

8
2es.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**“FACTORES DE PERSONALIDAD DEL
ADOLESCENTE QUE PADECE DIABETES
MELLITUS INSULINO-DEPENDIENTE”**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
MA. YOLANDA ALCANTARA RODRIGUEZ

DIRECTORA DE TESIS: DRA. EMILIA LUCIO GOMEZ-MAQUEO

ASESORA: LIC. MILAGROS FIGUEROA



MEXICO, D. F.

1998

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

2592/2



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS:

A ti que en todo momento has estado conmigo, por darme la vida.

A Jesús, a mi familia, que han sido fuente de motivación, que me han brindado en todo momento su apoyo y comprensión, sin la cual, no hubiera sido posible la realización de esta meta.
GRACIAS.

A la Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo, quien debido a su experiencia y conocimientos, fue una valiosa guía para la elaboración de este trabajo. Gracias por su paciencia y su tiempo.

A los sinodales:

- Amada Ampudia Rueda
 - Milagros Figueroa Campos
 - Aída Araceli Mendoza Ibarrola
 - Guadalupe Beatriz Santaella Hidalgo
- Por sus acertadas y oportunas sugerencias.**

A la Maestra Consuelo Durán Patiño por su gran apoyo y amistad.

Al Instituto Nacional de Pediatría por las facilidades que me otorgaron, en especial a la Psic. Beatriz Tapia Hernández.

A todos los adolescentes que padecen diabetes mellitus, por haberme permitido conocerlos.

Gracias a la Dra. Emilia Lucio, por haberme incluido en su equipo de trabajo.

A todos aquellos que me ofrecieron su amistad, y que han seguido muy de cerca mi trabajo.

A DGPA proyecto No. IN 301397

por el cual fue posible la realización de este trabajo.

ÍNDICE TEMÁTICO

CAPITULO I. DIABETES MELLITUS

	Página
I.1 .Antecedentes	1
I.2. Definición de diabetes	2
I.4.Fisiopatología	4
I.5.Etiología	5
I.6.Factores de riesgo	
I.3 Clasificación de diabetes	6
I.7.Diagnóstico	6
I.8 Tratamiento de la diabetes	9
I.9.Complicaciones	14

CAPITULO II. ADOLESCENCIA

II.1 Definiciones de adolescencia	17
II.2 El adolescente diabético	27

CAPITULO III. PERSONALIDAD

III.1 Antecedentes del estudio de la personalidad	31
III.2 Definición de personalidad desde diferentes puntos de vista teóricos.	32
III.3 Teorías de la personalidad	34
III.4 El Inventario Multifásico de la Personalidad	38

CAPITULO IV. MÉTODO

IV.1 Planteamiento del problema	49
IV.2 Planteamiento de investigación	50
IV.3 Hipótesis estadística	50
IV.4 Definición de variables	51
IV.5 Muestra	52
IV.6 Criterios de inclusión	53
IV.7 Instrumento	53
IV.8 procedimiento	62
IV.9 Tipo de investigación	62
IV.10 tipo de diseño	63
IV.11 Análisis de datos	63

CAPÍTULO V. DESCRIPCIÓN DE DATOS	64
----------------------------------	----

CAPITULO VI. ANÁLISIS DE DATOS	78
--------------------------------	----

CONCLUSIONES	86
--------------	----

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	88
----------------------------	----

SECCION DE APENDICES	90
----------------------	----

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	104
----------------------------	-----

RESUMEN

Se llevó a cabo un estudio no experimental EX POST FACTO de tipo confirmatorio con la finalidad de conocer los factores de personalidad de los adolescentes que padecen diabetes mellitus insulino-dependiente, y saber si estos factores de personalidad eran diferentes a los que se encontraban en los adolescentes sin diabetes. Para dicho efecto se aplicó el Inventario Multifásico de la Personalidad para adolescentes MMPI-A. Se obtuvieron frecuencias y porcentajes con el fin de describir a las muestras; adolescentes con y sin diabetes. Posteriormente se obtuvieron las medias y desviación estándar y finalmente se calculó la T Student con el fin de observar si existían diferencias estadísticamente significativas en las medias de las escalas del Instrumento para los grupos clínico y control.

La muestra se obtuvo de un Hospital de tercer nivel en consulta externa; Instituto Nacional de Pediatría, en el área de Endocrinología, la muestra estuvo compuesta por 33 sujetos de los cuales 21 correspondían al sexo femenino y 12 al sexo masculino.

El grupo control estuvo compuesto por 31 sujetos; 19 del sexo femenino y 12 del sexo masculino, la muestra fue tomada del grupo normativo utilizada por Lucio(1995)

Los resultados indican diferencias estadísticamente significativas en las siguientes escalas clínicas y de validez: INVAR, K, D, Dp, Mf, para el sexo femenino. Y en la escala Hí, para el sexo masculino .

En las escalas de contenido para el sexo femenino, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, mientras que para el sexo masculino se encontraron diferencias en CIN-A

Finalmente en las escalas suplementarias se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la escala A-MAC en el sexo femenino.

Se concluye que existen ciertos factores de personalidad que caracterizan al adolescente diabético, y que el conocerlas puede llegar a implicar una intervención mas precisa con este tipo de pacientes.

INTRODUCCIÓN

Desde tiempos remotos, la personalidad ha sido motivo de tema en las obras muchos autores, a la fecha contamos con varias teorías que han intentado explicarla y se han desarrollado diversos instrumentos para su medición, actualmente la prueba psicométrica mas utilizada en el estudio y medición de la personalidad es el MMPI.

Al observar los constantes cambios a los que se encuentran sujetos los adolescentes así como a las circunstancias a las que se enfrentan, muy diferentes a la de los adultos, se hizo necesario elaborar una prueba exclusiva para adolescentes.

Identificar los factores característicos de personalidad en los adolescentes, es útil para tener un conocimiento mas amplio de la adolescencia. Conocer las factores de personalidad en los adolescentes diabéticos se hace necesario para de esta manera realizar intervenciones adecuadas a su problemática específica.

La diabetes mellitus insulino-dependiente es una enfermedad crónica con una distribución a nivel mundial, la cual requiere ajustarse a un ritmo de vida muy estricto con el fin de evitar complicaciones severas e incluso la muerte. este tipo de diabetes II llegan a presentarse en un bajo porcentaje en los adultos, pero en quien mas frecuentemente se presenta es en niños y adolescentes de ambos sexos.

