hacia él. Para que se lleve a cabo este desarrollo, los factores más importantes son: las sensaciones que emergen de nuestro propio cuerpo, las acciones de nuestras manos sobre él, el dolor, la tensión y relajación muscular, las zonas erógenas, los contactos de los demás sobre nuestro cuerpo y el interés de los otros por él. Según este autor nuestro propio cuerpo es el objeto de las emociones más fuertes.

Para Fred, A. existen estrechas relaciones entre los cambios fisiológicos y los procesos corporales, por una parte, y las alteraciones psicológicas y la autoimagen por otra. Los cambios de conducta como la agresividad, la frustración y la torpeza están vinculados con las alteraciones fisiológicas, (como la enfermedad). El concepto de sí mismo y la imagen corporal ponen al individuo en relación con otras personas. De acuerdo con esta descripción es importante entender lo que denominamos frustración, tolerancia a la frustración y agresión, por lo que en el siguiente capítulo se tratarán estos puntos.

CAPITULO 3
FRUSTRACION

CAPITULO 3

FRUSTRACION.

3.1 DEFINICIONES.

Uno de los factores psicológicos que no debe pasarse por alto es la frustración, dado que desde el inicio de la vida el individuo atraviesa por experiencias que le dificultan la realización de un deseo u obstaculizan la conclusión de éste (del acto ejercido para su realización) de manera satisfactoria, y, es precisamente a estas situaciones a las que se les ha llamado frustraciones. Veamos ahora qué se entiende por frustración:

Para los teóricos del Psicoanálisis la realidad es la fuente exterior de los estímulos, incluido el cuerpo y exceptuadas las fuentes somáticas de afectos e impulsos. Para Freud, S. (1900; citado en Rapaport, 1967), la realidad es concebida centrándose únicamente en el impulso, pero en niveles de vida superior, el impulso y el estímulo están menos coordinados, por lo que se considera que existe una internalización progresiva de la regulación de la conducta, lo que implica el establecimiento del yo. Posteriormente retoma el principio de realidad en el que considera que la relación con la realidad es decisiva para el yo y el yo se organiza alrededor de los medios de contacto con la realidad, es decir, la realidad configura al yo y a los impulsos (Rapaport, 1967).

Dentro del mismo contexto Rosenzweig (1976), desarrolla la teoría de la frustración reformulando los conceptos psicoanalíticos anteriores. Esta concepción psicoanalítica considera tres niveles de defensa psicobiológicos del organismo:

- 1) El nivel celular o inmunológico (infección-dolor);
- 2) El nivel autónomo o de urgencia (agresión física, dolor, miedo) y
- 3) El nivel superior, cortical o de defensa del yo (agresión física, dolor, miedo, ansiedad).

El nivel superior es donde Rosenzweig (1976) ubica su teoría de la frustración, considerando que los dos niveles anteriores se compenetran entre sí. De este modo define a la frustración como "La presencia de un impulso o motivo previamente suscitado y no gratificado así como alguna forma de interferencia o impedimento en la propositiva hacia la gratificación

Rosenzweig (1960) hace una clasificación de la frustración de la siguiente manera:

- a) Frustración primaria (privación).
- b) Frustración secundaria (presencia de un obstáculo en la vía que conduce a la satisfacción de una necesidad).

De esta clasificación, la frustración secundaria es a la que se refiere el estado psíquico de ansiedad displacentera que puede llegar a originar agresión (término al que haré referencia más adelante, mientras tanto continuaré con la definición de algunos autores acerca de la frustración).

Para Selye (1956), la frustración es el impedimento de llegar a un satisfactor, produciéndose como consecuencia la emergencia de tensión interna en el organismo, denominada estrés. El sujeto procede entonces a emitir una respuesta, la cual puede ser adecuada si logra vencer el obstáculo y llegar a su objetivo, o inadecuada, si no hay superación del impedimento ni el logro del satisfactor. Al respecto, Corman L, (1977), menciona que las frustraciones inevitables de la existencia son necesarias para la maduración del yo, a condición de que sean soportadas; son las frustraciones llamadas normales, pero existen unas frustraciones patológicas, susceptibles de impedir esta misma maduración del yo; son aquellas que, por su intensidad o por su acumulación, exceden las posibilidades de adaptación del sujeto.

Gago (1965) ubica a la frustración en el contexto de la motivación, dándole importancia al medio ambiente. De esta manera, la frustración siempre tiene su origen en el medio, puesto que es a partir de él que el individuo satisface generalmente sus necesidades y es en función del medio que fija sus metas.

Díaz-Guerrero (1972) amplía esta concepción considerando que la fuente de explicación de la conducta humana es histórico-biopsico-socio-cultural, ya que además de los factores históricos, intervienen, combinados o independiente, los factores sociales, es decir, factores demográficos y socioeconómicos o que tienen que ver con la sociopsicología de grupos y con la influencia de instituciones a las que se pertenezca en un momento dado.

La frustración se acompaña de un aumento de tensión y la satisfacción de una descarga de tensión (Rosenzweig, 1972), tal descarga, es la energía del esfuerzo con que el sujeto trata de alcanzar su meta, y al no lograrlo, la convierte en agresividad. La frustración recurrente cerca de una meta producirá mayor agresión que la frustración que ocurre a distancia de ella (Haro Leeb, 1979; Mussen, 1981).

La frustración no siempre lleva a la agresión, ya que en el hombre se ve modificada gracias al aprendizaje. La agresión puede ocurrir sin que sea una respuesta a la frustración en situaciones en las cuales las inhibiciones son fuertes o donde el individuo ha aprendido respuestas no agresivas al hecho frustrante (Secord y Backman, 1976).

3.2 DEFINICIONES SOBRE LA AGRESION.

Para entrar en materia en lo referente a la agresión, comenzaré por dar una breve definición:

Buss (1969) define a la agresión como "una reacción que descarga estímulos nocivos sobre otro organismo". Afirma que la "frustración es sólo un antecedente de la agresión, y no el más poderoso".

Al respecto Freud, S. (citado en Mussen, 1981) sostenía que el impulso agresivo es innato, un vestigio de nuestra herencia animal y, como el sexo y el hambre, debido a cambios bioquímicos generados internamente.

Contrastando esta posición, las observaciones de animales sugieren que la agresión está ligada a eventos estimulantes externos, los cuales funcionan como provocadores o liberadores (Mussen, 1981).

De este modo Dolla, Doob, Miller, Mowrer y Sears (citados en Díaz-Guerrero, 1972) consideran que no puede existir agresión a menos que exista previamente la frustración de una conducta motivada.

Los seres humanos pueden ser desde luego agresivos porque tienen el aparato biopsíquico o estructura que les da el instrumento para poder serlo, y lo mostrarán con frecuencia cuando su actividad motivada sea interferida o cuando la expresión de la conducta reciba recompensa o adquiera poder, cuando se imite un modelo y cuando existen otros factores sociales y económicos que faciliten su aparición (Díaz-Guerrero, 1972).

Rosenzweig (1976) considera que cuando el individuo se ve presionado de una manera pasiva el obstáculo no es amenazador por sí mismo (denominándole insensible), en cambio cuando la agresión produce a la vez insatisfacción y peligro se denominará activa. Del mismo modo se denomina externa si el obstáculo está situado fuera del individuo e interna si éste se localiza dentro del individuo.

La forma en que el individuo responderá a estas presiones puede ubicarse en tres tipos de respuestas generales:

a) Respuestas según la economía de las necesidades frustradas (D-O): en el comportamiento corriente la reacción a la frustración involucra respuestas en las que por un lado el sujeto persiste en su necesidad y por el otro defiende su yo, corresponden respectivamente a la presión pasiva y activa.

b) Respuestas de defensa del yo (D-Y): es la base de la interpretación del test de frustración, se propone que la dirección de la agresión ante la frustración se encausará en tres sentidos:

1) Respuestas extrapunitivas (E): en las que el individuo expresa su frustración agresivamente hacia personas o cosas exteriores. Algunas veces la agresión es primero inhibida y luego se expresa en forma indirecta.

2) Respuestas intropunitivas (I): el sujeto se atribuye a sí mismo la frustración en forma agresiva generalmente en forma de culpabilidad o remordimientos.

3) Respuestas impunitivas (M): la agresión es reprimida y la frustración se maneja en forma conciliatoria, se evitan los reproches tanto a los otros como a sí mismo.
c) Respuestas de persistencia de la necesidad (P-N): se refieren a la satisfacción de la necesidad independientemente de la dirección que se le dé.

Hay algunos estudios de la agresión orientados de modo conductista, pero ninguno presenta una teoría general de los orígenes de la agresión y la violencia, a excepción de la teoría de frustración y agresión expuesta por J. Dollard et al. (1939; citado en Fromm E. 1975) que pretenden haber hallado la causa de toda agresión, y más concretamente, que " la presencia de comportamiento agresivo siempre presupone la existencia de frustración y a la inversa, la existencia de frustración siempre conduce a alguna forma de agresión ". (J. Dollard et al. (1939; citado en Megargee, E. 1976).

La agresión, como la expresión directa del rechazo a las condiciones establecidas y dirigidas hacia las alternativas que el medio le permite y a través de las cuales puede hacer daño, es un ejemplo claro de las conductas atípicas de los adolescentes (Kobbs, 1974).

Según Horrocks J. E. (1986), para el adolescente hay dos fuentes de frustración o bloqueo:

- 1) Su inmadurez y falta de experiencia, que lo incapacitan para enfrentarse adecuadamente a su medio.
- 2) El problema de los valores opuestos a los motivos conflictivos.

Asimismo, este autor menciona que hay otras variedades de respuesta agresiva a la frustración que se denominan mecanismos de defensa. Estos incluyen típicamente la racionalización (consiste en ofrecer razones socialmente aprobadas, o "para salvar la cara"); identificación (la persona se identifica a sí misma con otras personas, grupos, actividades o ideas que incrementarán su prestigio), la proyección (el individuo siente que otros poseen sus errores u operan con sus mismos motivos y compensación (el individuo busca alternativas que le provean igual satisfacción o al menos semejante a la experimentada por el objeto deseado de primera instancia).

Una persona, adolescente o adulto , que está frustrada porque sus metas se encuentran bloqueadas, tenderá a exhibir conducta agresiva, y el grado y la fuerza de la agresión estará en proporción directa con la cantidad de frustración. La conducta agresiva es comportamiento de ataques, en el que el individuo intenta hacerle algo a su ambiente con el propósito de obtener sus metas o encontrar alivio a sus tensiones. En este sentido, la conducta agresiva tiende a ser positiva y, psicológicamente, es mucho más deseable que la conducta de retirada, pues ésta significa que la persona se niega a enfrentarse con la dificultad y a vencerla, por lo que suele admitir la derrota y si el bloqueo y la frustración constantes causan frecuentemente una huida o retirada, se puede constituir un hábito que le dificultará a la persona enfrentarse con la realidad y lograr el éxito en su vida cotidiana (Horrocks J: E. 1986).

3.3 DEFINICIONES SOBRE TOLERANCIA A LA FRUSTRACION.

La manera en que se maneje la frustración depende de la aptitud del individuo para soportarla sin pérdida de su adaptación psicobiológica, es decir, sin acudir a tipos de respuestas inadecuadas, a esto Rosenzweig (1976) lo define como Tolerancia a la Frustración. La aptitud ante la tolerancia a la frustración implica la existencia de un proceso inhibitorio, siendo la base de la tolerancia la capacidad para mantener la tensión, evitando la descarga de la misma. Este concepto involucra las diferencias individuales a ciertos umbrales de tolerancia, así, los aspectos de la personalidad y la gravedad de la presión, darán el nivel de tolerancia a la frustración.

Siguiendo con Rosenzweig (1976), él sugiere la participación de dos clases de factores que determinan la tolerancia a la frustración:

- 1) Factores somáticos: como diferencias individuales innatas, fatiga, enfermedad física, etc.
- 2) Factores psicogenéticos: la ausencia de toda frustración en la primera infancia, hace al sujeto incapaz más tarde de responder a una frustración de manera adecuada, por otra parte, una frustración excesiva puede crear zonas de poca tolerancia, pues debido a la inmadurez, el sujeto se ve obligado a reaccionar en forma inadecuada por reacciones de defensa del yo que podrían inhibir su desarrollo.

Con base en lo que se ha expuesto se puede asumir la importancia de conocer la manera en que los adolescentes enfermos con L.E.S. manejan la frustración, ya que se ven involucrados en una situación que les acarrea experiencias poco o nada deseables, ya que al no encontrar sanos no pueden, o bien, se les dificulta en mucho llevar a cabo sus actividades cotidianas tal y como lo hacían antes, lo que les hace percibirse inmersos en una situación frustrante..

CAPITULO 4

INVESTIGACIONES SOBRE ASPECTOS PSICOLOGICOS

ASOCIADOS A LA ENFERMEDAD

CAPITULO 4.

INVESTIGACIONES REALIZADAS SOBRE ASPECTOS PSICOLOGICOS ASOCIADOS A LA ENFERMEDAD.

En este capítulo se describirán de manera breve algunas de las investigaciones realizadas con respecto al tema en estudio, así como de factores relacionados con el mismo.

En varios estudios se ha buscado correlacionar el estrés de los sujetos con la aparición de síntomas somáticos. Se sabe que existe una relación entre el estrés y el funcionamiento del sistema inmune, algunas de las investigaciones que se han hecho para verificar esto es la correlación hecha por Marvin Stein E. Keller, et. al. (1985), entre la severidad de síntomas depresivos y la reducción de la actividad de células Natural Killer, encargadas de la defensa en contra de agentes virales, desarrolladoras de neoplasias y controladoras de la producción de anticuerpos por los linfocitos, encontrando una importante baja en el número de estas células en altos niveles de depresión y estrés.

El sistema nervioso y el sistema inmune están apareados en sus funciones, pues los desórdenes del sistema nervioso perturban el sistema inmune. Esta relación se debe a una comunicación celular vía sustancias solubles, como puede ser una proteína constituyente de los gránulos secretores de las células de la médula, así como la secreción de proteínas en el sistema neuroendócrino.

Existen asociaciones numerosas en la literatura que vinculan estrés con sistema nervioso central y endócrino. Existen evidencias que muestran que una variedad de experiencias estresantes influyen sobre S.N.C. y provocan alteración de la función inmune. Se han propuesto 3 factores que intervienen en la relación estrés, salud y enfermedad. Estos incluyen un activador en el ambiente, la reacción al activador y la consecuencia de la reacción (Tirado, D. et.al, 1993).

El hecho de que los acontecimientos estresantes pueden llegar a influir sobre la respuesta inmunológica y la susceptibilidad a varias enfermedades, está de acuerdo con la creencia de que la regulación del sistema inmunológico está influida directa o indirectamente por la función del sistema nervioso central o los neurotransmisores periféricos y las hormonaas (Wheatley, D.. 1990).

De acuerdo con ésto, puede esperarse que las condiciones ambientales que favorecen las variaciones de los neurotransmisores centrales alteren estas funciones, afectando de ese modo la vulnerabilidad a la enfermedad (idem).