Los adolescentes con un diagnóstico de diabetes, no solo tienen que enfrentar los cambios y crisis propias de este periodo, sino además los problemas que se pueden presentar como consecuencia de dicho padecimiento como desajustes en el control metabólico, que conllevan a desajustes a nivel emocional, los últimos son tomados en cuenta en muy pocas ocasiones, enfatizando el tratamiento en términos médicos y dejando a un lado los factores de índole emocional.

Por lo tanto es importante que el adolescente con diabetes cuente con una atención multi e interdisciplinaria, que tome en cuenta los aspectos orgánicos que determinan el padecimiento, las repercusiones físicas y el tratamiento farmacológico adecuado, así como los aspectos emocionales de esta manera intentar elevar la calidad de vida de estos pacientes.

Para tal efecto, se hizo necesario conocer algunas característica de personalidad de los adolescentes diabéticos, aplicando el Inventario Multifásico de la Personalidad para Adolescentes.(MMPI-A)

CAPITULO 1. DIABETES MELLITUS

CAPITULO I. DIABETES MELLITUS

I.1. ANTECEDENTES

La diabetes mellitus es una enfermedad conocida desde hace mucho tiempo. En la antigüedad los primeros antecedentes se encontraron en el papiro egipcio de Ebers, con una antigüedad de más de 1500 años A. C., en el que se describió la asociación de la enfermedad con la poliuria (aumento en la secreción de la orina). (Harrison, 1995)

En los escritos médicos chinos se mencionaba un síndrome de olifagia (aumento en la ingestión de alimentos), polidipsia (aumento en la ingestión de líquidos), y poliuria. (Harrison, 1995)

Arateo de Cappadocia (70 A. C.), describió la enfermedad y le dio el nombre de "DIABETES", que en griego quiere decir "Correr a través ", describiéndola en aquella época como una "Enfermedad en que la carne de los miembros se disuelve y se va por la orina", pensando que la causa se encontraba en los riñones. (García, 1988)

Thomas Willis describió la dulzura de la orina diabética como si estuviera impregnada de miel, apellidando al padecimiento con el calificativo de "MELLITUS" (del griego miel) (Harrison, 1995)

A la mitad del siglo XIX y tras varios trabajos experimentales, Claudio Bernad, se orientó hacia el papel del hígado en la regulación de la glucemia. Por esos tiempos, los clínicos desde un punto de vista puramente terapéutico, distinguieron dos tipos de diabetes: la diabetes flaca (Hoy conocida como diabetes tipo I) y la diabetes grasa (conocida actualmente como diabetes tipo II). El segundo tipo de diabetes era beneficiado con el régimen de restricción alimenticia, según los trabajos de Bouchardat, sobre la dieta. En estos trabajos dicho autor descubrió que la cantidad de azúcar en la orina de los diabéticos varía con relación a los alimentos que se consumen. (García, 1988)

En 1866 Etienne Lancereaux, un médico parisiense que trabajaba con diabéticos cuando estos tenían un grado avanzado del padecimiento, declaró que estaba convencido de que la diabetes era consecuencia de un páncreas desordenado. (Saavedra, 1993)

Posteriormente se estableció una asociación entre un disturbio de las células beta en los islotes de las células del páncreas (que producen insulina, entre otras hormonas) y la diabetes. Estos islotes fueron notados por primera vez por Brockman, en su estudio de los peces a principios del siglo XIX, y posteriormente por Paul Langerhans, quién los describió en los mamíferos en 1869 como "racimos de células en el páncreas, como pequeños islotes en un mar de tejido pancreático". Estos ahora son llamados islotes de Langerhans y forman el 1% total del páncreas, (Saavedra, 1993) y que secretan una proteína llamada insulina. (Carrillo, 1989)

En 1889, Von Mering y Minkowski, en Estambul, mediante algunos estudios demostraron que mediante la extirpación del páncreas en el perro, se producía una gran diabetes.(García, 1988). Desde entonces los esfuerzos se orientaron a la extirpación de la sustancia responsable de origen pancreático, dichos esfuerzos lograron su éxito en agosto de 1921, cuando Banting y Best aislaron una sustancia que llamaron insulina. A partir de esa fecha y hasta la actualidad que se han dado grandes avances en el conocimiento de la enfermedad.(Harrison, 1995)

1.2. DEFINICIÓN DE DIABETES

La diabetes mellitus es definida como un síndrome metabólico caracterizado por una elevación excesiva de la glucosa sanguínea (Harrison, 1995), como consecuencia de una cantidad insuficiente de insulina o por una deficiencia en la acción de ésta a nivel celular causado por una mala estructura o por falta de receptores celulares sensibles a la insulina (Saavedra, 1993), junto a un exceso en la producción de hormonas (Polaino, 1994), y que va acompañada de alteraciones en el metabolismo de los lípidos (grasas del cuerpo) y de las proteínas (Harrison, 1995), que además afecta la forma en que el cuerpo aprovecha los alimentos. (Herman, 1993)

1.3. CLASIFICACION DE DIABETES

Los criterios para la clasificación de la diabetes mellitus se han originado como consecuencia de la investigación clínica y epidemiológica, logrando un acuerdo general en dichos criterios y que ha sido aceptado por el Comité de Diabetes Mellitus de la Organización Mundial de la Salud.