Además, se piensa corrientemente, que el estado emocional de un individuo puede influencia profundamente su estado de bienestar físico. Realmente se ha demostrado que ciertos rasgos de personalidad y ciertas condiciones psicológicas adversas, están relacionadas con el comienzo y la incidencia aumentada de varios trastornos psicósomáticos (por ejemplo el asma, las úlceras), las enfermedades cardiovasculares, así como también ciertas enfermedades relacionadas inmunológicamente, y las neoplasias (Ader, 1980, 1981; Locke, 1982; citados en Cooper, C. L. 1986).

Este grupo de desórdenes incluye las enfermedades infecciosas, los trastornos autoinmunes (como el L.E.S.) la alergia y el cáncer. Por lo tanto, el control sobre los estresores es un factor importante en la determinación de la respuesta del sistema inmunológico, a las estimulaciones aversivas (Cooper C. L. 1986).

Eiser, Christine 1989, realizó un estudio para medir la forma como se enfrentan los problemas ("coping"), en niños con desórdenes crónicos y sus implicaciones en adolescentes, una investigación teórico-práctica. Este autor sugiere que la percepción que el niño tenga de los eventos estresantes, tendrá repercusión en el desarrollo de estilos de enfrentamiento, más aún cuando existe una enfermedad de por medio, existiendo variaciones en los rangos de intervención social y relaciones interpersonales.

Por su parte Martínez, Triana, R. et al. (1988) realizaron un estudio sobre el estilo de enfrentamiento al estrés en pacientes con hemopatías. Los sujetos hombres y mujeres adolescentes y adultos entre 16 y 54 años con diagnóstico de anemia, plicitemia y leucemia fueron analizados a través de un cuestionario con 65 preguntas que median escalas de personalidad y ansiedad. Se utilizó el análisis factorial para determinar los factores de personalidad dominantes en cada pacientes y con cada diagnóstico y se hizo una comparación. Además se aplicaron MMPI, 16PF, encontrando que había cierta ansiedad en estos sujetos ante el enfrentamiento de situaciones que les produjeran estrés.

Mutchy et al. (1992), estudió también el enfrentamiento al estrés con pacientes con enfermedades crónicas severas. Analizó estresores psicosociales y su relación para el control de la enfermedad y la calidad de vida en 108 mujeres adolescentes y adultas con insuficiencia renal, 70 mujeres adultas con afectación de las coronarias, 66 mujeres adultas con cáncer y 207 mujeres adultas con esclerosis múltiple. Se cruzaron sus diferentes respuestas al cuestionario en relación con la edad, educación, status y duración del padecimiento sobre las estrategias de enfrentamiento a situaciones estresantes de su vida, encontrando que ante un nivel de estrés mayor, las recaídas, o bien, las manifestaciones clínicas del padecimiento se acetuaban, lo que tenía relación también con la edad de la paciente y el tiempo de evolución de su padecimiento.

Otro autor interesado en estas cuestiones es Spirito, A. y cols. (1995), quien estudió el enfrentamiento ante estresores y su relación con enfermedades crónicas en niños y adolescentes. Investigó a 177 enfermos crónicos niños entre 7 y 18 años y 83 niñas entre las mismas edades, encontrando sucesos estresantes en sus vidas que determinaban tanto la conceptualización, como la forma de enfrentamiento ante el padecimiento (diagnósticos de diabetes y cáncer) y los problemas de cada día, ante lo cual contribuía la variedad y/o el tipo de estresor.

Varios reportes indican que la respuesta psicológica a un hecho estresante puede modificar la respuesta inmune, pero los resultados con la mitogénesis y la actividad de las células NK (Natural Killer, encargadas de la defensa en contra de agentes virales), implican que es la respuesta del individuo al estrés, la que determina el efecto sobre la inmunidad, más que el estrés por sí mismo (Wheatley, D. 1990).

Cierto nivel de estrés no es sólo natural sino algo que se espera de la vida, es esa tensión que prepara al cuerpo para la pelea. Si esto sucede sólo brevemente no hay ningún daño, el cuerpo se adapta, pero si tales situaciones de tensión son severas o duran un tiempo largo o suceden con frecuencia, su salud está amenazada. Pero si la depresión física puede deprimir al sistema inmunológico, existen mayores probabilidades de peligro cuando se involucran las formas psicológicas: la frustración, la ira, el miedo o la angustia.

Existe evidencia de que los factores psicológicos pueden influenciar el curso de los trastornos inmunológicos en los seres humanos. Estudios retrospectivos de los pacientes que sufren de Lupus Eritematoso Sistémico han comunicado que ellos muestran rasgos compulsivos, necesidades aumentadas de independencia y actividad (McClary y cols., 1957; citados en Friedlander et.al. 1989).

Además, las mujeres con L.E.S., presentaron más estrés en los meses que precedieron al comienzo de la enfermedad, ésta está caracterizada por ciclos, durante los cuales los síntomas varían en gravedad, y en una revisión reciente de 19 pacientes con la enfermedad ya mencionada, 12 comunicaron deterioro de su estado, después de un estrés agudo (Hall y cols., 1981; citados en Friedlandere, et.al. 1989). Este estudio presta algún apoyo a la idea de que el modo de entenderse con los problemas, es un factor importante en el desarrollo de la enfermedad (Friedlander et.al. 1989).

En 1985 se realizó una investigación en México con mujeres cuyo diagnóstico era de Lupus Eritematoso Sistémico, a quienes se les aplicó el inventario de MMPI y la escala de autoconcepto de Tenesse, encontrándose características tales como: actitud regresiva con tendencia respuestas concretas, dificultad para el control de impulsos con una sensación de que su conducta no es adecuada al medio social donde viven y poseen una baja tolerancia a la frustración, lo que les dificulta establecer relaciones interpersonales duraderas y profundas (Rotés Querol, J. 1989).

A una conclusión muy similar a la expuesta anteriormente llegó Lara G. (1987), quien realizó un estudio comparativo de las características psicológicas entre un grupo de pacientes femeninas con L.E.S. y un grupo de mujeres sanas, encontrando que la paciente lúpica tiene trastornos en la personalidad y su autimagen la percibe devaluada, lo que trae como consecuencia inseguridad y una gran necesidad de aceptación y logro, lo que le dificulta establecer adecuadas relaciones interpersonales.

En otro estudio en el cual se investigó la agresión en pacientes con diabetes juvenil (utilizando la prueba de S. Rosenzweig), Carrillo Rocha (1989) llega a las siguientes conclusiones: Los adolescentes con diabetes juvenil responden dirigiendo la agresión hacia el exterior dan una respuesta extrapunitiva con mayor frecuencia, siendo la siguiente la impunitiva (la agresión se evita o minimiza) y luego intrapunitiva (la agresión es contra uno mismo).

Mientras que el tipo de respuesta que dieron estos sujetos fué de tipo de ego-defensa, persistencia de la necesidad y luego dominancia del obstáculo y que incluso aquí existe relación entre las respuestas y la edad de los sujetos.

En el Instituto Nacional de Pediatría se están realizando dos investigaciones interesantes ligadas al tema de este trabajo, una de las cuales la realiza Michaca Abrego G (en proceso), en donde estudia el índice de deterioro cognitivo en pacientes adultos con L.E.S. de inicio en la infancia o en la adolescencia, lo cual servirá de gran apoyo en cuanto a bosquejar la relación existente entre la enfermedad y el deterioro posterior en los pacientes afectados.

A la par, Meléndez, A. (en proceso) realiza un estudio de Tolerancia a la Frustración Según el Test de S. Rosenzweig en niños con diabetes (esta investigación se encuentra aún en la fase de aplicación de pruebas), sin embargo, demuestra el interés que surge de estar en contacto con enfermos crónicos y el tratar de conocer más a fondo qué tanto el padecimiento afecta su forma de conducirse en su medio ambiente circuntante.

Por lo anterior, y considerando el Lupus Eritematoso Sistémico es prototipo de enfermedad inmunológica, es que surge la inquietud de conocer un punto de la personalidad de estos pacientes, el cómo manejan las situaciones frustrantes cotidianas para lograr de alguna manera, la adaptación al nivel o calidad de vida que les acarrea el padecimiento.

CAPITULO 5

METODOLOGIA

CAPITULO 5.

METODOLOGIA.

5.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Se propone estudiar la Tolerancia a la Frustración en pacientes adolescentes diagnosticados con Lupus Eritematoso Sistémico, ya que este es prototipode enfermedad autoinmune, y la enfermedad por sí misma, es un estresor que trae como consecuencia el impedimento para llegar a la obtención de los satisfactores deseados en el contexto biopsicosocial (por ejemplo, el asistir a la escuela, el relacionarse con su grupo de pares, el no poder comer lo que se quisiera debido a la dieta que deben guardar, y en general, no poder sostener un adecuado proceso de socialización). Esto trae como consecuencia la emergencia de presión interna en el organismo, es decir, la manifestación o vivencia de frustración, lo que puede significar la pérdida de la adaptación psicobiológica o la necesidad de respuestas defensivas para afrontar las diversas situaciones frustrantes que genera la vivencia de la enfermedad en sí y los factores psicosociales involucrados. Una enfermedad crónica puede obstaculizar el logro de mayor independencia en el niño y el adolescente respecto a sus figuras parentales, debido a que es frecuente que necesite que le ayuden a realizar diversas actividades de autocuidado e higiene, tales como vestirse bañarse y alimentarse (Freud, A. 1958), considera que el niño va adquiriendo gradualmente sus funciones corporales y que la pérdida de algunas habilidades puede vivenciarla también como una pérdida de control yoica, haciéndolo sentir que retrocede en su desarrollo hacia niveles más pasivos. Además, también, puede ocasionarle dificultad para separar su propio cuerpo del de su madre, pudiendo obstaculizar la diferenciación entre madre-hijo.

Además, cuando alguna enfermedad altera la imagen corporal del niño repercute en mayor grado, debido a que cada niño tiene una imagen de su cuerpo independientemente de la edad que presenta (Hong y Kim, 1981; Hughes, 19

De acuerdo con lo anterior, la interrogante a resolver es la siguiente: ¿Qué característica presenta la Tolerancia a la Frustración y la concomitante dirección y tipo de agresión que se manifiesta en respuesta a eventos o situaciones frustrantes en pacientes adolescentes con Lupus Eritematoso Sistémico?.

5.2 JUSTIFICACION.

Puesto que el estrés y la depresión influyen en el funcionamiento del sistema inmunológico, se propone estudiar la Tolerancia a la Frustración en pacientes diagnosticados con Lupus Eritematoso Sistémico (L.E.S.) adolescentes, dado que es la edad donde se presenta la mayor incidencia del padecimiento, el cual por características inherentes a nivel emocional es susceptible a la investigación, aún cuando al revisar bibliografía al respecto, se encontraron sólo algunas investigaciones al respecto, (ninguna que manejara de manera específica el tópico aquí estudiado). por lo que surge la inquietud de profundizar en el aspecto emocional de estos pacientes y conocer y describir las reacciones ante situaciones frustrantes y arrojar a la luz algunos datos que pudieran ser útiles tanto a los pacientes, como a los profesionistas competentes para el manejo tanto médico, como psicológico de éstos.

5.3 HIPOTESIS.

HIPOTESIS DE TRABAJO:

Se espera que los pacientes adolescentes con Lupus Eritematoso Sistémico presentarán patrones o características específicas en función de la dirección de la agresión y el tipo de respuesta. El patrón característico de respuesta de estos pacientes presenta diferencias intragrupo en función de la edad, sexo, tiempo de evolución y manifestaciones físicas de Síndrome de Cushing. En síntesis, obtener un patrón de agresión según el tipo de respuesta y las diferencias intragrupo de éste.

5.4 OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL..

Evaluar en Adolescentes entre 13 y 19 años de edad, diagnosticados con Lupus Eritematoso Sistémico, el manejo de la Frustración y de la agresión concomitante, mediante el Test de Tolerancia a la Frustración de S. Rosenzweig, con la finalidad de aportar elementos en el manejo del paciente para favorecer tanto el pronóstico, como el tratamiento.

OBJETIVO PARTICULAR.

Aplicar la prueba de S. Rosenzweig para determinar el manejo de la Frustración en adolescentes con L.E.S. con el fin de describir la manera como estos pacientes enfrentan situaciones cotidianas frustrantes y como manifiestan el tipo y dirección de la agresión concomitante, así como analizar las respuestas a la frustración en relación a las diferentes variables o características de la población en estudio: edad, sexo, tiempo de evolución del padecimiento y manifestaciones físicas de Síndrome de Cushing, tomando en consideración que padecen una enfermedad crónica que les dificulta e incluso en ocasiones les impide realizar actividades deseadas..

5.5 POBLACION Y SELECCION DE LA MUESTRA.

La muestra estuvo constituida por 30 adolescentes diagnosticados con Lupus Eritematoso Sistémico entre 13 a 19 años, tanto hombre, como mujeres. Fué seleccionada mediante muestreo no probabilístico de tipo intencional, debido a que tuvieron que cubrir con criterios de inclusión, los cuales se describen a continuación:

Criterios de Inclusión: Adolescentes de cualquier sexo, cuyas edades oscilaran entre los 13 a 19 años, diagnosticados con L.E.S., atendidos en el Servicio de Inmunología del I:N:P:, en control del padecimiento a través de la consulta externa y que estén recibiendo 0.5mg/kg/día de Prednisona o su equivalente en otro corticoesteroide, y que al momento del estudio no presenten alteraciones conductuales o cognitivas correspondientes a un síndrome cerebral agudo, así como datos severos de organicidad, medida a través del Test Gestáltico Visomotor de L Bender, C.I. considerado dentro de límites normales, de acuerdo al puntaje obtenido por el Test de Matrices Progresivas de Raven, incluyendo los rangos de inferior al término medio y superior al término medio (es decir, de la percentila 25 a la 90), pacientes que accedan a participar voluntariamente en el estudio.

Se excluyeron de la muestra a los adolescentes que punturaron con datos severos de organicidad, y por arriba o debajo del C.I. promedio.

5.6 TIPO DE ESTUDIO.

Descriptivo, transversal y observacional.

5.7. DISEÑO.

Cuasi-experimental de una muestra, debido a que no se ejerció influencia sobre el fenómeno, sino se trató de describir la manera como se comporta dicho fenómeno.

5.8 ESCENARIO.

La consulta externa del Servicio de Inmunología del Instituto Nacional de Pediatría, se encuentra localizada en el tercer piso, con disposición de 3 cubículos o consultorios, en los cuales se atiende a los pacientes que acuden a la consulta. En uno de estos consultorios se hizo la aplicación de los instrumentos elegidos para este estudio, previa captación del paciente en la sala de espera, e información del tipo y objetivo del mismo, y a quienes aceptaron participar se le proporcionó al Tutor la carta de consentimiento para que la firmara, así como dos testigos, con la finalidad de cumplir con los principios de la ética profesional.

5.9 MATERIALES.

- 1) Hoja de llenado de datos sociodemográficos.
- 2) Test Gestáltico Visomotor de L. Bender.
- 3) Test de Matrices Progresivas de Raven.
- 4) Test de Tolerancia a la Frustración de S. Rosenzweig.

5.10 INSTRUMENTOS.

TEST DE TOLERANCIA A LA FRUSTRACION DE S. ROSENZWEIG.