1.3.1 DIABETES MELLITUS TIPO I (Insulino-dependiente)

Este tipo de diabetes es caracterizado por una nula producción de insulina (Iñiguez, 1993), debido a la destrucción de las células beta que constituyen el 75% de los islotes de Langerhans, (Pérez, 1995).dichas células se encuentran en el páncreas y son las que producen y secretan insulina (Saavedra, 1993), al ser destruidas dan como resultado una elevación excesiva del nivel de la glucosa sanguínea (Harrison, 1995),

requiriendo para su control de aplicaciones diarias de insulina exógena. (Saavedra, 1993)

Aparece generalmente en niños y adolescentes por lo cual se le ha llamado también diabetes juvenil, aunque ocasionalmente se llega a presentar también en adultos. (Harrison, 1995) (Ver apéndice 1)

Al principio aparecen rápidamente los síntomas como polidipsia (sed intensa), poliuria (orina frecuente), polifagia (exceso en la ingestión de alimentos), pérdida de peso y vigor así como una marcada irritabilidad y con tendencia a desarrollar un alto nivel de cetonas (cetoacidosis). (Buris, 1976)

I.3.2. DIABETES MELLITUS TIPO II (No insulino-dependiente)

Este tipo de diabetes se presenta en adultos generalmente a partir de los 40 años de edad y se caracteriza por una deficiencia parcial en la producción o acción de la insulina, es decir que el páncreas produce insulina pero no en la cantidad y calidad adecuadas. (Saavedra, 1993)

Los pacientes con este tipo de diabetes no necesitan insulina exógena para corregir la hiperglucemia, únicamente requieren control de dieta e hipoglucemiantes orales. (Gutiérrez y Sarur, 1989)

El paciente con diabetes de iniciación durante la edad adulta desarrolla su enfermedad con mayor lentitud. Uno de los síntomas puede ser la pérdida moderada de peso y en raras ocasiones el aumento de éste y solo ocasionalmente produce cetoacidosis diabética. (Harrison, 1995)

I.3.3. DIABETES GESTACIONAL

Este término se refiere al tipo de diabetes que puede presentarse en el embarazo, cuyas mujeres están predispuestas al padecimiento. (con antecedentes familiares de diabetes) (Harrison, 1995)

La hiperglucemia en el embarazo puede ocurrir aproximadamente entre el 2 y el 5 % de todas las mujeres embarazadas, generalmente entre el segundo y tercer trimestres de embarazo, asociado con una mortalidad fetal elevada. (Zárate, 1987)

Esta forma en que se presenta la diabetes persiste rara vez después del parto, pero frecuentemente después de varios años se desarrolla la diabetes permanente. (Harrison, 1995)

I.3.4. DIABETES MELLITUS SECUNDARIA

Esta variedad es rara y se relaciona con defectos en la secreción pancreática de insulina y con interferencias para que ejerza su acción sobre las células, dichas interferencias pueden ser la destrucción pancreática en la que se reduce la secreción de insulina como en los casos de pancreatitis, fibrosis quística, etc., y exceso de hormonas. (Zárate, 1987)

I.3.5. DIABETES TIPO MODY

Es una diabetes no insulino-dependiente, o sea que no requiere del suministro de insulina y se hereda como un rasgo genético dominante, presentándose en niños y jóvenes. Según los hallazgos, la diabetes tipo MODY es causada por la mutación de un gen. (López, 1996)

I.3.6. INTOLERANCIA A LOS HIDRATOS DE CARBONO

Existe un grupo de pacientes que tiene una respuesta a la curva de tolerancia a la glucosa diferente a la normal pero no de la magnitud necesaria para establecer el diagnóstico de diabetes mellitus, y se han clasificado como pacientes con intolerancia a los hidratos de carbono. Antes se les clasificaba como "prediabéticos", pero pronto se abandonó esta terminología puesto que solo el 25% desarrollaban diabetes mellitus tipo II. (Gutiérrez y Sarur, 1989)

Cuando este criterio de intolerancia a los hidratos de carbono se aplica a las mujeres embarazadas, este llega a tener un gran significado clínico, ya que obliga a un tratamiento y un control estricto de la hiperglucemia a fin de evitar la patología tanto obstétrica como fetal. (Zárate, 1987)

I. 4. FISIOPATOLOGIA DE LA DIABETES MELLITUS TIPO I. DEPENDIENTE DE INSULINA.

El páncreas es el encargado de producir, almacenar y liberar insulina, además de producir ciertas enzimas útiles para la conversión de varios alimentos (Carrillo, 1989), así como la producción de glucagón y somatostatina. (Zárate, 1987) (Ver apéndice 2)

Una de las principales funciones del glucagón es el de aumentar el nivel de glucosa sanguínea al ingerir alimentos (Carrillo, 1989), y después de comer la mayoría de los alimentos se transforman en glucosa en el intestino y salen a la sangre la cual transporta la glucosa a las células, donde es transformada en energía y utilizada o almacenada para su posterior utilización. (Iñiguez, 1993) (Ver apéndice 3)

Al entrar el alimento en el tracto digestivo son estimuladas ciertas hormonas y estas estimulan la liberación de insulina desde las células beta. La producción y liberación de insulina depende de la cantidad y el tipo de alimento que se ingiera. (Carrillo, 1989)

De esta manera al producir insulina el páncreas los alimentos son adecuadamente aprovechados por el organismo. (Iñiguez, 1993)
Después de dos horas de haber ingerido alimentos, el nivel de glucosa sanguínea desciende (glicemia), lo que indica que la glucosa ha pasado a las células por efecto de la insulina. (Carrillo, 1989)

La glucosa que no se utiliza como energía, se almacena en el hígado y en los músculos. (Ver apéndice 4). Esta glucosa almacenada se llama GLUCÓGENO, así cuando el hígado ha cubierto su capacidad para almacenar el glucógeno, éste se almacena como grasa, para reserva cuando se presenta una enfermedad o cuando existe demasiada actividad. (Iñiguez, 1993)

En la diabetes mellitus tipo I o insulino-dependiente, comúnmente llamada juvenil, la insulina es destruida por el hígado y el riñón y se excreta por la bilis y la orina. Cuando los niveles de insulina están bajos, se presentan cambios importantes en el organismo, debido a que otras hormonas como el glucagón, cortisona y adrenalina se estimulan y los niveles de glucosa en la sangre se elevan inapropiadamente (Polaino, 1994), originando cansancio, debilidad y una incapacidad para sentirse bien. (Boris, 1976)

Cuando el nivel de glucosa en la sangre es superior a la que el riñón puede retener, esta se elimina por la orina y arrastra con ella grandes cantidades de agua, esto provoca que el individuo orine frecuentemente y en grandes cantidades (poliuria). (Saavedra, 1993)

La pérdida de agua por la orina hace que disminuya el agua total del organismo. Esta deshidratación se traduce en sed intensa (polidipsia). (Carrillo, 1989)

Debido a la falta de insulina o a la deficiencia en la acción de esta, el azúcar de la glucosa no puede entrar a la célula para convertirse en energía, es por esto la persona tiene la sensación de hambre a pesar de tener grandes cantidades de glucosa circulando por todo el cuerpo, lo que da como resultado el exceso en la ingestión de alimentos (polifagia). (Saavedra, 1993)

Al no poder el organismo aprovechar el azúcar, empieza a degradar las proteínas y las grasas de reserva para obtener de ellas energía y de esta forma las personas pierden peso a pesar de comer mucho. (Saavedra, 1993)

1.5. ETIOLOGIA

En la actualidad existen datos referentes a la fuerte implicación de los factores de tipo inmunológico, como la diabetes mellitus tipo I, donde se puede revestir temporalmente si se modifica la respuesta inmune con la administración de fármacos. (Zárate, 1987)
Aunque todavía se ignora el modo en que estos factores inmunológicos intervienen en la destrucción de las células beta del páncreas. (Polaino, 1994)

Por otra parte existe un total acuerdo en que en la etiología de la diabetes participan muy variados factores, como los ambientales, hormonales, hereditarios, etc. (Carrillo, 1989)

1.6. FACTORES DE RIESGO

Además de los factores etiológicos que predisponen al individuo a padecer diabetes, existen factores que multiplican el riesgo no solo de padecer diabetes sino además de sufrir las numerosas complicaciones que esta enfermedad conlleva. (Polaino, 1994)

La excesiva tensión nerviosa o emociones desagradables como la tristeza, depresión y angustia, actúan de manera desfavorable sobre las glándulas de secreción interna, las cuales intervienen de un modo directo y decisivo sobre el aprovechamiento de los azúcares por parte del organismo. (Gutiérrez y Sarur, 1989)

Las personas que comen en exceso y/o comida chatarra, generalmente son obesas, y esto puede conducir a la diabetes, sea por un predominio de grasas y azúcares, por debilitamiento del hígado debido a las sustancias perturbadoras, o bien por el agotamiento del páncreas el cual no puede producir la insulina necesaria. (Gutiérrez y Sarur, 1989)

El consumo de alcohol es otro factor de riesgo que puede desencadenar la diabetes y/o sus complicaciones mediante los siguientes mecanismos:

- Por la acción directa del alcohol sobre las glándulas de secreción interna, en especial el páncreas.
- También por una disminución de la combustión de grasas pero en cambio una mayor combustión de alcohol.
- Debido a arteriosclerosis o endurecimiento de las arterias.

1.7. DIAGNOSTICO DE LA DIABETES

Anteriormente la curva de tolerancia a la glucosa constituía el fundamento para llevar a cabo el diagnóstico de la diabetes mellitus, pero ahora se ha dificultado porque la prueba tiene factores que pueden alterar los resultados de la curva de tolerancia a la glucosa por vía bucal independientemente de la presencia de diabetes mellitus. Dichos factores son:

- a) Estrés
- b) Enfermedad
- c) Inactividad física
- d) Dieta hipocalórica o deficiente en hidratos de carbono
- e) Uso crónico de fármacos
- f) Envejecimiento

¹Fuente: Harrison, 1995

Aún en los casos en que la curva de tolerancia a la glucosa se realiza con todos los requisitos, solo del 15 al 25% de los pacientes que tienen "anormalidades" llegan a desarrollar diabetes "clínica" en el futuro. (Zárate, 1987)

Con frecuencia el diagnóstico de diabetes mellitus es sugerido por antecedentes de polidipsia, poliuria, polifagia y pérdida de peso. La sospecha clínica se confirma al encontrar glucosa en la sangre. (Harrison, 1995). El dato de glucosa sanguínea se obtiene tras ayuno de doce horas por el método de la glucosa oxidasa, que oscila entre 70 y 115 mg %. (Polaino, 1994). Si además la hiperglucemia se acompaña de glucosuria y cetonuria, el diagnóstico de diabetes se confirma. (Harrison, 1995)

Según Zárate (1987), el criterio para el diagnóstico de la diabetes mellitus, se apoya en tres criterios esenciales: 1) Cuadro clínico. b) Glucemia en ayuno. c) Prueba de tolerancia a la glucosa. (Zárate, 1987)

La glucemia en ayuno se juzga a partir de cifras normales, las cuales se muestran en la siguiente tabla:

POBLACION	GLUCEMIA EN AYUNAS
ADULTOS. Hombres y mujeres no embarazadas.	115 mg./dl
NIÑOS Y ADOLESCENTES	130mg./dl.
MUJERES EMBARAZADAS	105 mg./dl.

En: Gutiérrez y Sarur, 1989

Las respuestas normales a la prueba de tolerancia a la glucosa(curva de glucemia) empleando una dosis de 75g. de glucosa por vía oral son:

TIEMPO(en minutos)	GLUCEMIA NORMAL ESPERADA
0 min.	110mg/dl.
30 min.	200 mg/dl
60 min.	200 mg/dl
120 min.	140 mg/dl

En niños se administra una dosis de glucosa que se calcula a razón de 1.75 g. Por kilo de peso ideal, con una dosis máxima de 75 g.. Así la respuesta normal es considerada de la siguiente manera:

TIEMPO(en minutos)	GLUCEMIA NORMAL ESPERADA
0 min.	200 mg/dl
30 min.	200 mg./dl
60 min.	200 mg /dl
120min.	200 mg/dl

3

2 Hammon, 1995

3 Gutiérrez y Sarur, 1989

Para que se interprete correctamente la glucemia en ayuno y la respuesta de tolerancia a la glucosa se deben reunir las siguientes condiciones:

1.- La glucemia en ayuno debe corresponder a diez o doce horas de ayuno y se toma la muestra de sangre después de que el paciente haya descansado unos minutos y se adapte a las condiciones ambientales.

2.-La prueba de tolerancia a la glucosa ofrece resultados confiables cuando el paciente haya sido sometido a una dieta que contenga 150g. de hidratos de carbono durante los tres días previos a la prueba.

3.- Las muestras de sangre se empiezan a tomar a partir del momento en que el paciente ingiere glucosa y se repiten cada 30 minutos hasta completar dos horas. (Zárate, 1987)

Además de los puntos antes mencionados, existen otros indicadores para establecer el diagnóstico de la diabetes, tales indicadores son:

-Cetonuria que es la presencia de cuerpos cetónicos en la orina. Dicha evaluación debe emplearse también en el seguimiento del propio paciente para detectar si su padecimiento está bien o mal controlado.