Existen varias formas de medir la Tolerancia a la Frustración, tales como el dibujo de la persona bajo la lluvia, algunas escalas del MMPI nos dan indicios de ella, el test del desamparo aprendido, etc. Para este estudio se utilizó el Test de Tolerancia a la Frustración de S. Rosenzweig, en su versión para adolescentes y adultos (ya que este autor en su teoría de la frustración hace alusión a factores orgánicos relacionados, así como al sistema inmunológico). Dicha prueba consta de 24 láminas con situaciones cotidianas frustrantes y el adolescente debe verbalizar y escribir lo que él haría en semejantes situación, esta respuesta se clasifica en dirección de la agresión y tipo de respuesta a la frustración, de acuerdo a la tabla de calificación del test. Se trata pues, de un test lacunario (específicamente de diálogos inconclusos) de completamiento verbal.

Su evaluación es sencilla, es uno de los pocos instrumentos proyectivos de procesamiento objetivo. Las respuestas se clasifican por tabulación, según un código:

a) DIRECCION DE LA AGRESION..

- 1) Respuestas extrapunitivas: La agresión se dirige hacia el exterior.
- 2) Respuestas intropunitivas: La agresión está dirigida hacia sí mismo.
- 3) Respuestas impunitivas: La agresión se evita y la situación frustrante se describe como carente de importancia, como si no fuera de nadie el error o como susceptible de mejorarse contentándose con esperar y conformándose

b) TIPO DE RESPUESTA.

- 1) Tipo de predominancia del obstáculo: El examinado, en su respuesta menciona el obstáculo que es la causa de la frustración en forma de un comentario sobre su severidad, de una interpretación representándolo como favorable o como poco importante (D-O).
- 2) Tipo de defensa del YO: El Yo del examinado comprende la parte más importante de la respuesta y el examinado o bien proyecta la falta contra algún otro, o bien acepta la responsabilidad o declara que la responsabilidad por la situación no le incumbe a nadie (D-Y).
- 3) Tipo de persistencia de la necesidad: La tendencia de la respuesta se halla dirigida hacia la solución del problema inherente a la situación frustrante y la reacción consiste en pedir ayuda a otra persona para contribuir a la solución, en colocar al examinado mismo en la obligación de hacer la corrección necesaria o en esperar que el tiempo aporte la solución (P-N).

El objetivo de esta prueba es explorar un área específica de la personalidad; la respuesta de tolerancia o intolerancia frente a una situación frustrante.

La forma de calificación es una técnica cuantitativa para prueba proyectiva.

De la combinación de las seis categorías antes mencionadas [las tres formas de dirección de la agresión (E,I,M) y los tres tipos de respuesta (D-O,D-Y,y P-N)], produce nueve factores de notación, a los cuales es necesario sumar dos variantes simbolizadas por Ee I.

Para indicar el Predominio de un Obstáculo, se marca (') después de la letra mayúscula correspondiente. Los tipos de Defensa del Ego se señalan por las letras mayúsculas empleadas solas (E, I, M).. Para indicar las respuestas de Persistencia de la Necesidad, se utilizan los símbolos e, i, m. De todas estas categorías se desprenden las 11 posibles respuestas al Test, las cuales se explican de manera breve a continuación:

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 (intrapunitiva con dominancia del obstáculo).

E' La presencia del obstáculo frustrante está subrayada con insistencia (extrapunitiva con dominancia del obstáculo).

M' El obstáculo frustrante se minimiza hasta tal punto que el examinado llega casi a negar su presencia (impunitiva con dominancia del obstáculo).

E La hostilidad, el reproche, etc., se dirigen contra una persona u objeto del medio (extrapunitiva con ego-defensa).

E El examinado niega en forma agresiva ser responsable de una falta de la que se le acusa (extrapunitiva con mayor ego-defensa).

I El reproche, la culpabilidad, etc., los refleja el examinado sobre sí mismo (intrapunitiva con ego-defensa).

I El examinado admite su culpabilidad, pero niega que esta culpabilidad sea total invocando circunstancias inevitables. (intrapunitiva con mayor ego-defensa).

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. (impunitiva con ego-defensa).

e Se espera con insistencia que algún otro aporte una solución para la situación frustrante (extrapunitiva con persistencia de la necesidad).

i El examinado presenta correcciones para resolver el problema, por lo general con un sentimiento de culpabilidad (intrapunitiva con persistencia de la necesidad).

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 (impunitivas con persistencia de la necesidad).

TEST GUESTALTICO VISOMOTO DE BENDER.

El Test Guestáltico Visomotor de L. Bender fué elaborado por Lauretta Bender en 1938, tomando como base la Psicología de la Gestalt, principalmente la función Guestáltica, la cual se define como "aquella función del organismo integrado, por la cual éste responde a una constelación de estímulos dado como un todo, siendo la respuesta misma una constelación, un patrón, una gestalt. Los procesos integradores del sistema nervioso se producen en constelaciones, patrones o gestalten, esta integración no se da por suma, resta o asociaciones, sino por diferenciación o por el aumento o disminución de la complejidad interna del patrón en su marco, lo que parece un organismo integrado nunca responde de otra manera. El escenario total del estímulo y el estado de integración del organismo determinan el patrón de respuesta.

Este Test consta de 9 tarjetas con figuras geométricas, las cuales el sujeto tiene que reproducir en una hoja y sin ayuda de material alguno. La finalidad principal del -Test es la evaluación de la función Guestáltica, no obstante, debido a la gran cantidad de estudios realizados con esta prueba, se ha hecho de él un instrumento con múltiples aplicaciones clínicas y psiquiátricas, entre las cuales se encuentran las siguientes:

- 1) La determinación del nivel de maduración en la integración visomotora de los niños, adolescentes y adultos.
- 2) Evaluar los trastornos emocionales.
- 3) Predecir la lesión cerebral (daño orgánico) y el retardo mental.
- 4) Predecir los problemas en el aprendizaje escolar.
- 5) Evaluar la patología mental infantil y de los adultos (esquizofrenia, demencias, etc.).

Esta prueba fué utilizada con la finalidad de valorar a los pacientes un posible Daño Orgánico Cerebral (D.O.C.), y excluir del estudio a quienes presentaran datos severos de organicidad medida o cuantificaa a través de la técnica cualitativa de calificación de éste Test, con base en los siguientes determinantes en la ejecución:

*regresión, perseveración tipo a y b, fragmentación, angulación, coordinación motora, colisión, simplificación, dificultad en el cierre, elaboración, rotación (severa), fragmentación (severa), repaso de líneas, elaboración, pérdida de la gestalt, y superposición.

Para discriminar entre datos de organicidad severa y no tan severa o ausencia de ésta, se usó como parámetros la presencia de 4 indicadores o determinantes arriba citados, para ser considerado como severo, apoyado esto con estudios realizados por los médicos tratantes, como Electroencefalograma (E.E.G), los cuales correlacionaban con los diagnósticos del -bender. -Asimismo, a nivel experiencial a lo largo del trabajo realizado por el personal de la Clínica de Inmunología del -Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil del I.N.P., así como del propio, se ha observado que el manejo ha sido útil a los requerimientos médicos de la Institución.

TEST DE MATRICES PROGRESIVAS DE RAVEN.

El Test de Matrices Progresivas de Raven fué constituído en 1936 y en 1938 ya estaba estandarizado y publicado como Test, cuya finalidad es medir el nivel intelectual o el coeficiente intelectual tanto en niños como en adolescentes y adultos. La prueba consiste en presentar a la inspección del sujeto, en el orden estandarizado, uno a uno 36 problemas de completamiento ordenados por dificultad en aumento, cada uno con la respuesta correcta mezclada entre otras cinco erróneas, pidiéndosele al sujeto verbalice y señale la que en su opinión corresponde entre las soluciones brindadas a su elección.

Este Test se utilizó porque es una prueba de aplicación rápida (15 min. aproximadamente), considerando que algunos de los sujetos de la muestra provienen de diferentes estados de la República, es decir, son pacientes foráneos que no disponen de mucho tiempo.

Además de lo anterior, esta prueba es la que se maneja en el Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil del Instituto Nacional de Pediatría para diagnóstico del Coeficiente Intelectual de los pacientes.

5.11 PROCEDIMIENTO.

1) Se captaron pacientes provenientes de la consulta externa del Servicio de Inmunología del I.N.P., diagnosticados con L.E.S., y que se encontraban en control del padecimiento.

2) Se obtuvo el consentimiento escrito para la participación del paciente, previa información acerca del tipo y objetivo del estudio.

3) El estudio fué realizado aplicando los instrumentos en forma individual por una sola entrevistadora, que fué también la encargada de calificar los mismos, en un período aproximado de 6 meses.

4) Se realizó aplicación en una sesión de cuestionario estructurado de respuestas cerradas, conteniendo información acerca de los datos sociodemográficos del paciente.

5) En la primer sesión se aplicará también el Test Gestáltico Visomotor de L. Bender para detectar Daño Orgánico Cerebral, y se excluyó a los sujetos que al momento del estudio presentaron alteraciones conductuales o cognitivas, correspondientes a un síndrome cerebral agudo.

6) En esa misma sesión se aplicó de igual manera el Test de Matrices Progresivas de Raven, a fin de incluir en el estudio a pacientes que aceptaron participar y que contaban con un C.I. normal, incluyendo los rangos correspondientes a normal inferior y normal superior (inferior al término medio, superior al término medio).

7) En una segunda sesión se hizo aplicación de Test de Tolerancia a la Frustración de S. Rosenzweig.

8) Luego de la calificación de las pruebas, se recopilaron los datos y se procedió a la realización del análisis estadístico.

5.12 ANALISIS ESTADISTICO DE LOS RESULTADOS.

Se realizó presentación de estadística descriptiva, obtención de medidas de tendencia central y de dispersión, así como la representación gráfica de la información de las variables estudiadas, (edad, sexo, tiempo de evolución del padecimiento, y manifestaciones físicas de Síndrome de Cushing), así como de algunas otras características de la muestra (información contenida en la hoja de captación de datos sociodemográficos), tomadas porque éstas pudieran ser consideradas como más homogéneas (no hay tanta variabilidad en los datos, hay de alguna manera ciertos parámetros), tales como: residencia, hijo que ocupa en la familia, escolaridad, y raven. De igual manera se representó gráficamente las respuestas dadas al Test de Tolerancia a la Frustración de S. Rosenzweig, en cuanto a dirección de la agresión, así como la combinación de ésta con el tipo de respuesta.

Se realizó análisis de varianza de un sólo factor (varianza simple), para observar las diferencias entre las medias de acuerdo a las 4 variables en estudio (arriba citadas), en función de las respuestas dadas al Test de Tolerancia a la Frustración de S. Rosenzweig.

Se llevó a cabo análisis cualitativo de los datos, a través del análisis de contenido de las respuestas dadas a cada reactivo con la finalidad de mostrar más ampliamente la forma como estos adolescentes con L.E.S. responden ante situaciones frustrantes cotidianas.

R E S U L T A D O S

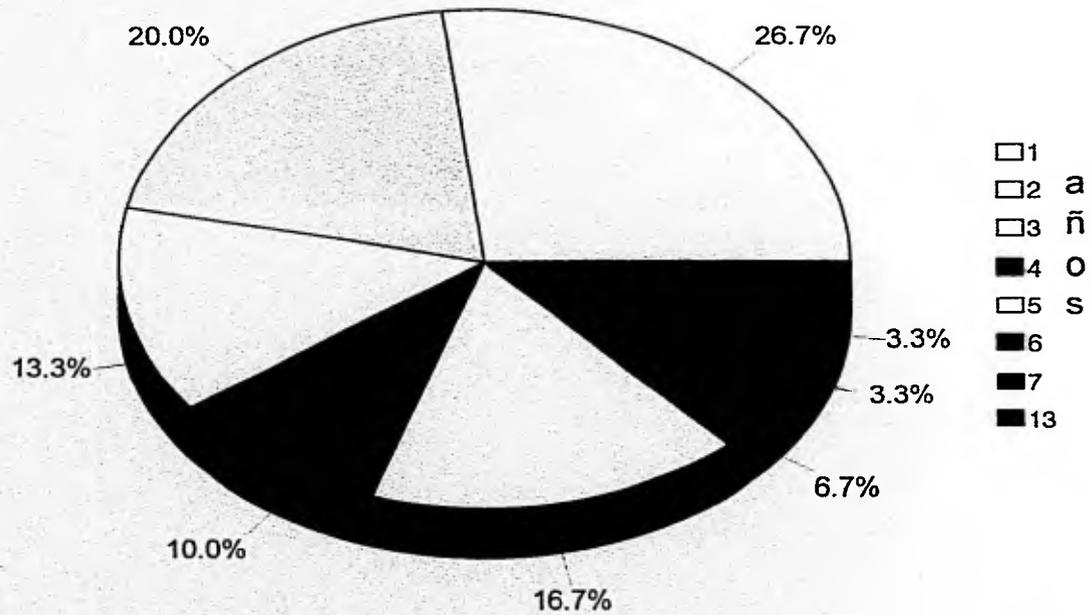
DESCRIPTIVOS (GRAFICAS)

CUADROS DEL ANALISIS DE VARIANZA

(ANOVA)