-Hemoglobina glucocilada, que permite una evaluación mas rigurosa de la concentración de glucosa en la sangre a través del tiempo, la cual se produce por una glucooxidación postransaccional de la hemoglobina. Así la existencia de hemoglobina apoya la hipótesis de que ciertos efectos secundarios de la diabetes pueden ser debidos a la modificación postransaccional de las proteínas, lo que podría corregirse con la eliminación de las hiperglucemias. (Polaino, 1994)

Brink (1985), consideró como un valor normal de glucemia cuando la hemoglobina glucocilada es inferior al 7.6%. (Harrison, 1995)

En 1982, Santiago menciona que en los laboratorios de la Universidad de Washington, establecieron un rango del 4 a 8% de hemoglobina glucocilada en personas normales, del 8 al 10% en diabéticos tipo I con "buen" control metabólico y del 10 al 14% en pacientes diabéticos con un "pobre" control. (Polaino, 1994)

1.8. TRATAMIENTO DE LA DIABETES

El control de la diabetes mellitus pretende que el niño o el joven sea semejante al del no diabético en su desarrollo físico emocional, en su capacidad intelectual y actividad en la sociedad en que vive, esto puede llegar a lograrse a través de una adherencia terapéutica a través de la cual el paciente ha de llevar a cabo adecuadamente las indicaciones y prescripciones que su médico le dé para en manejo de su enfermedad. (Carrillo, 1989)

Según Gutiérrez y Sarur (1989) los objetivos del tratamiento son:

- a) Controlar la hiperglucemia,
- b) Aportar al organismo los nutrimentos necesarios
- c) Prevenir el desarrollo de las complicaciones comunes.
- d) Lograr y mantener el peso ideal.

Los recursos para lograr los objetivos antes mencionados son la dieta, el ejercicio físico y la administración de insulina. (Gutiérrez y Sarur, 1989)

I.8.1. DIETA

El consumo de una alimentación apropiada que sea estricta en horario, cantidad y tipo de alimentación conlleva a un buen control de la hiperglucemia, generalmente las tomas de alimento son tres veces al día mas una colación entre comidas. El tomar los alimentos mas tarde de lo acostumbrado puede conducir a una hipoglucemia(baja en el azúcar de la sangre), y el exceso de comida o de carbohidratos favorece la aparición de síntomas cetoacidóticos. (Carrillo, 1989)

Para Harrison (1995), las consideraciones necesarias para planear la dieta de los diabéticos, están determinados por la edad, la ocupación del paciente y el peso ideal. El peso deseado se calcula teniendo en cuenta la altura y la complexión.

I.8.1.1. REQUERIMIENTOS CALÓRICOS

Para un cálculo aproximado del requerimiento calórico básico, se multiplica el peso ideal por 2.2. (Harrison,1995)

I.8.1.2. HIDRATOS DE CARBONO

Con el fin de evitar la cetoacidosis es necesario un mínimo de 2g. por kg. De peso corporal. Este requerimiento mínimo debe aumentarse la ocupación del paciente la hace necesario o durante el período de crecimiento de los niños. El control de la diabetes será mas sencillo con un mayor número de comidas que contengan cantidades de hidratos de carbono en tres comidas abundantes. En particular pacientes diabéticos que están recibiendo insulina o agentes hipoglucemiantes por vía bucal.(Harrison, 1995)

I. 8.1.3. PROTEÍNAS

Los pacientes diabéticos deben ingerir un mínimo de 1g. por kg. de peso, cantidad que debe aumentarse durante el embarazo y en la niñez. (Gutiérrez y Sarur. 1989)

I.8.1.4. GRASAS

La cantidad de grasa prescrita se calcula restando las calorías suministradas por los hidratos de carbono y las proteínas del requerimiento calórico total. Aunque la grasa

puede metabolizarse con la influencia directa de la insulina, la grasa de la dieta, junto con otros factores, como la disminución de actividad física, parece desempeñar un papel importante en la patogénesis de la arteriosclerosis, por lo que la ingestión de la grasa debe mantenerse a niveles mínimos. (Harrison, 1995)

En general los menús de los diabéticos deben hacerse en base a un equilibrio de 50% de carbohidratos, 20% de proteínas y 30% de grasas. (Robles, 1993)

1.8.2. TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

El tratamiento farmacológico de los pacientes con diabetes mellitus, cuentan con dos alternativas que son los hipoglucemiantes orales y la insulina. (Gutiérrez y Sarur, 1989)

Los agentes hipoglucemiantes por vía oral son administrados para el tratamiento de la diabetes tipo II, no insulino-dependiente. Ninguno de los hipoglucemiantes por vía oral son insulina, ni se le puede remplazar a esta en la cetoacidosis diabética. (Harrison, 1995)

La insulina es una hormona secretada por el páncreas y su función es permitir que la glucosa sanguínea entre a las células y se convierta en energía. (Saavedra, 1993)

El uso de insulina está claramente indicado para el paciente juvenil con diabetes mellitus tipo I, y en los pacientes con diabetes de tipo adulto en quienes la dieta y los hipoglucemiantes orales no han resultado insuficientes para mantener concentraciones satisfactorias de glucosa sanguínea. (Harrison, 1995)

La insulina que se utiliza en el manejo de la diabetes, se extrae del páncreas de distintos animales, especialmente del cerdo y del ganado bovino, aunque los continuos progresos en biología molecular en el cultivo de células y en la manipulación genética, han logrado producir fermentaciones que producen insulina. La hormona producida es química, física e inmunológicamente semejante a la insulina humana. (Carrillo, 1989)

La administración de insulina debe ser diaria y regulada por un médico y la carencia de esta lleva a la cetoacidosis y el exceso de insulina a un ataque hipoglucémico. (Carrillo, 1989)

La insulina puede disminuir la glucemia por medio de tres mecanismos fundamentales:

Aumento de la captación y el metabolismo de la glucosa por los tejidos periféricos, suprime

la producción hepática de glucosa y promueve el almacenamiento de energía en forma de tejido adiposo. (Gutiérrez y Sarur, 1989)

Las preparaciones de insulina más utilizadas son la de acción intermedia y la rápida tanto de origen bovino como porcino. (Díaz, 1993)

La cantidad y el tipo de insulina que se necesita para regular el metabolismo varía de unos pacientes a otros, y se han clasificado en función de mayor o menor rapidez con que comienza a efectuar su acción; rápida, intermedia y prolongada. (Polaino, 1994)

Para la elección del tipo de insulina a utilizar, se siguen los criterios que a continuación se presentan.

- 1) La insulina rápida es mejor para el tratamiento de urgencia como en el caso de cetoacidosis diabética, o para lograr el control en ayunas del paciente con hiperglucemia grave, se emplea también para el uso diario en combinación con la insulina intermedia con el fin de obtener una acción más rápida.
- 2) Las insulinas intermedias en una sola dosis inyectada antes del desayuno, logran el control de la mayoría de los diabéticos. La dosificación será ajustada teniendo en cuenta los valores de la glucosa sanguínea a media mañana, a media tarde y en ayunas.
- 3) El empleo de insulina de acción prolongada se aplica con la esperanza de establecer el control con una sola inyección por la mañana, pero no ha dado los resultados esperados. (Harrison, 1995)

El presente cuadro muestra la acción de la insulina:

ACCION	INSULINA	DURACION DE LA ACCION (hrs)
Rápida	Cristalina cinc (regular)	6
Intemedia	NPH	24
Prolongada	Ultralenta	36

En la práctica es útil determinar los niveles de glucemia durante las horas críticas del día con objeto de ajustar la dosis de insulina de acuerdo a las necesidades del paciente. Esto puede hacerse cuantitativamente mediante la estimación de la glucosuria y semicuantitativamente con tiras reactivas (método calorímetro, destroxix). (Gutiérrez y Sarur, 1989)

En cuanto a la administración de la insulina, ésta debe hacerse por vía subcutánea, puesto que se degrada cuando se hace por vía digestiva. (Polaino, 1994)

Zinman (1993), menciona que al analizar la vía de administración subcutánea de la insulina, varios estudios han demostrado que son numerosas las variables que influyen sobre la absorción de la insulina como: (Ver apéndice

5)

- El sitio de inyección
- Profundidad de la inyección
- Especie de insulina
- Dosis de insulina
- Ejercicio

1.8.3. EJERCICIO FISICO

La actividad física en el diabético es necesaria para el metabolismo del azúcar y su ausencia favorece la hiperglucemia, y el exceso la hipoglucemia. (Carrillo, 1989)

Al comenzar a practicar el ejercicio de manera controlada, disminuye la reserva de glucógeno muscular, disminuyendo la glucosa en la sangre y posteriormente el glucógeno del hígado se transforma en glucosa y pasa a la sangre para mantener constante el nivel de glucemia. Y al día siguiente de haber realizado ejercicio físico, el organismo tolera mejor el ingreso de carbohidratos (para compensar y restituir la glucosa quemada el día anterior), lo que significa que con la misma dieta e igual cantidad de insulina, la glucemia es mas baja. (Polaino, 1994)

1.8.4. CONTROL MEDICO

El paciente diabético requiere de análisis diarios de orina, para determinar la glucosuria y saber el requerimiento de insulina, así como para detectar la presencia de cuerpos cetónicos. Así mismo debe llevar a cabo análisis periódicos de sangre para determinar el nivel de azúcar en la sangre. (Zinman, 1993)

I. 8.5. EDUCACION

En los programas de educación para diabéticos se atiende al conocimiento y al manejo de la dieta y la insulina, así como a la detección precoz de los síntomas indicativos de las complicaciones agudas y la ejecución del ejercicio físico diario. (Polaino, 1994)

I. 9. COMPLICACIONES

HIIPOGLUCEMIA

En la diabetes tipo I, son mas frecuentes las complicaciones a corto plazo que a largo plazo. Entre las principales complicaciones se encuentran las crisis hipoglucémicas o baja en el nivel de azúcar en la sangre. (Polaino, 1994)

La hipoglucemia puede ser ocasionada por errores en la administración de insulina (llamada en algunas ocasiones shock insulínico, y en otras ocasiones debido a la falta de alimentos o exceso de ejercicio físico. (Gutiérrez y Sarur, 1989)

Solano (1988), refiere que algunas veces la hipoglucemia no solo es resultado de errores en la administración de la insulina sino una deficiencia en los mecanismos contrarreguladores que rescatan espontáneamente al organismo de una baja en el nivel de azúcar en la sangre. De esta manera la hipoglucemia es la complicación mas frecuente y temida del tratamiento, lo cual no significa desde luego, que deba abandonarse la insulina, sino simplemente debe saberse utilizar.

Por lo tanto la baja en el nivel de azúcar en la sangre o hipoglucemia, puede ocurrir cuando el paciente deja de tomar alguna de las comidas a la hora indicada o la colación correspondiente, al dejar pasar mas de seis horas sin tomar alimentos, al aplicarse mas insulina de la necesaria, al hacer ejercicio al que no se esté acostumbrado o bien a la ingestión de bebidas alcohólicas, pues éstas potencializan el efecto de la insulina. (Polaino, 1994)

HIPERGLUCEMIA

Los síntomas de la hipoglucemia son hambre repentina con una sensación de vacío en el estómago, mareo, debilidad, sudoración, cefaleas, temblor, palpitaciones, sueño, visión borrosa, falta de coordinación en las ideas y pérdida de conciencia. (Saavedra, 1993)

Otra complicación que se presenta con frecuencia en la diabetes mellitus tipo I es la hiperglucemia, que es la concentración de glucosa en la sangre, por encima de 140mg %, que puede ser causada por una mala práctica en la técnica de inyección, cambios inadecuados de insulina, transgresiones en la dieta, etc. Las hiperglucemias sostenidas manifiestan el estado de descompensación en que se encuentra el paciente y que puede llegar a ser muy grave por sus enormes repercusiones metabólicas en todo el organismo como conducir a la cetosis o cetoacidosis. (Polaino, 1994)

Cuando la glucosa en la sangre es muy alta y no hay insulina, el cuerpo empieza a utilizar las grasas y el hígado las va convirtiendo en cetonas. La acetona o cetona, aparece en la orina y en la sangre provocando un tipo de intoxicación que se llama cetoacidosis o coma diabético. (Iñiguez, 1993)

Inmediatamente después de la cetoacidosis aparecen síntomas como la polidipsia, glucosuria, poliuria. La pérdida de agua genera deshidratación intra y extracelular que trae como consecuencia hipotensión arterial, trastornos de conciencia y shock. (Polaino, 1994)