GRAFICA 1

TIEMPO DE EVOLUCION DEL PADECIMIENTO



$\bar{x}=3.367$; $DS= 2.566$

GRAFICA 2

**MANIFESTACIONES FISICAS DE
SINDROME DE CUSHING**

NO HAY
MANIFESTACIONES
76.7%



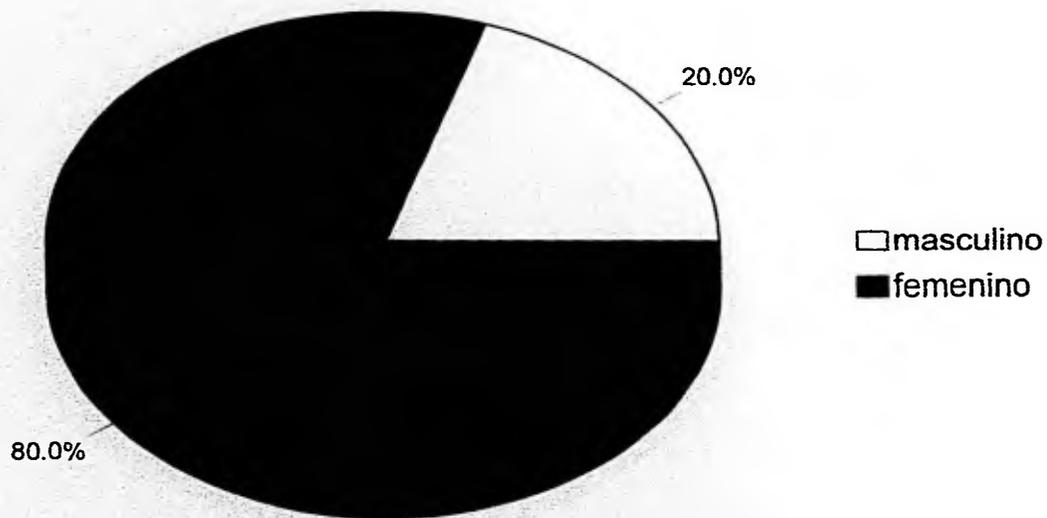
SI HAY
MANIFESTACIONES
23.3%

$\bar{x} = .233$; $DS = .430$

* Porcentajes obtenidos del total de la muestra

GRAFICA 3

SEXO

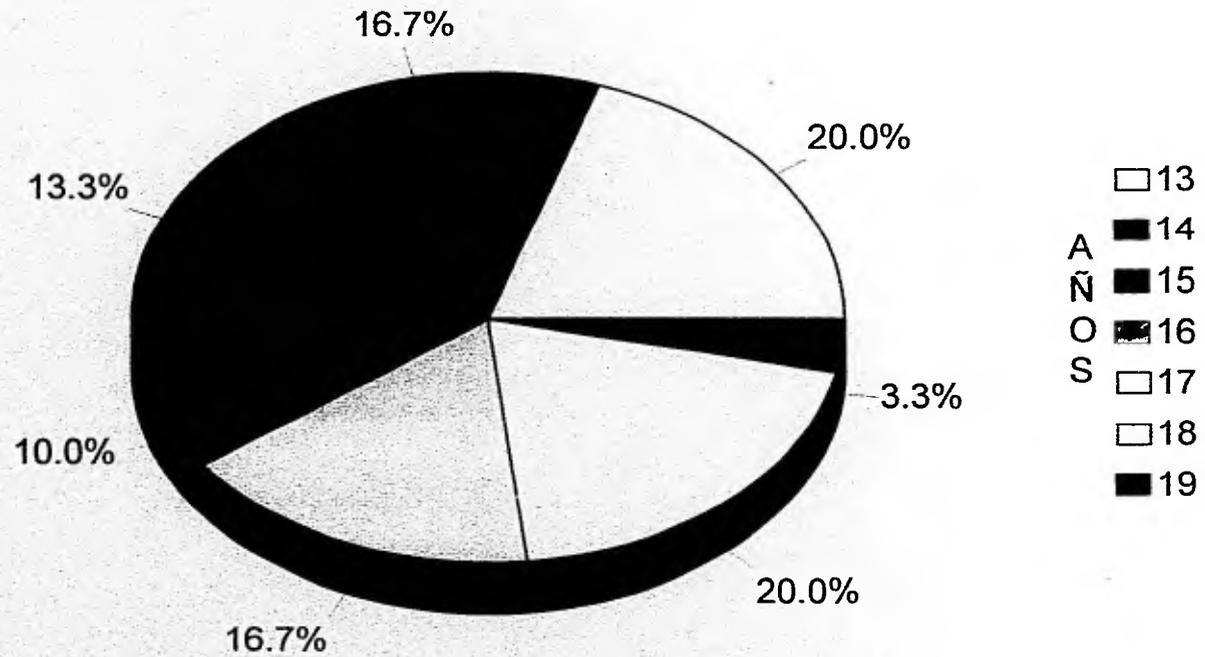


$\bar{x} = .800$; $DS = .407$

* Porcentajes obtenidos del total de la muestra

GRAFICA 4

EDAD

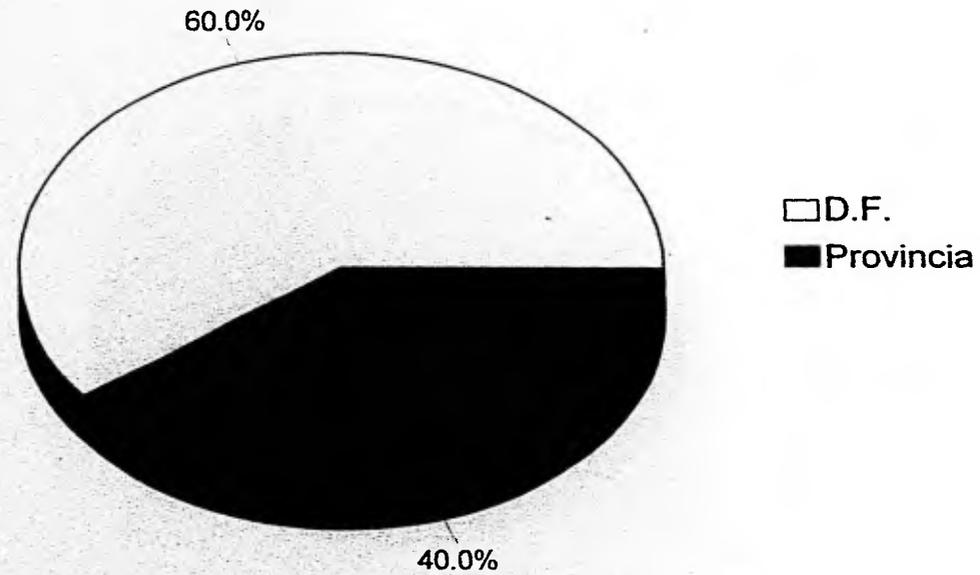


$\bar{x}=15.600$; DS= 1.958

* Porcentajes obtenidos del total de la muestra

GRAFICA 5

RESIDENCIA



$\bar{x} = .400$; $DS = .498$

* Porcentajes obtenidos del total de la muestra

GRAFICA 6

NUMERO DE HIJO QUE OCUPA EN LA FAMILIA

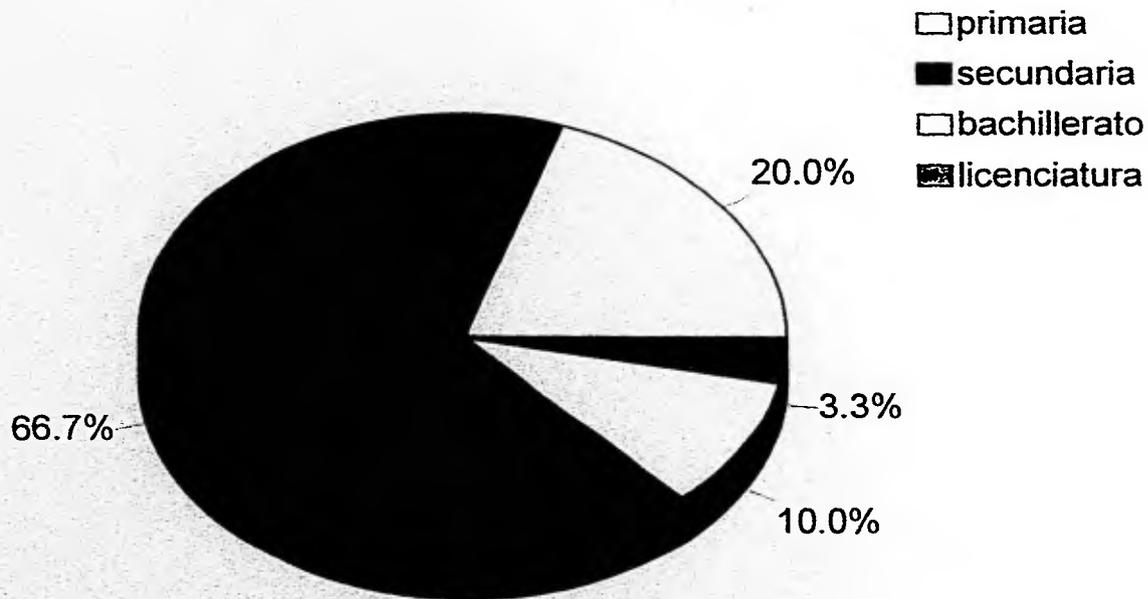


$\bar{x}=2.767$; $DS= 1.633$

* Porcentajes obtenidos del total de la muestra

GRAFICA 7

ESCOLARIDAD



$\bar{x} = 1.967$; $DS = .669$

* Porcentajes obtenidos del total de la muestra

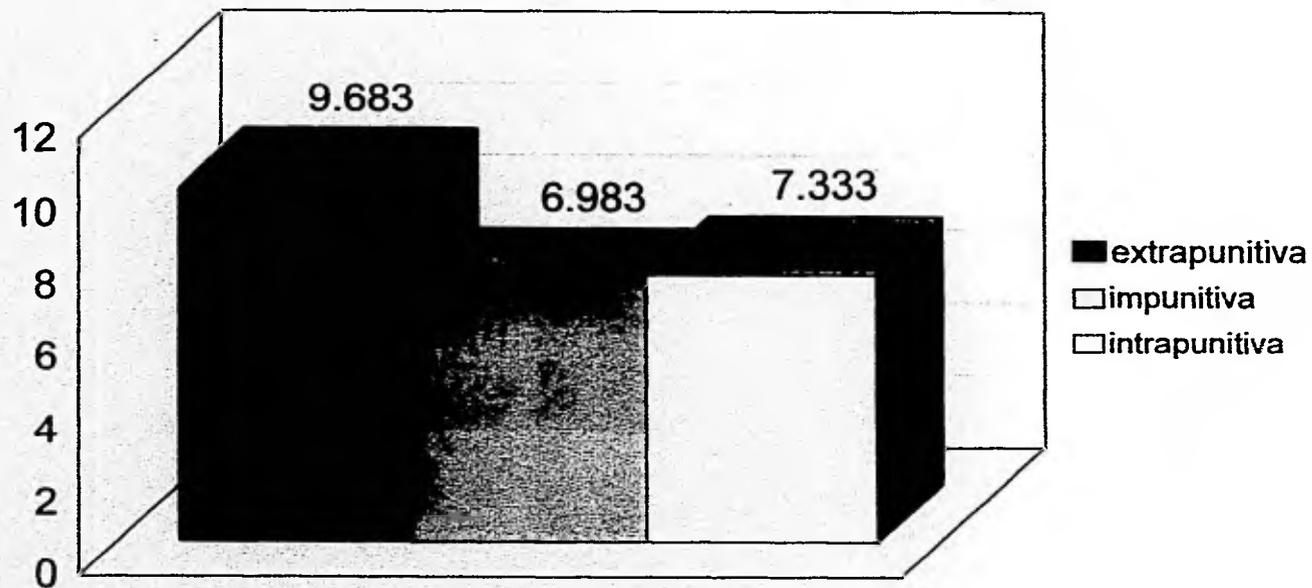
GRAFICA 8

PUNTAJES OBTENIDOS EN EL TEST DE RAVEN



GRAFICA 9

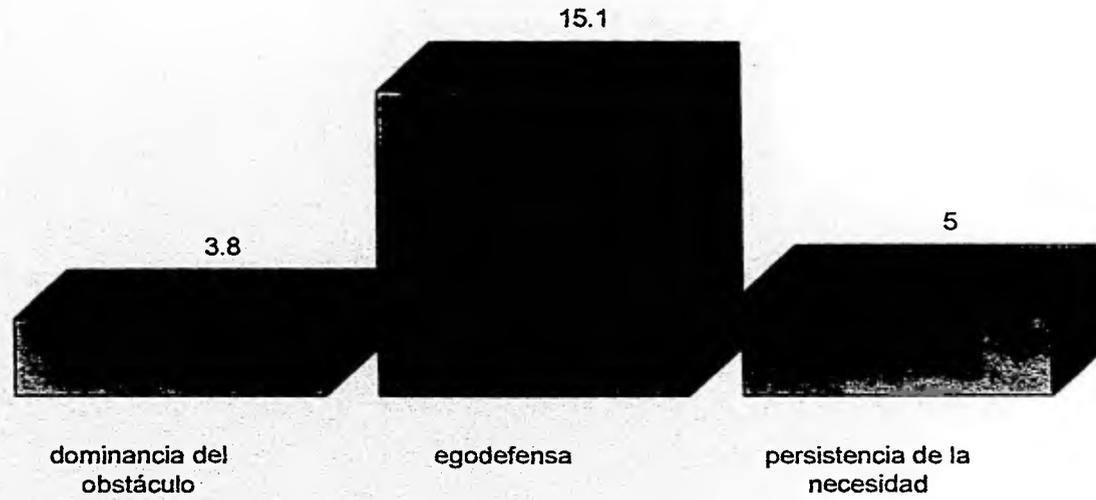
DIRECCION DE LA AGRESION



* Medias obtenidas del total de la muestra

GRAFICA 10

TIPO DE RESPUESTA



* Medias obtenidas del total de la muestra

EXPLICACION DE LAS GRAFICA 11 (DE LAS ABREVIATURAS)

Para fines prácticos de almacenaje de los datos y realización de la gráfica, se hizo una abreviación de las respuestas manejando la dirección de la agresión y el tipo de respuestas, como sigue:

EXDO= Respuesta extrapunitiva con dominancia del obstáculo. (E')

EXED= Respuesta extrapunitiva con ego defensa. (E)..

EXEDS= Respuesta extrapunitiva con mayor ego defensa. (E).

EXNP= Respuesta extrapunitiva con persistencia de la necesidad. (e).

IDO= Respuesta intrapunitiva con dominancia del obstáculo. (I').

IED= Respuesta intrapunitiva con ego defensa. (I).

IEDS= Respuesta intrapunitiva con mayor ego defensa. (I)..

INP= Respuesta intrapunitiva con persistencia de la necesidad. (i).

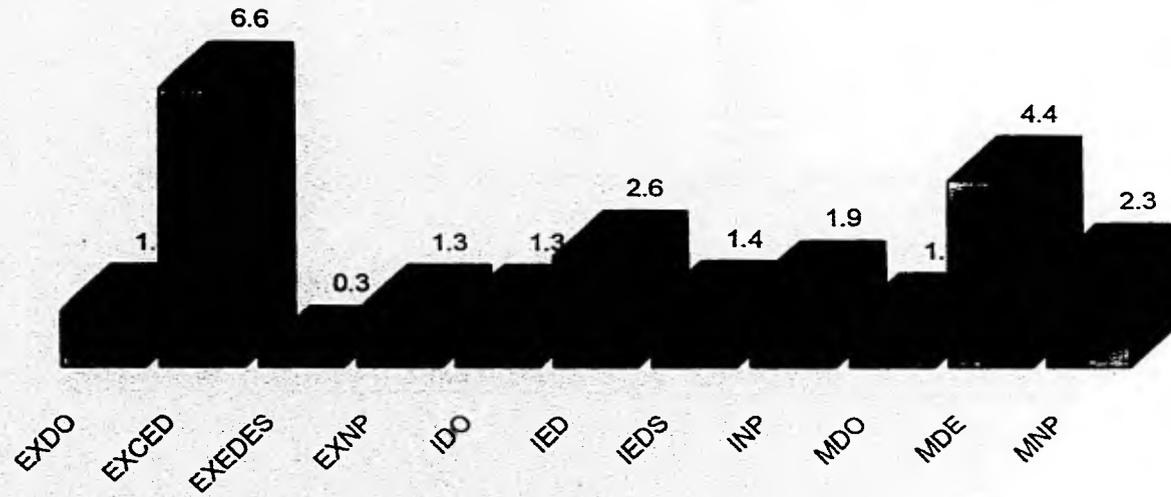
MDO= Respuesta impunitiva con dominancia del obstáculo. (M').

MED= Respuesta impunitiva con ego defensa. (M).

MIP= Respuesta impunitiva con persistencia de la personalidad. (m).

GRAFICA 11

**CLASIFICACION DE RESPUESTAS AL
TEST DE TOLERANCIA A LA FRUSTRACION
DIRECCION DE LA AGRESION Y TIPO DE RESPUESTA**



* Medias obtenidas del total de la muestra

RESULTADOS DEL ANOVA PARA S. DE CUSHING Y RESPUESTAS

RESPUESTAS	No. DE SUJETOS	MEDIA		PROBABILIDAD DE LA VARIANZA (F)	SIGNIFICANCIA ESTADISTICA
		NO	SI		
E'	30	1.3478	1.2857	0.9156	NS
E	30	6.5435	7.1429	0.6636	NS
E	30	0.4783	0.0000	0.3719	NS
e	30	1.4783	0.7143	0.1721	NS
I'	30	1.3261	1.2857	0.9496	NS
I	30	2.5000	3.2857	0.2238	NS
I	30	1.3913	1.5714	0.6752	NS
i	30	2.0435	1.4286	0.3232	NS
M'	30	1.1304	1.3571	0.5748	NS
M	30	4.3696	4.7857	0.7311	NS
m	30	2.6957	1.1429	0.5483	NS

En cuanto a la relación de S. de Cushing y la clasificación de las respuestas, no se encontró estadística en ninguna de éstas.

RESULTADOS DEL ANOVA PARA SEXO Y RESPUESTAS

RESPUESTAS	No. DE SUJETOS	MEDIA		PROBABILIDAD DE LA VARIANZA (F)	SIGNIFICANCIA ESTADISTICA
		HOMBRES	MUJERES		
E'	30	1.3333	1.3333	1.0000	NS
E	30	5.0000	7.1042	.1415	NS
E	30	.0000	0.4583	.4190	NS
e	30	1.7500	1.1875	.3460	NS
I'	30	1.1667	1.3542	.7812	NS
I	30	3.5000	2.4792	.1322	NS
I	30	1.5000	1.4167	.8547	NS
i	30	2.7500	1.6875	.1011	NS
M'	30	1.3333	1.14585	.6611	NS
M	30	4.1667	4.4667	.7697	NS
m	30	6.5000	1.2917	.0494*	S*

Se encontró una significancia estadística de .0497 en relación al sexo (hombres) y respuesta impunitiva con persistencia de la necesidad (m).

RESULTADOS DEL ANOVA PARA EDAD Y RESPUESTAS

RESPUESTAS	No. DE SUJETOS		MEDIA		PROBABILIDAD DE SIGNIFICANCIA LA VARIANZA (F) ESTADISTICA	
	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 1	GRUPO 2		
E'	15	15	1.420	1.375	0.940	NS
E	15	15	6.142	7.250	0.393	NS
E	15	15	0.659	0.000	0.225	NS
e	15	15	1.676	1.604	0.889	NS
I'	15	15	1.813	1.250	0.369	NS
I	15	15	2.347	2.750	0.548	NS
I	15	15	1.693	1.500	0.643	NS
i	15	15	1.915	1.563	0.552	NS
M'	15	15	1.159	0.708	0.237	NS
M	15	15	4.381	4.167	0.863	NS
m	15	15	0.795	1.833	0.008*	S*

Rangos de edad: grupo 1 de 13 a 15 años; grupo 2: 16 a 19 años

Se encontró significancia estadística de 0.008 en relación a la edad y respuesta impunitiva con persistencia de necesidad (m).

RESULTADOS DEL ANOVA PARA TIEMPO DE EVOLUCION DEL PADECIMIENTO Y RESPUESTAS

RESPUESTAS	No. DE SUJETOS		MEDIA		PROBABILIDAD DE SIGNIFICANCIA LA VARIANZA (F) ESTADISTICA	
	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 1	GRUPO 2		
E'	14	16	1.212	1.583	0.541	NS
E	14	16	8.288	5.104	0.019*	S*
E	14	16	0.409	0.250	0.767	NS
e	14	16	1.364	1.917	0.287	NS
I'	14	16	1.167	1.896	0.247	NS
I	14	16	2.742	2.354	0.563	NS
I	14	16	1.818	1.375	0.292	NS
i	14	16	1.061	2.417	0.028*	S*
M'	14	16	0.659	1.208	0.152	NS
M	14	16	3.735	4.813	0.390	NS
m	14	16	1.545	1.083	0.214	NS

Rangos para tiempo de evolución: grupo 1: de 1 a 2 años; grupo 2 de: 3 a 13 años

Se encontró significancia estadística de 0.019 en relación al tiempo de evolución del padecimiento y respuesta extrapunitiva con egodefensa (E). De igual manera se obtuvo una $F=0.028$ con relación a la respuesta intrapunitiva con persistencia de la necesidad (i).

**RESULTADOS DEL ANOVA PARA LA CORRELACION ENTRE LA EDAD,
TIEMPO DE EVOLUCION DEL PADECIMIENTO Y RESPUESTAS**

	x 11	x 4	x 3	x 12	PROBABILIDAD DE LA VARIANZA (F)	SIGNIFICANCIA ESTADISTICA
RESPUESTAS	EDAD GPO. 1 EVOL. GPO. 1	EDAD GPO. 1 EVOL. GPO. 2	EDAD GPO. 2 EVOL. GPO. 1	EDAD GPO. 2 EVOL. GPO. 2		
E'	1.091	1.750	1.333	1.417	0.635	NS
E	7.909	4.375	8.667	5.833	0.786	NS
E	0.818	0.500	-0.000	-0.000	0.767	NS
e	0.727	2.625	2.000	1.208	0.014*	S*
f'	1.000	2.625	1.333	1.167	0.158	NS
l	2.818	1.875	2.667	2.833	0.410	NS
l	1.636	1.750	2.000	1.000	0.188	NS
i	1.455	2.375	0.667	2.458	0.462	NS
M'	1.318	1.000	0.000	1.417	0.028*	S*
M	4.136	4.625	3.333	5.000	0.637	NS
m	1.091	0.500	2.000	1.667	0.726	NS

Rangos de edad: grupo 1: de 13 a 15 años; grupo 2 de: 16 a 19 años

Rangos de tiempo de evolución: grupo 1: 1 a 2 años; grupo 2: de 3 a 13 años

Se encontró significancia estadística de 0.014 entre la correlación de edad y tiempo de evolución y respuesta extrapunitiva con persistencia de la necesidad (e), así como una F= 0.028 para la respuesta impunitiva con dominancia del obstáculo (M').

ANALISIS DE CONTENIDO (PTF)

Lámina 1		
Respuestas más comunes	Categoría	Frecuencia
No hay problema	M	9
No se preocupe	M	8
Fíjese	E	7
No importa	M	6
		30

INTERPRETACION:
 El 30% de los sujetos contestaron a la situación con una respuesta que denota evitación por la situación frustrante absolviendo de culpa al individuo frustrante (impunitivamente con ego defensa), como una manera de no perder aceptación de los demás, ya que contestar otra manera sería "mal visto" por la sociedad.

ANALISIS DE CONTENIDO (PTF)

Lámina 2		
Respuestas más comunes	Categoría	Frecuencia
Lo siento mucho	I'	14
Lo siento, se me resbaló	I	5
Lo siento, puedo pagarlo si gusta	i	4
Lo pagaré	i	2
Torpe, tenga cuidado	E	1
No hay cuidado	M	1
Fué un accidente, disculpe	M	1
		30

INTERPRETACION:
 El 46% de los sujetos respondieron aceptando la culpa y cuanto siente estar implicado en una situación que frustra a otra persona. (intrapunitivamente con ego defensa). Ante esta situación el sujeto actúa como sería socialmente esperado, lo que le podría redituvar reconocimiento por parte de los demás.

ANALISIS DE CONTENIDO (PTF)

Lámina 3

Respuestas más comunes	Categoría	Frecuencia
No, el sombrero de la Sra. no me deja ver	E'	7
Hay que decirle a la Sra. que se quite el sombrero	e	5
Por qué?	M	3
No	I'	3
Ni yo tampoco	E'	3
Si	M'	2
Soy distraído	I	2
Claro que sí	M'	2
Y tú por qué sí?	E	2
Que hay algo que me ocultan.	E	1
		30

INTERPRETACION:

El 23.3% de los sujetos contestaron dirigiendo el reproche o la culpa hacia el exterior, subrayando insistentemente la presencia del obstáculo frustrante (extrapunitivamente con dominancia del obstáculo). Ante la situación el sujeto culpa a otra persona pero no hace nada para encontrar una solución a la situación frustrante, lo que pudiera denotar poca capacidad para la solución de problemas y para adaptarse a situaciones que circundan en su medio ambiente.

ANALISIS DE CONTENIDO (PTF)

Lámina 4

Respuestas más comunes	Categoría	Frecuencia
No importa, se puede tomar otro.	M	9
Ya saldrá el otro tren.	m	6
No fué nada serio.	M	5
A cualquiera le puede pasar, a ver qué invento.	i	3
Lástima, te tendrás que esperar.	e	2
Compramos otro boleto.	i	1
No te preocupes.	M	1
No llegaré a mi cita.	E'	1
Es mi culpa.	I	1
No me hubiera confiado en ti.	E	1
		30

INTERPRETACION:

El 30% de los sujetos contestaron evitando la culpabilidad por la frustración, absolviendo al individuo frustrante, considerando como poco importante el hecho (impunitivamente - con ego defensa). Ante esta situación pudiera considerarse al sujeto como comprensivo y consciente de los imprevistos a los que se está expuesto en la vida cotidiana.

ANALISIS DE CONTENIDO (PTF)

Lámina 5

Respuestas más comunes	Categoría	Frecuencia
Déjeme, lo revisaré nuevamente, lo compondré.	i	19
Yo creo que lo fabricaron mal.	E'	4
Es que hay que saber usarlo	E	2
A de ser la pila.	E'	2
Devolveré su dinero.	i	1
Ay, Sra. ese no es mi problema.	E	1
Mil disculpas.	I'	1
		30

INTERPRETACION

El 63.3% de los sujetos contestaron presentando correcciones o soluciones al problema. porque de antemano han aceptado parte de culpa en éste. (intrapunitivamente con --- persistencia de la necesidad). Ante la situación el sujeto demuestra sentido de responsabilidad y actúa como se esperaría socialmente.

ANALISIS DE CONTENIDO (PTF)

Lámina 6

Respuestas más comunes	Categoría	Frecuencia
Pero es que necesito estudiar	E	5
Perdón, disculpe.	I	4
Bueno está bien	M	4
Yo no sabía eso.	I'	4
Llevaré los que más necesite.	i	3
Para la próxima llevaré los otros.	m	3
Por qué?	E	3
Dejo estos dos, los puede usted tomar?.	e	1
Acabe de ver otro libro Sra.	E'	1
Ni se dan cuenta tan mentos.	E	1
Dónde dice eso?.	E	1
		30

INTERPRETACION:

El 16.6% de los sujetos contestaron dirigiendo la hostilidad, el reproche hacia la otra persona. (extrapunitivamente con ego defensa). Ante esta situación el sujeto denota - poca capacidad de aceptación ante la autoridad, mostrando conducta egocéntrica y falta de adaptabilidad.

ANALISIS DE CONTENIDO (PTF)

Lámina 7

Respuestas más comunes	Categoría	Frecuencia
Todos tenemos gustos diferentes.	E	5
Así es.	I	5
Puede que sí	I	4
No creo.	E	4
Si no tiene mejor me voy.	E	4
Para eso le pagan.	E	3
Me gusta seleccionar lo que como.	I	2
No.	E'	1
Por qué dice eso?.	E	1
Claro que no	E	1
		30

INTERPRETACION:

El 16.6% de los sujetos contestaron dirigiendo su hostilidad y reproche hacia la otra persona (extrapunitivamente con ego defensa). Ante esta situación el sujeto denota poca capacidad para adaptarse a las vicisitudes del medio ambiente circundante.

ANALISIS DE CONTENIDO (PTF)

Lámina 8

Respuestas más comunes	Categoría	Frecuencia
No puedo, tengo otro compromiso.	M	7
Tengo otros planes, pero diviértanse, cuidense.	M	6
Así es, yo no iré.	M'	5
No, te prefiero a tí.	E	3
Pues claro, me enojé con ella.	I	3
Está mintiendo, si iré.	E	1
No.	E'	1
Pues ya ni modo.,	M	1
No me llevo con sus amigos.	I	1
Invítame tú.	e	1
Será en otra ocasión.	m	1
		30

INTERPRETACION:

El 23.3% de los sujetos contestaron evitando la culpabilidad por la situación frustrante, absolviendo al individuo frustrante de toda culpa. (impunitivamente con ego defensa). Ante esta situación, el sujeto muestra una actitud de conformismo y hasta de disculpa como medida protocolaria ante los demás.

ANALISIS DE CONTENIDO (PTF)

Lámina 9		
Respuestas más comunes	Categoría	Frecuencia
Pero yo lo necesito ahorita.	E	11
Pues no ve que está lloviendo?.	E'	6
Está bien.	M	2
Se puede retirar.	E	2
No puede esperar.	E	2
No me lo puede dar usted.	e	1
Lo dejo para mañana, yo vengo por él.	i	1
Me iré a otra tienda.	i	1
Bueno, gracias.	M	1
A mi no me interesa.	E	1
Lo siento	I	1
Sin el paraguas me voy a mojar.	I'	1
		30

INTERPRETACION:
 El 36.6% de los sujetos contestaron dirigiendo la hostilidad y el reproche hacia otra - persona. (extrapunitivamente con ego defensa). Ante esta situación puede decirse que el sujeto no cuenta con capacidad para entender que otras personas tienen que regirse por reglas.

ANALISIS DE CONTENIDO (PTF)

Lámina 10		
Respuestas más comunes	Categoría	Frecuencia
No estoy mintiendo.	E	8
Está usted seguro de lo que dice?.	E	5
No Sr. yo digo la verdad.	E	4
No estoy mintiendo, crea lo que quiera.	E	4
Sí lo reconozco estoy mintiendo, perdón.	I'	4
Por qué dice que estoy mintiendo?.	E	2
Sí, por qué?.	I	2
Usted es el que miente.	E	1
		30

INTERPRETACION:
 El 26.6% de los sujetos respondieron extrapunitivamente con ego defensa, es decir. -- dirigiendo la hostilidad y el reproche hacia la otra personas. Ante esta situación pudiera decirse que el sujeto tiene propensión a enrolarse en discusiones con otras personas.

ANALISIS DE CONTENIDO (PTF)

Lámina 11

Respuestas más comunes	Categoría	Frecuencia
No hay cuidado, no importa.	M	14
No esté molestando, fíjese y deje dormir.	E	5
Todos tenemos errores.	M	2
No ve a qué horas son?, las 2 de la mañana.	E'	2
Qué teléfono quiere usted?.	M	2
Rectifique su número	e	2
No importa, para la otra fíjese bien en el número	m	1
A ver si lo puedo ayudar.	M	1
Así son de mañosas.	E	1
		30

INTERPRETACION:

El 46.6% de los sujetos contestaron impunitivamente con ego defensa, es decir, evitando la culpabilidad por la situación frustrante, absolviendo al individuo frustrante de toda culpa. Ante esta situación el sujeto actúa con la cortesía que socialmente sería aceptada.