COMPLICACIONES A LARGO PLAZO

La diabetes mellitus tipo I y tipo II, se asocia a las complicaciones agudas como la hiperglucemia y la hipoglucemia, pero además existen complicaciones a largo plazo (tardías), que son responsables de invalidez (ceguera, amputaciones) y de muerte temprana. (Pérez, 1995)

Entre las complicaciones más frecuentes a largo plazo se encuentra la retinopatía, la nefropatía y la neuropatía. (Lozano, 1994)

RETINOPATIA DIABETICA (Complicaciones en los ojos)

La cuarta parte de las personas con diabetes tipo I y el 20-30% de las personas con diabetes tipo II, desarrollan daño ocular grave, después de 15 años de padecer diabetes. Este tipo de lesión ocular es una de las causas principales de ceguera. (Pérez, 1995)

NEFROPATIA DIABETICA (Complicación en los riñones)

Las lesiones en los pequeños vasos sanguíneos de los riñones dan lugar a la pérdida progresiva de su función de filtrar y eliminar los productos tóxicos del organismo, originando insuficiencia renal crónica, que es una de las principales causas de muerte temprana, principalmente en personas con diabetes mellitus tipo I. (Pérez, 1995)

NEUROPATIA (Complicaciones de los nervios)

Es otra de las complicaciones más frecuentes en las personas con diabetes mellitus, que afecta a las fibras nerviosas periféricas, es decir de los nervios de los brazos, piernas, pies, manos, cabeza, etc., dando lugar a trastornos en la movilidad (debilidad muscular), en la sensibilidad (pérdida de sensación al tacto, al dolor, a la presión, al calor) o bien a manifestarse dolor intenso en los pies o piernas, de predominio nocturno, así como hormigueos y calambres. (Pérez, 1995)

CAPITULO II. ADOLESCENCIA

CAPITULO. II. ADOLESCENCIA

II.1.DEFINICION DE ADOLESCENCIA

Existen numerosas publicaciones de estudios sobre el conocimiento y educación de los adolescentes, y aunque se ha dado un considerable avance en el descubrimiento del mundo y conducta del adolescente, aún queda mucho por descubrir.

Para aclarar el concepto que caracteriza la adolescencia, es necesario precisar su significación etimológica: la palabra adolescencia procede del verbo latino "adolescere", que significa crecer, desarrollarse. Por lo tanto el fenómeno característico son los cambios morfológicos y funcionales del proceso de crecimiento, lo cual va a decidir el tipo somático, que le acerca a la tipología definitiva adulta. (Ballesteros, 1980)

La adolescencia es una etapa de transición y de cambios en la cual finaliza la infancia y es una prelude para la adultez, por ello en esa etapa existe incertidumbre y desesperación ya que se desprenden las ligaduras con los padres y además surgen sueños y esperanzas para el futuro. (Fitzgerald, 1982)

El inicio de la adolescencia se lleva a cabo entre los 11 o 12 años de edad y se desarrolla mediante fenómenos puberales que se presentan entre los 12 a los 16 años de edad en la mujer y entre los 18 a 20 años de edad en el hombre. (Fitzgerald, 1982)

Mc Kinney considera adolescente a toda persona entre los 13 y 19 años de edad. (Saavedra, 1993)

Por otra parte Aberastury (1978) menciona que la adolescencia es el momento crucial en la vida de todo hombre y constituye una etapa decisiva de un proceso de desprendimiento.

Otra forma de entender la adolescencia, es verla desde un punto de vista integral, debe ser considerada bajo condiciones culturales y tiempos históricos, los cuales están en constante cambio.

Algunos aspectos de la adolescencia se han mantenido relativamente constantes a través del tiempo, pero otros han cambiado en forma radical de generación en generación. El adolescente de hoy no es igual al de ayer y al de mañana. Los adolescentes son producto de su época y su cultura, así como de su pasado y presente psicológicos y su ambiente físico, por lo que sus preocupaciones tendrán un comportamiento característico de la raza que proviene. (Horrocks, 1986)

En los pueblos primitivos y salvajes, los ritos que acompañaban la iniciación de la pubertad eran casi universales. Los hombres de las tribus se dividían en cuatro grupos: los niños que no habían alcanzado la pubertad y vivían con las mujeres y niñas; los jóvenes solteros; los adultos con deberes y responsabilidades; y los ancianos (sabios) que dirigían los asuntos de la tribu. (Horrocks, 1986)

En algunos pueblos primitivos, el niño al llegar a la pubertad, era iniciado en los secretos, leyes, costumbres y ritos de la tribu; mas adelante se casaban y se convertían en hombres maduros.

Los ritos de iniciación eran generalmente muy impresionantes y a menudo duraban varios meses. La iniciación comprendía frecuentemente pruebas difíciles o dolorosas mutilaciones. Así entre algunos australianos, el novicio perdía uno o varios dientes, aún cuando se necesitaran muchos golpes para arrancarlos. Por otra parte los ritos de iniciación de las niñas de ciertas tribus de indios norteamericanos consistía en aislarlas durante uno o seis meses y solo se les permitía salir acompañadas de su madre ya entrada la noche. A los niños les confinaba durante semanas con una alimentación escasa y repugnante. (Brooks, 1959)

Entre algunas tribus brasileñas, las niñas eran encerradas durante un mes y alimentadas con pan y agua; luego se les conducía a la presencia de sus parientes y amigos quienes la apaleaban hasta hacerle perder el sentido. En ocasiones la ceremonia solía causar la muerte de la niña. (Brooks, 1959)

Palmer (1884), describió la educación moral de los adolescentes de las tribus de Nueva Gales del Sur, donde cada muchacho era tomado a cargo por uno de los ancianos quien todas las noches lo instruía sobre sus deberes y normas que regirán su conducta a través de la vida, consejos dados en forma tan afectuosa, paternal y emotiva que a menudo enternecían el corazón del joven y le arrancan las lágrimas. (En Brooks, 1959)

Entre los romanos los muchachos de 14 años vestían una toga virilis , poco después se le armaba como caballero y se reunía con los hombres. (Brooks, 1959)