ANALISIS DE CONTENIDO (PTF)

Lámina 12

Respuestas más comunes	Categoría	Frecuencia
Usted es el encargado y me lo dá	e	7
Debe fijarse en lo que está haciendo	e	4
Espero que mañana lo traiga.	m	3
Me llevaré el de él.	i	3
Y ahora qué voy a hacer.	E'	2
Bueno, mañana se lo pido.	i	2
Cuándo llega ese Sr. para que se lo cambie.	i	2
No puede ser.	E'	2
Pues alcáncelo inmediatamente.	e	1
Yo creo que así fué.	M	1
Por supuesto que sí.	E	1
Qué Sr. tan distraído.	E	1
No hay problema.	M	1
		30

INTERPRETACION:

El 23.3.% de los sujetos contestaron esperando que alguna otra persona aportara la solución para la situación frustrante, (extrapunitivamente con persistencia de la necesidad). Ante esta situación el sujeto responde defendiendo sus derechos pero relega toda responsabilidad en otra persona.

ANALISIS DE CONTENIDO (PTF)

Lámina 13

Respuestas más comunes	Categoría	Frecuencia
Pero usted me dijo que hoy.	E	9
Yo no puedo estar dando vueltas.	E	8
Me podría dar cita para mañana?.	e	5
Bueno, será en otra ocasión.	m	3
Otro día vengo a que me atiendan.	i	2
Por qué no.	E	2
No se preocupe.	M	1
		30

INTERPRETACION:

El 30% de los sujetos contestaron dirigiendo la hostilidad y el reproche hacia la otra - persona, (extrapunitivamente con ego defensa). Ante esta situación el sujeto actúa defendiendo sus derechos, pero no aporta ninguna solución al problema.

ANALISIS DE CONTENIDO (PTF)

Lámina 14

Respuestas más comunes	Categoría	Frecuencia
Algo la habrá retrasado, algún imprevisto.	M	16
Qué impuntual, ya se tardó mucho.	E	8
Hay que esperar un poco más.	i	3
Debe andar distraído.	E	2
Perdón, se me hizo tarde.	I	1
		30

INTERPRETACION:

El 53.3% de los sujetos contestaron evitando la culpabilidad por la frustración, absolviendo al individuo frustrante, (impunitivamente con ego defensa). Ante esta situación, el sujeto muestra capacidad para comprender que la gente puede tener imprevistos, - lo que pudiera redituarle reconocimiento por los demás y por lo tanto tener mejores - relaciones interpersonales. Aunque también es importante que el sujeto pueda establecer límites adecuados.

ANALISIS DE CONTENIDO (PTF)

Lámina 15

Respuestas más comunes	Categoría	Frecuencia
No te preocupes, a todo mundo le pasa.	M	10
Para la próxima ganamos.	m	6
Para la otra se pone más abusado.	e	5
Ni modo ya no se puede remediar.	M	4
Lo siento.	I	2
Así es.	E'	1
Pero en esta sí ganamos.	m	1
Lo importante es que yo participara	M	1
		30

INTERPRETACION:

El 33.3% de los sujetos contestaron evitando la culpabilidad por la frustración, absolviendo al individuo frustrante de toda culpa, (impunitivamente con ego defensa). Ante esta situación, el sujeto muestra una actitud comprensiva hacia los errores de los otros pero al mismo tiempo da una respuesta conformista que sería socialmente aceptada,-- como un intento por no sentirse rechazado.

ANALISIS DE CONTENIDO (PTF)

Lámina 16

Respuestas más comunes	Categoría	Frecuencia
Perdón, no me fijé.	I	9
Lo siento, disculpe.	I	5
Pero por qué?.	E	3
Se hubiera fijado.	e	3
Por favor disculpe.	I	2
Yo llegué primero.	E	2
Lo siento, yo pagaré los daños.	i	2
El error fué mío.	I	2
La calle no es de nadie eh señor!.	E	1
Llame si quiere una patrulla.	e	1
		30

INTERPRETACION:

El 30% de los sujetos contestaron intrapunitivamente con ego defensa, es decir, admiten su culpa, aunque no totalmente, ya que hacen alusión a circunstancias inevitables. Ante esta situación el sujeto denota poca capacidad para aceptar sus errores y poco control de impulsos, al no tener precaución en el trato con los demás.

ANALISIS DE CONTENIDO (PTF)

Lámina 17

Respuestas más comunes	Categoría	Frecuencia
No sé dónde las dejé.	I	9
Discúlpame.	I'	5
Las hubieras traído tú.	E	4
Me acuerdo que las traía.	I	3
No es posible.	E'	3
No sé dónde las puse, vamos a la casa por otras.	i	3
Fué un error imperdonable.	I	2
Lo siento.	I	1
		30

INTERPRETACION:

El 30% de los sujetos contestaron reflejando el reproche, la culpabilidad hacia sí mismos (intrapunitivamente con ego defensa). Ante esta situación el sujeto muestra poca capacidad para buscar alternativas para la solución de problemas.

ANALISIS DE CONTENIDO (PTF)

Lámina 18

Respuestas más comunes	Categoría	Frecuencia
Usted no sabe dónde puedo comprar otro igual?.	e	5
Lástima, a la otra.	m	5
No puede ser.	E'	5
Bueno, vendré mañana.	i	3
Bueno, gracias.	M	3
Mañana habrá o no?.	E	3
Pero por qué?, yo le dije que hoy venía,	E	3
Qué suerte.	I	1
No habrá otro boleto?.	e	1
No se preocupe.	M	1
		30

INTERPRETACION:

El 16.6% de los sujetos contestaron esperando que alguna otra personas aportara la solución para la situación frustrante (extrapunitivamente con persistencia de la necesidad).- Ante esta situación el individuo relega la responsabilidad de buscar la solución a sus problemas.

ANALISIS DE CONTENIDO (PTF)

Lámina 19

Respuestas más comunes	Categoría	Frecuencia
Disculpe, perdón, pero es que tengo prisa.	I	18
Pues discúlpeme oficial, no volverá a suceder.	I	5
Disculpe, iba distraída.	I	3
Es que tengo cita con el médico.	I	2
Sé que iba rápido, pero no había niños en la calle.	I	1
Ni tanto, no pasó nada.	E	1
		30

INTERPRETACION:

El 60% de los sujetos contestaron intrapunitivamente con ego defensa, es decir, aceptan su culpabilidad, pero niega que ésta sea total, invocando circunstancias inevitables. Ante esta situación el sujeto denota pobre sentido de responsabilidad y poco control de impulsos al no moderar su velocidad aún cuando sabe que pasa por una escuela.

ANALISIS DE CONTENIDO (PTF)

Lámina 20

Respuestas más comunes	Categoría	Frecuencia
A lo mejor se le olvidó.	M	7
Yo creo que le caemos gordas.	I	5
Porque es muy payasa.	E	5
Ha de estar molesta por lo de la otra vez.	I	3
Tendrá sus razones.	E	3
Quien sabe por qué.	E	2
Creo que estaba un poco enojada, ya se le pasará.	E	2
Soy una tonta, ahora voy.	I	1
A lo mejor porque no tenemos dinero.	I	1
Será en otra ocasión.	m	1
		30

INTERPRETACION:

El 23.3% de los sujetos contestaron evitando la culpabilidad por la situación frustrante, - absolviendo totalmente al individuo frustrante (impunitivamente con ego defensa). Ante esta situación el sujeto actúa conciliatoriamente y disculpa la acción de otra persona como de--- mostración protocolaria ante lo bien visto socialmente.

ANALISIS DE CONTENIDO (PTF)

Lámina 21

Respuestas más comunes	Categoría	Frecuencia
Iré a verla, me disculparé.	i	9
Pues lo siento mucho.	I	6
Yo no quería que le pasara eso.	I	5
Perdón, no volveré a hablar mal.	I	3
Le hice mal de ojo o algo parecido.	I	1
Esa mujer que no se fija.	E	1
Cómo crees y qué le pasó?.	E	1
Pues yo no soy bruja para hacerle mal a nadie.	E	1
No sé si ir a verla, tú qué opinas?.	e	1
Me duele bastante, pero tal vez sirva de escarmiento	I	1
Qué mala onda.	M	1
		30

INTERPRETACION:

El 23.3% de los sujetos contestaron presentando correcciones para resolver el problema, (intrapunitivamente con persistencia de la necesidad). Ante esta situación el sujeto denota culpa ante sus acciones y actúa como se esperaría socialmente, como una manera de minimizar el sentimiento de culpa y de búsqueda de reconocimiento.

ANALISIS DE CONTENIDO (PTF)

Lámina 22

Respuestas más comunes	Categoría	Frecuencia
Un poco	I'	9
Fue sólo un golpe leve	M	7
Claro, me torcí la cintura por tu culpa, menso	E	3
Si por favor ayúdame a pararme	e	2
No	I'	2
Si, mucho	I	2
¿Tú que crees idiota? De seguro yo quería caerme	E	1
Vete, déjame en paz	E	1
Creo que sí	I	1
Claro que sí, porque me empujaste, ¿qué te pasa?	E	1
No tuve cuidado, fue un accidente	I	1
		30

INTERPRETACION:

El 30% de sujetos contestaron indicando como no frustrante o poco frustrante el obstáculo (intrapunitivamente con dominancia del obstáculo). Ante esta situación el sujeto restringe sus emociones probablemente por pena, y aún cuando se halle lastimado no busca solución al problema.

ANALISIS DE CONTENIDO (PTF)

Lámina 23

Respuestas más comunes	Categoría	Frecuencia
Se nos hace tarde	E'	10
Dile que no se tarde	e	4
Está bien, la esperaremos	M'	3
Qué alegría, con lo bien que me cae tu querida tía	E	3
Está bien, espero que no tarde	e	2
Claro que sí, no hay problema	M	2
No, vámonos	i	2
Si, buen viaje	E'	1
Tendremos que esperamos	E'	1
Y para eso nos quedamos parados, vámos a sentarnos	E	1
¿Qué no pudo habernos llamado antes?	E	1
		30

INTERPRETACION:

El 33.3% de sujetos contestaron dirigiendo su hostilidad hacia otra persona, haciendo hincapié en el obstáculo frustrante. (Extrapunitivamente con dominancia del obstáculo). Ante esta situación el sujeto sólo muestra su inconformidad, pero no abiertamente y tampoco expone una probable solución al problema.

ANALISIS DE CONTENIDO (PTF)

Lámina 24

Respuestas más comunes	Categoría	Frecuencia
No importa, ya no lo necesito, ya lo había leído	M	10
No se preocupe	M	8
No hay problema, pero que bien cuida las cosas	E	6
No hay cuidado, me compraré otro	i	3
No le vuelvo a prestar nada	E	2
Tendré que hacer otro	E	1
		30

INTERPRETACION:

El 33.3% de sujetos contestaron evitando la culpabilidad por la situación frustrante, al individuo frustrante se le absuelve por completo (impunitivamente con ego defensa). Ante esta situación el sujeto muestra una actitud conformista, pasiva y tranquila.

CAPITULO 6
DISCUSION DE RESULTADOS

CAPITULO 6.

DISCUSION DE RESULTADOS.

Al obtener los resultados y compararlos con la hipótesis se observa lo siguiente en relación a cada una de las cuatro variables evaluadas (eda, sexo, tiempo de evolución del padecimiento y manifestaciones físicas de Síndrome de Cushing):

En relación al sexo podemos observar que los hombres (6 de los 30 sujetos de la muestra corresponden a este sexo), responden impunitivamente con persistencia de la necesidad (m), es decir, la persona expresa la esperanza de que el tiempo u otras circunstancias normales traerán una solución al problema. La pasividad es característica de este tipo de respuestas (Rosenzweig, 1976), lo que puede estar relacionado con patrones culturales, en donde al sexo masculino se le vislumbra y se le "otorga" el "puesto de protector", del proveedor y del "fuerte", como parte del rol de figura de autoridad dentro del núcleo familiar, por lo que no se le permite mostrarse "débiles" o bien, "histéricos" ante situaciones de emergencia, dado lo cual manifiestan calma y esperan la solución al problema sin demostrar que la frustración les daña y que sufren, lo que finalmente podría redundar en una postura de evitación por parte del sexo masculino.

Las otras combinaciones de respuestas se distribuyen en los 24 sujetos restantes de la muestra, cuyo sexo es femenino.

Para la variable Edad se puede apreciar que para los adolescentes "mayores" (Gpo. 2: de 16 a 19 años en este caso), las reacciones ante situaciones frustrantes se dan de manera impunitiva con persistencia de la necesidad (m), es decir, expresando la esperanza de que el problema se solucione a través del tiempo u otras circunstancias normales, lo cual nos habla de que en la "adolescencia mayor" hay manejo más racional de conflictos atribuible tanto a las posibilidades cognitivas, como a un proceso madurativo psicosexual, que permite la capacidad de postergar el place, así como la resolución del sentimiento de amenaza representado por figuras de autoridad.

"El desarrollo del aparato cognoscitivo, del sentido de realidad, así como de la individuación e identidad, permite al individuo fomar sus propios puntos de vista acerca de su pasado, de su presente y de su futuro (López, I., 1988)."

En relación con el tiempo de evolución del padecimiento y las respuestas ante eventos frustrantes se encontraron 2 significancias al respecto, las cuales se explican a continuación:

Los pacientes con menor tiempo de evolución del padecimiento (Gpo. 1: de 1 a 2 años) dirigen la hostilidad, el reproche contra otra persona u objeto del medio, se muestran más agresivos en sus relaciones interpersonales [respuesta extrapunitiva con ego-defensa (E)] Ante esto se puede decir que a menor evolución los pacientes están aún en la fase de enojo por estar enfermos y tener que dejar de lado muchas de las actividades realizadas anteriormente, por lo que se muestran agresivos ante el medio, la sociedad, su familia, grupo de pares, médicos y en sí con todo aquello que les represente una amenaza.

La contraparte es que a mayor tiempo de evolución del padecimiento (Gpo. 2: de 3 a 13 años), se aprecian reacciones de intrapunitividad con persistencia de la necesidad (i) es decir, el adolescente con L.E.S. presenta soluciones para resolver el problema, por lo que se podría relacionar con los sentimientos de culpa generados por la enfermedad, dadas las fantasías que tienen de la enfermedad (como el haberse enfermado porque se mojaron, porque desobedecieron, no comieron bien, le pegaron a su hermano o porque no estudian, etc.), lo que genera en ellos un sentimiento de castigo, lo que se relaciona con la intrapunitividad.

Por otro lado, los pacientes que tienen más tiempo de estar enfermos (entre 3 a 13 años) ya presentan mayor aceptación tanto de la enfermedad, así como de los factores concomitantes o inherentes a ésta (tratamiento, cuida, restricciones, etc.), lo que les permite buscar alternativas para solucionar ellos mismos sus problemas. Esto pudiera correlacionar con la negociación desde el punto de vista de la teoría que Kübler-Ross (1979) hace sobre la aceptación de la muerte, en donde ésta es la tercera etapa del proceso y es en la cual el paciente manifiesta una aceptación simbólica de su situación, pero impone ciertas condiciones, como un intento de realizar algo y sentirse mejor con él mismo.

Asimismo, aún cuando la experiencia clínica pudiera considerarse corta, no puedo dejar de lado las observaciones al respecto, las cuales coinciden altamente con el hecho de que a medida de que los pacientes cursan con mayor tiempo de evolución del L.E.S., muestran actitudes de mejor entendimiento y aceptación, ya que lo han referido textualmente, e incluso se aprecia a nivel de valoración psicodinámica.

Haciendo una correlación entre la edad, el tiempo de evolución y el manejo de las situaciones frustrantes se observan 2 significancias muy interesantes, las cuales se describen a continuación:

A menor edad (Gpo. 1: de 13 a 15 años), pero con un mayor tiempo de evolución (Gpo. 2: de 3 a 13 años), los pacientes de esta investigación responden extrapunitivamente con persistencia de la necesidad (e), es decir, esperan con insistencia que algún otro aporte una solución para la situación frustrante, lo cual nos indica que al vivir por un largo lapso enfermos y haber aceptado y adquirido experiencia para un manejo más adecuado de su situación, actúan respondiendo más como adolescentes, considerando que es la iniciación y etapa de desarrollo en donde los adolescentes suelen responder con un: "Yo no te pedí venir al mundo", "a mí nada puede pasarme", "hazlo tú, para eso eres mi Mamá", etc. Además, la enfermedad forma ya parte de su identidad, ante lo que desarrollan tendencias tales como las ganancias secundarias que ésta les representa (cuidados, atenciones excesivas por parte de sus padres, etc.), por lo que continúan mostrándose egocéntricos.

A mayor edad (Gpò. 2; de 16 a 19 años) con mayor tiempo de evolución (Gpò. 2; de 3 a 13 años), los adolescentes con L.E.S. respondieron impunitivamente con dominancia del obstáculo, (M'), a saber, el obstáculo frustrante se minimiza hasta tal punto que el examinado llega casi a negar su presencia, con lo que pudiéramos decir que al presentarse un manejo más adecuado de conflictos, así como un mayor entendimiento y experiencias adquiridas a lo largo de la enfermedad, ésta puede llegar a no significarles una amenaza tan grande, lo que tal vez redunde en un mejor manejo de las situaciones adversas que representen una frustración y lograr la obtención de un control adecuado sobre la enfermedad, y los factores emocionales asociados a ésta (depresión, enojo, angustia, estrés, etc.). Aquí es importante mencionar qué tanto estaríamos hablando a nivel de un mecanismo de defensa como lo es la negación y entonces pudiéramos hablar de negar la existencia de la enfermedad como un intento por no angustiarse demasiado ante lo que ésta les pudiera representar en el curso cotidiano y que de alguna manera sería un esfuerzo por mantener una adaptación psicobiológica, aún cuando no es la forma idónea, lo cual no llega a ser tan grave finalmente, si lo relacionamos con los patrones conductuales inherentes a la adolescencia, en donde la negación estaría indicada.

En cuanto a la variable de Síndrome de Cushing, se observó que no existe relación entre la presencia o ausencia de este síndrome para responder de tal o cual manera ante la frustración, lo que parece indicar que la imagen corporal no juega un papel muy significativo en la forma como los adolescentes con L.E.S reaccionan a estímulos que les causan sensación de frustración, contrario a lo que Schilder (1935) afirma: La imagen corporal se desarrolla a partir de la interacción de nuestro cuerpo con el mundo externo. "El cuerpo habrá de proyectarse hacia el mundo y el mundo habrá de introyectarse en el cuerpo". Según este autor nuestro propio cuerpo es objeto de las emociones más fuertes.

Lo anterior pudiera discrepar un poco tomando en consideración que las alteraciones físicas de estos pacientes con síndrome de Cushing son muy evidentes, tales como caída importante del cabello, aparición excesiva de vello facial, aumento considerable de peso y sobretodo la hinchazón de la cara, predominantemente de las mejillas, lo que los hace parecer incluso más grandes de lo que en realidad son (hablando en términos de la edad), lo que altera la imagen corporal si recordamos que en la etapa adolescente lo que tiene mucho peso en el ánimo de los chicos es verse y sentirse atractivos ya que les representa aceptación ante su grupo de pares. Aunque el no haber encontrado significancia estadística aquí puede estar relacionado con 3 aspectos: 1) la prueba no contiene ítems específicos para medir ni imagen corporal ni asociados a situaciones de enfermedad, 2) a la aceptación de la que hablábamos anteriormente en cuanto a la enfermedad, y 3) retomando lo que citamos arriba y de acuerdo con Schilder, estos pacientes no tienen mucha oportunidad de socializar, de interactuar con el medio externo.

Los resultados obtenidos en esta investigación arrojan datos muy interesantes acerca de cómo los adolescentes con L.E.S. actúan o manejan situaciones frustrantes que se les presentan en su vida cotidiana, ya que por implicaciones propias de la enfermedad, estos adolescentes tienen que restringir en buena medida su vida social en términos de no poder salir a pasear con sus amigos en un día muy soleado, no acudir a reuniones con mucha gente por estar inmunosuprimidos y por lo tanto son presa fácil de contagios, no pueden formar parte de los tan famosos equipos de fútbol, basketball, voleibol, etc. que en la etapa de secundaria y preparatoria son parte de la vida social del adolescente, ya que corren el riesgo de lastimarse articulaciones, y en general, hay un cambio radical en cuanto a las actividades, expectativas y roles propios de los adolescentes que no se ven afectados por una enfermedad como la mencionada y estudiada en esta investigación.

Recordando que el objetivo planteado en este trabajo fué el describir un área específica de la personalidad: el manejo de la frustración, el abordaje se basó en la hipótesis de trabajo siguiente: Se espera que los pacientes adolescentes con L.E.S presentarán patrones o características específicas en función de la dirección de la agresión y el tipo de respuesta. El patrón característico de respuesta de estos pacientes presentará diferencias intragrupo en función de la edad, sexo, tiempo de evolución del padecimiento y manifestaciones físicas de Síndrome de Cushing. En síntesis, obtener un patrón de agresión según el tipo de respuesta y las diferencias intragrupo de este patrón.

CAPITULO 7
CONCLUSIONES

CAPITULO 7.

CONCLUSIONES.

Al parecer las respuestas de los pacientes ante eventos frustrante de acuerdo al Test de Tolerancia a la Frustración de S. Rosenzweig, parece que depende más de elementos propios del estadio del desarrollo por el que cursan que a elementos inherentes a la enfermedad.

Dentro de la etapa de la adolescencia existen diferencias en las respuestas de acuerdo a la subfase de la misma adolescencia, es decir, a lo que llamamos adolescencia temprana y adolescencia tardía, en donde en la primera aún no se resuelven los conflictos de autoridad, mientras que en la segunda se espera la resolución de conflicto.

El tiempo de evolución del padecimiento por sí solo no es un factor determinante pero potencia las diferencias mostradas con los grupos de edad.

Llama la atención, aún cuando no formaba parte de el objetivo particular de la investigación, el hallazgo de que con base en la prueba de Matrices Progresivas de Raven, el 76.7% de los pacientes "caen" dentro del percentil 25, al cual le corresponde un diagnóstico de normal inferior, que aún cuando se contemplaba en los criterios de inclusión, reflejan la poca capacidad de resolución de problemas, por lo que los aspectos cognitivos de alguna u otra manera influyen en el tipo de respuestas dadas.

En la dirección impunitiva (M) y el tipo de respuesta de dominancia del obstáculo (O-D), lo cual da la respuesta (M') se encuentra relacionada con la correlación expresada entre las variables independiente de edad y tiempo de evolución del padecimiento, ya que a mayor edad y mayor tiempo de evolución más impunitividad con dominancia del obstáculo.

En cuanto a las diferencias intragrupo en función de las variables con base en el análisis de varianza se puede decir lo siguiente del grupo estudiado:

En cuanto al sexo: los hombres respondieron diferente que las mujeres en cuanto a impunitividad con persistencia de la necesidad. (m).

En cuanto a edad: los de menos edad responden de manera diferente a los de mayor edad en relación a impunitividad con persistencia de la necesidad (m).

Respecto al tiempo de evolución del padecimiento: los de menor evolución respondieron diferente a los de mayor evolución, pues los primeros respondieron extrapunitivamente con ego-defensa (E), mientras que los segundos dieron una respuesta intrapunitiva con persistencia de la necesidad (i).

En la correlación de edad más el tiempo de evolución: los de menor edad y mayor tiempo de evolución respondieron de manera diferente a los de mayor edad y mayor tiempo de evolución, siendo los primeros extrapunitivos con persistencia de la necesidad (e), mientras que los segundos respondieron impunitivamente con dominancia del obstáculo (M').

En cuanto a Síndrome de Cushing no hay diferencias de respuestas ante la presencia o ausencia de dicho síndrome.

Los resultados en cuanto a dirección de la agresión y tipo de respuesta a nivel general fueron extrapunitiva y ego-densa respectivamente (E), lo cual coincide con los hallados por Carrillo Rocha (1989) en adolescentes con diabetes juvenil, así como la relación en términos de las respuestas dadas al Test y los rangos de edad, aún cuando esta autora sólo analizó en función de la edad, el trabajo realizado apoya los resultados obtenidos en esta investigación..

CAPITULO 8
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

CAPITULO 8.

LIMITACIONES Y SUGERENCIA.

Las limitaciones encontradas en esta investigación fueron primeramente las dificultades de aplicación de las pruebas en pacientes foráneos, ya que no se contaba con el tiempo suficiente para que la aplicación total fuera en las sesiones acordadas en el procedimiento, lo que implicó un retraso en la realización de la investigación. Aunado a esto se encuentra el hecho de que a estos pacientes la prueba de S. Rosenzweig se les hacia larga y hasta un poco tediosa, pues muy frecuentemente mencionan cosas como las siguientes: "Ya mero se acaba?", "Creo que ya me cansé", "Como que está medio larguita no?", "Ojalá llega a tiempo a la central", "No la puedo termina en otra ocasión?", etc. Ante esto cabría la siguiente interrogante: ¿No serían manifestaciones de resistencia?, por lo que sería importante analizarlo más a fondo en algún estudio porterior. Pero de mayor y fundamental importancia es el punto de que esta prueba no contiene reactivos específicos y alusivos a situaciones de hospitalización y enfermedad, lo que pudo haber estado estrechamente relacionado con las respuesta de los adolescentes en este estudio.

Dado lo anterior se sugiere la realización para estudios posteriores de un Test con reactivos específicos ante situaciones frustrantes relacionadas con la pérdida de la salud, así como el impacto directo de la enfermedad. Asimismo, se sugiere evaluar el deterioro cognitivo de los pacientes con L.E.S, dado que éste pudiera estar relacionado con alteraciones neurofisiológicas.

Otra cuestión de alguna manera limitante y por consiguiente una sugerencia, es el hecho de que el estudio se restringió a ser realizado sólo de manera descriptiva, ya que por ser una investigación institucional se alinea a los programas y/o proyectos de investigación de la Institución que lo respalda (I.N.P.). Sin embargo, queda la expectativa de conocer cuáles serían los resultados si se hiciera un estudio comparativo, por lo que se sugiere se lleve a cabo una comparación entre un grupo de adolescentes lúpicos (grupo experimental) y un grupo de adolescentes sanos (grupo control).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- Allaer C. L., Carnois, A, et al. (1978). La Adolescencia. Barcelona: Herder.
- Barkwin, H. y Barkwin, R. M. (1974) Desarrollo psicológico del niño normal y patológico. México: Nueva Editorial Interamericana.
- Blos, P. (1971). Los comienzos de la adolescencia. Argentina: Amorrortu.
- Blos, P. (1975). Psicoanálisis de la adolescencia. México: Joaquín Mortiz.
- Brodie, B. (1974) Views of helathy children toward illness. American Journal of Public Health. 64 (2), 1156-1163 pp.
- Buss, A. H. (1969). Psicología de la agresión Buenos Aires: Troquel.
- Carneiro, L: A. (1979). Adolescencia. Sus problemas y su educación. México: Hispanoamericana.
- Carrillo R.M (1989). La agresión en pacientes con diabetes juvenil. Tesis de Licenciatura U.N.A.M México
- Coleman, J: C. (1985). Psicoanálisis de la adolescencia. Madrid: Morata.
- Coleman, Gamon and Ellis. (1985) Family Structure and Dating Behavior and Adolescence. Adolescence. Vol. 20 (79).
- Corman, L. (1977). Narcisismo y frutración de amor. Barcelona: Herder.
- Cooper, C. L. (1986). Stress y cáncer. Madrid: Ediciones Díaz Santos.
- Charlton, A., Pearson, D., et al. (1986) Children return to school after treatment for solid tumours. Social Science and Medicine. 22 (2), 1337-1346.
- Díaz-Guerrero, R. (1972). Hacia una teoría histórico-bio-psico-sociocultural del comportamiento humano. México: Trillas.
- Eiser, Christine. (1989) Coping with chronic childhood diseases: Implications for counselling children and adolescents. Special Issue: Health Psychology: perspectives on theory, research and practice. Counselling-Psychology-Quarterly: 2 (3); 323-336 pp.
- Erikson, E. (1972), Infancia y Sociedad. Argentina: Paidós.
- Freedman, Kaplan & Sadock. (1980). Compendio de Psiquiatría. México: Salvat.

- Freud, A (1948) El yo y los mecanismos de defensa. México: Paidós.
- Freud, A. (1952) The role of bodily illness in the mental life of the children. Psychoanalytic Study of the Child. Vol. 7; 69-71.
- Freud, A. (1958) Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente. Buenos Aires: Paidós.
- Friedlander, M.P. y cols. (1989). Ganar la guerra interna, conozca y fortalezca la inmunidad de su cuerpo. México: Pax-México.
- Fromm, E. (1975). Anatomía de la destructividad humana. México: Siglo XXI.
- Gago, H. A. (1965). La frustración como factor psicológico de la personalidad. Tesis de Licenciatura, U.N.A.M. México.
- Garitano, F. (1987). Estudios clínicos sobre la función inmune. Jama the autoimmune diseases 258 (20). Capt. 11.
- Grinder, R. E. (1978). Adolescencia. México: Limusa.
- Haro, L. L. (1979). Relaciones humanas. México: Edicol.
- Harrison (1991). Principios de Medicina Interna México: Interamericana.
- Hartmann, H. (1978). Ensayos sobre la psicología del yo. México: Fondo de cultura económica.
- Hong, S. y Kim, P. (1981) Self concepts and body image of children during physical illness. Psychosomatics. 22 (2) 128-135 pp.
- Horrocks, J. (1986). Psicología de la Adolescencia. Madrid: Aguilar.
- Kanner, L. (1948) Child Psychiatry. Illinois: Charles C. Thomas.
- Kempe, C., Silve, H., O'Brien, D. y Fulginati, V. (1988). Diagnóstico y tratamientos pediátricos. México: Manual Moderno.
- Kobbs, H. (1974). Delincuencia juvenil. México: Paidós.
- Kolb, L. (1977). Psiquiatría Clínica Moderna. México: La Prensa Médica Mexicana.
- Lara, G. (1987). Estudio comparativo de las características psicológicas entre un grupo de pacientes femeninas con L.E.S. y un grupo de mujeres normales. Tesis de Licenciatura. U.N.A.M. México.
- López I. M. (1988). La encrucijada de la adolescencia. México: Editores Hispánicas.
- Martínez, Triana, R. et. al. (1988) Estilo de enfrentamiento al Stress en pacientes con hemopatías. Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana: 29 (4); 555-560 p

- Marvin Stein, Steven E. Keller, et. al. (1985) Stress and immunomodulation: The role of depression and neuroendocrine function. The Journal of Immunology. 135 (2).
- Mattsson, A. (1972). Long-term physical illness in childhood: A challenge to psychosocial adaptation. Pediatrics, 50 50 (5); 801-809 pp.
- Mergaree & Hokanson. (1976). Dinámica de la Agresión. México: Trillas.
- Mevorach, D. (1994). Lupus Eritematoso Systemic with Neurological involvement. Vol. 3 117-111.
- Muus, R. E. (1982). Teorías de la adolescencia. Buenos Aires: Paidós.
- Mussen, P. H. (1981). Introducción a la Psicología. México: Compañía Editorial Continental, S. A.
- Muthny, F., Bechtel, etc.al. Lay theories and coping with severe chronic diseases: A comparative study. Psychotherapie, Psychosomatis, Medizinische Psychologie: 1992;42(2).
- Orozco, J. H. (1975). Lupus Eritematoso Sistémico. Anuario de actualización en medicina, México: I.M.S.S. (46).
- Papalia, E. D. (1985). Desarrollo Humano. México: Manual Moderno.
- Piaget, J. (1962). Estudios de Psicología Genética. Argentina: Emece.
- Rapaport, D. (1967). La estructura de la teoría Psicoanalítica (un intento de sistematización). Buenos Aires: Paidós.
- Rosenzweig, S. (1951) Idiodynamics in personality theory with special reference to projective methods. Psychological Review, (58); 213-23.
- Rosenzweig, S. (1954) An outline of frustration theory. New York: J. Press.
- Rosenzweig, S. (1960) The Rosenzweig Picture Frustration Study, adults form. Grune and Stratton, Inc. USA.
- Rosenzweig, S. (1976). El Test de Rosenzweig. México: Paidós.
- Rotés, Q. J. (1989). Reumatología Clínica. México: Espaxs.
- Sánchez, O. (1989). Respuesta emocional del niño ante la enfermedad según la etapa del desarrollo de la inteligencia. Monografías de la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil, La Salud Mental del Niño y del Adolescente. México, (7) 163-171.
- Secord, P. y Backman, C. (1976). Psicología Social México: McGrawHill.
- Selye, H. (1956). La tensión en la vida (el stress). Argentina: Fabril Editora.

Shilder, P. (1935) Imagen y Apariencia del Cuerpo Humano. Buenos Aires: Paidós.

Spirito, A. Stark, L. et al. (1995). Coping with everyday and disease-related stressors by chronically illness children and adolescents. Journal of the American Academy of child and adolescent Psychiatry. 34 (3); 283-290 pp.

Tirado, D. F ., Calderon H.J. (1993). Factores neuroendócrinos y estudios clínicos sobre el efecto de la depresión en la función inmune. México.: Compendio de Psiquiatría. Asociación Psiquiátrica Mexicana, A. C.

Wheatley, D. (1990) Stress and the immune system. Psychiatry: Clinical Update. 7 (6); 1-12 pp.

BIBLIOGRAFIA REVISADA PARA HACER EL ANALISIS ESTADISTICO.

Gotkin, L. (1979). Estadística Descriptiva. México: Limusa.

Glass, G.V. (1986). Métodos estadísticos aplicados a las Ciencias Sociales. México: Prentice-Hall, Hispanoamericana, S. A.

Kerlinger, F. N. (1988). Investigación del Comportamiento México: McGrawHill.

Krippendorff, K. (1990). Metodología del análisis de contenido. Teoría y Práctica. Barcelona: Paidós.

Siegel, S. (1994). Estadística no paramétrica. México: Trillas.

Stevens, S. S. (1946) On the theory of Scales of Measurement. Science. 163, 677-680 pp.

A N E X O S .

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

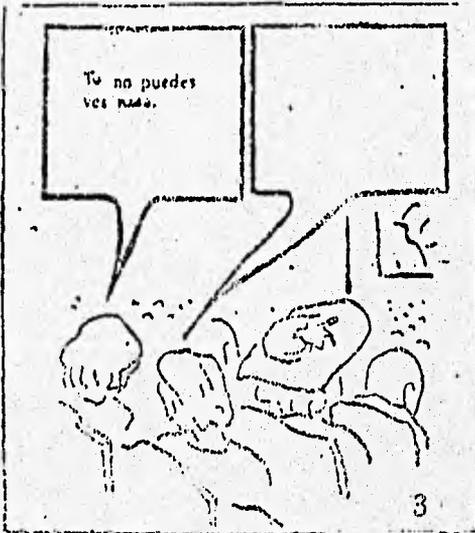
TEST DE ROSENZWEIG.

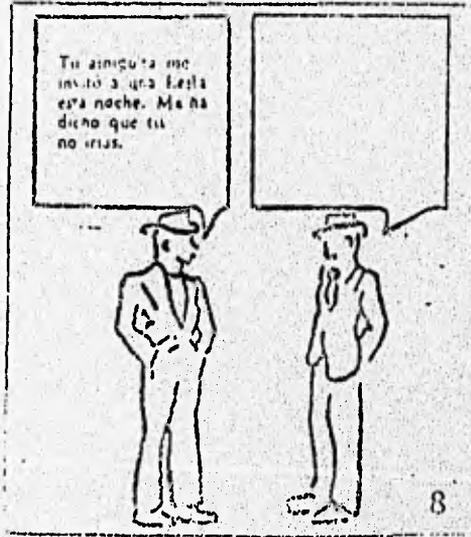
C O N S I G N A

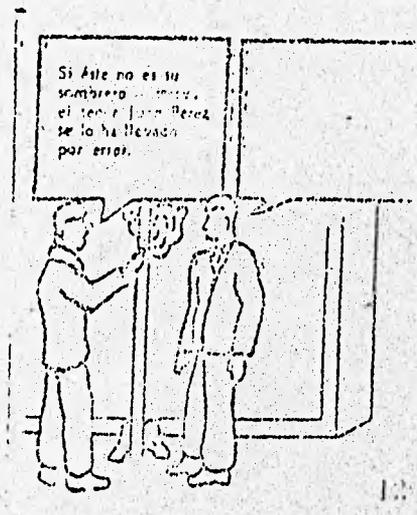
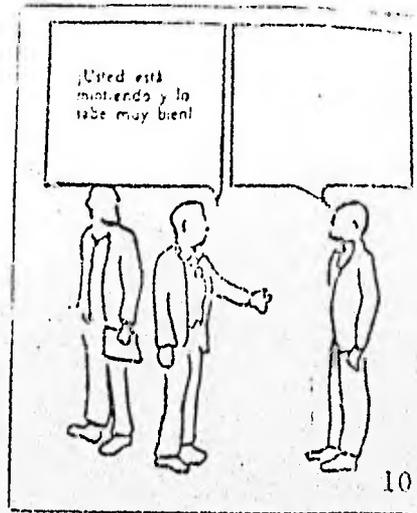
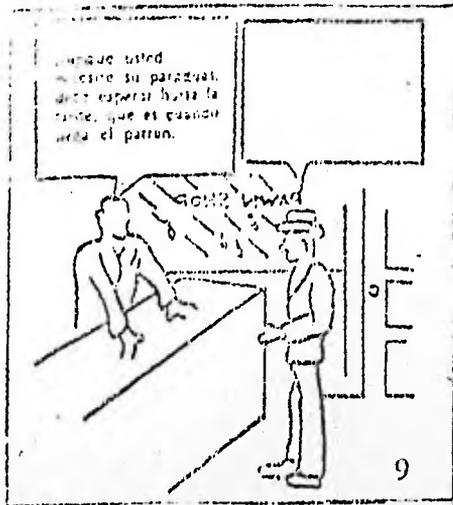
EN CADA UNO DE LOS SIGUIENTES CUADROS SE ENCUENTRAN
DOS O MAS PERSONAS. UNA DE LAS PERSONAS LE ESTA -
HABLANDO A LA OTRA. USTED DEBE ESCRIBIR EN EL ---
ESPACIO CORRESPONDIENTE, LA PRIMERA RESPUESTA QUE -
SE LE OCURRA.

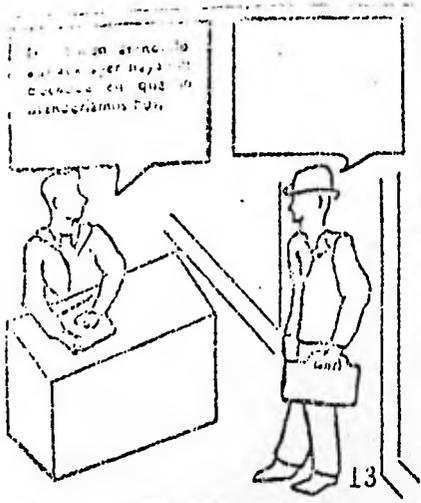
NO TRATE DE CONTESTAR CON CHISTES.

CONTESTE TAN RAPIDO COMO LE SEA POSIBLE.







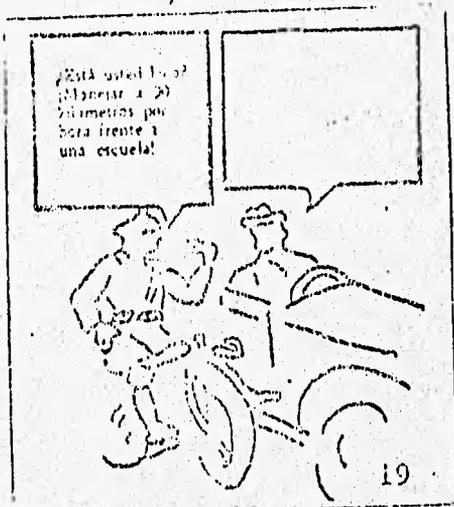


(1)



4





HOJA DE CAPTACION DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS.

De la variable 1 a la 6, los datos se reportarán con números exactos.

- 1.- EDAD: () _____
- 2.- NUMERO DE HERMANOS: () _____
- 3.- EDAD DE INICIO DEL PADECIMIENTO: () _____
- 4.- TIEMPO DE EVOLUCION DEL PADECIMIENTO: () _____
- 5.- NUMERO DE INTERNAMIENTOS: () _____
- 6.- GRADO MAXIMO DE estudios; () _____
(0= ninguno, 1= indicar número).

De la variable 7 a la 10, los datos se reportarán según la clave.

- 7.- NUMERO DE HIJO QUE OCUPA EN LA FAMILIA: () _____
(0= hijo único, 1= primero entre varios,
2= segundo entre varios, 3= tercero ---
entre varios, 4= cuarto entre varios --
5= hijo menor o último hijo, 6= otro).
- 8.- SEXO: (0= Masculino, 1= Femenino). () _____
- 9.- ACTUALMENTE ASISTE A LA ESCUELA: () _____
(0= no, 1= sí)
- 10.- SI HA AMERITADO INGRESO A U. DE T.I. EN
ALGUNO DE LOS INTERNAMIENTOS: () _____
(0= no, 1= sí)

HOJA DE CAPTACION DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS.

- 11.- ACTIVIDAD OCUPACIONAL DEL PACIENTE, QUE NO INCLUYA ESCOLARIDAD FORMAL: () _____
(0= ninguna, 1= participación de tareas domésticas bien delimitadas, 2= clases particulares, 3= pertenencia a grupos de jóvenes, 4= actividades artísticas bien delimitadas, 5= otra).
- 12.- SEPARACION TEMPORAL DE LA MADRE DURANTE LOS PRIMEROS 5 AÑOS DE VIDA: () _____
(0= no, 1= menos de 6 meses pero mayor de 3 meses, 2= menos de 1 año pero mayor de 6 meses, 3= mayor de 1 año, --- 4= indicar lapso).
- 13.- SEPARACION DEFINITIVA DE LA MADRE DURANTE LOS PRIMEROS 5 AÑOS DE VIDA POR MUERTE O ABANDONO: () _____
(0= no, 1= si, por muerte, 2= si, por --- abandono).
- 14.- ESTADO CIVIL DE LOS PADRES: () _____
(0= madre soltera, 1= unión libre, ----- 2= matrimonio, 3= divorciados, 4= un -- sólo progenitor por viudez, 5= separa-- dos).
- 15.- MADRE: (0= falleció, 1= vive con el pa--- ciente, 2= no vive con el paciente). () _____
- 16.- PADRE: (0= falleció, 1= vive con el pa--- ciente, 2= no vive con el paciente). () _____
- 17.- SI HA EXISTIDO ALGUN OTRO ENFERMO CRONICO- EN LA FAMILIA; (0= ninguno, 1= padre, --- 2= madre, 3= hermanos, 4= abuelos). () _____
- 18.- ANTECEDENTES DE HERMANOS FALLECIDOS: () _____
(0= no, 1= si).

HOJA DE CAPTACION DE DATOS DE LOS RESULTADOS DE LA EVALUACION.

TEST DE S. ROSENZWEIG.

- 19.- DIRECCION DE LA AGRESION: () _____
(0= respuesta impunitiva, 1= respuesta
extrapunitiva, 2= respuesta intrapu-
nitiva).
- 20.- TIPO DE RESPUESTA: () _____
(0= predominancia del obstáculo, -----
1= defensa del Yo, 2= persistencia de
la necesidad).

TEST GUESTALTICO VISOMOTOR DE BENDER.

- 21.- RESULTADOS OBTENIDOS EN LA APLICACION -
DE BENDER: () _____
(0= sin datos de organicidad, 1= con -
indicadores de organicidad, 9= se ig-
nora).

TEST DE MATRICES PROGRESIVAS DE RAVEN.

- 22.- RESULTADOS OBTENIDOS EN LA APLICACION -
DEL TEST DE RAVEN: () _____
(0= Término medio, 1= superior al ----
término medio, 2= inferior al término
medio, 9= se ignora).

CARTA DE CONSENTIMIENTO.

A QUIEN CORRESPONDA:

Por medio de la presente autorizo a mi hijo (a) _____
_____ para que conteste 3 exámenes psicológicos,--
con fines de participar en una investigación titulada: TOLERANCIA A LA-
FRUSTRACION EN ADOLESCENTES CON DIAGNOSTICO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTE-
MICO EN EDAD DE 13 A 18 AÑOS, SEGUN EL TEST DE S. ROSENZWEIG.

Asimismo, se me informa que los resultados son confidenciales, que
la aplicación de tales exámenes no producirá ningún daño a mi hijo (a)-
y que en caso de que por cualquier motivo decidiéramos no participar o-
suspender el examen, esto no repercutirá en la atención médica que el -
Instituto le proporciona.

Los resultados de la investigación se me harán conocer al término-
de la misma, para que yo entienda algunos aspectos del funcionamiento -
psicológico de mi hijo (a).

A T E N T A M E N T E .

NOMBRE Y FIRMA.

TESTIGO _____
NOMBRE Y FIRMA.
DOMICILIO.

TESTIGO _____
NOMBRE Y FIRMA.
DOMICILIO.

MEXICO, D.F. A

DE

DE 1994.

TESIS URGENTES

ZARAGOZA

Ofsset • Libros • Folletos • Masters

CALZADA I, ZARAGOZA N° 574 LOCAL "E"

A TRES CALLES DEL METRO ZARAGOZA

COL. FEDERAL MEXICO, D.F.

ROBERTO MOYA AHUMADA

PRESUPUESTOS

TELEFONO 521 - 98 - 00