Los ritos de iniciación antiguamente, en diferentes lugares constituían partes importante de la educación primitiva y aparatosa de los adolescentes. Por medio de ellos se les inculcaban virtudes como la obediencia a los jefes de la tribu, emancipación del dominio maternal, valentía en la guerra, observancia de las costumbres y el código moral de la tribu así como generosidad hacia la comunidad. (Horrocks, 1986)

De acuerdo a Horrock (1986 , el adolescente actual tiene muchas características en común con sus predecesores y solo se han agregado algunos elementos nuevos como el de tener un papel mas central en los asuntos del adulto, su opinión se toma en cuenta, además tienen mucha participación en los en los acontecimientos de la vida diaria. Uno de los signos del nuevo papel del adolescente es que en muchos países se ha reducido a 18 años la edad requerida para tener derecho al voto, pero sobre todo, el adolescente actual crece en un período de transición que es caracterizado por gran incertidumbre, debido a esto, los adultos a menudo son incapaces de guiarlos en cuanto a los valores del presente, o de proporcionara una trayectoria aceptable hacia el futuro. La cultura parece ofrecer contradicciones las cuales rutinariamente llaman la atención de los jóvenes, quienes actúan como reflejo de la incertidumbre de los adultos.

Desde el punto de vista biológico, algunos autores intentan precisar al inicio de la "pubertad" cuyo significado es, edad viril. Otro término asociado a la pubertad es el adolescencia como tal a la pubertad, cuya etimología de la palabra se deriva del latín de pubescencia del latín "pubescere", cuyo significado es cubrirse de vello, este concepto se refiere al período previo a la pubertad durante la cual aparece el proceso de maduración fisiológica de las funciones reproductoras. (Solís, 1981)

Por lo tanto la pubertad está caracterizada por la maduración fisiológica anatómica y funcional de los órganos sexuales, lo cual conlleva a un reacondicionamiento hormonal. (Schneider, 1974)

En las glándulas del sistema endócrino se producen transformaciones que participan en la sexualidad del adolescente, dichas glándulas son la pituitaria y las gónadas o glándulas sexuales. (Ballesteros, 1980)

La glándula pituitaria o hipófisis se encuentra en la base del cerebro y se divide en tres partes; lóbulo anterior, intermedio y posterior. El lóbulo anterior segrega seis las gónadas. Los efectos de la producción de hormonas gonadales promueven el desarrollo hormonas, tres de ellas se llaman hormonas gonadotrópicas ya que estimulan la actividad de de las características sexuales primarias (aquellas que hacen la diferencia entre hombres y mujeres, pene y vagina respectivamente), y de las

características sexuales secundaria como son el vello púbico, axilar y facial, así como la voz grave en el hombre. (Fitzgerald, 1982)

Estos caracteres sexuales secundarios para la diferenciación de sexos y son los elementos de atracción sexual. (Ballesteros, 1980)

Los cambios físicos en la adolescencia como el aumento de estatura, el desarrollo de los órganos sexuales y los impulsos sexuales, pueden ser cambios que provoquen desajuste emocional. Estas transformaciones influyen en las manifestaciones psicológicas, en su conducta y en sus relaciones sociales, familiares, escolares y ocupacionales, así como en la calidad de su vida afectiva. (Blos, 1980)

Los cambios que surgen en el adolescente pueden llevar a que este se cuestione sobre cual debería ser su aspecto normal para poder pertenecer a determinado grupo y para ello utilizan adornos en la cabeza, plataformas para los zapatos, etc. (Fitzgerald, 1982)

Para sentirse aceptados tratan de llamar la atención aunque sea a costa de la buena opinión ajena, por esos la extravagancia en sus ropas. (Ballesteros, 1980)

Por lo anterior en el adolescente existen un conjunto de intentos por ajustarse a la pubertad la cual está compuesta de un grupo de factores internos y externos que confrontan al individuo para lo cual evoca todos los modos de excitación, tensión, gratificación y defensa que jugaron un papel importante durante el desarrollo psicosexual de la infancia. (Blos, 1980)

Los registros escritos de interés sobre la adolescencia se remontan hasta los primeros días de la historia escrita. Los mejores escritos sistemáticos fueron realizados principalmente por filósofos, educadores y otras personas interesadas en el comportamiento de dichos adolescentes. Ejemplo de ellos son Aristóteles, Platón, Francke, Froebel, Rousseau y Pestalozzi. Algunas discusiones eran especulativas pero otras representan un intento por ofrecer un punto de vista estructurado y general. (Horrock, 1986)

En el siglo XVII, Francke dio una conferencia en la Universidad de Leipzig acerca de la educación de los niños y púberes De informatione aetatis puerilis et pubescentis. (Horrocks, 1986)

En Emilio, Rousseau describió los eventos del periodo comprendido entre los 12 y 15 años de edad que llamó "edad de la razón". Observó que la llegada de la pubertad es el suceso mas crítico en la secuencia del desarrollo y propuso una serie de periodos del desarrollo bien definidos. (Horrocks, 1986). Asimismo Rousseau dio paso a su filosofía de la educación en la que considera prolongar el periodo de la juventud para que los

adolescentes puedan desarrollarse plenamente y logren encontrarse a sí mismos. (Solís, 1981)

Pestalozzi, estaba interesado en las capacidades intelectuales de los jóvenes y enfocó el asunto de manera muy directa, en su filosofía postulaba la destreza y la habilidad manual a fin de que pudiera lograrse la satisfacción de necesidad un trabajo de disminuir el lapso entre el pensamiento y la acción y destacaba la importancia de educar la bien realizado. Uno de los resultados de esta filosofía, es su aplicación en los Estados Unidos, donde se observa el interés en los cursos y talleres de capacitación manual en las escuelas secundarias. (Horrocks, 1986)

William Dilthey interesado también en le tema, es uno de los primeros en utilizar el término "generación", refiriéndose a un número de individuos que forman una unidad homogénea por haber experimentado los mismos cambios y hechos en un periodo susceptible de sus vidas. Así aparece en forma inmediata un enfoque de las divergencias y brechas generacionales en el sentido que los adolescentes reaccionan de una manera diferente a la de los adultos ante factores culturales vigentes en la sociedad. Home, dentro de esta concepción. Afirmaba que la existencia humana estaba condicionada por el cambio de las fechas de la vida. (Solís, 1981)

Herbet constituyó un puente real entre las discusiones especulativas de sus predecesores y la de la Psicología que surgiría mas adelante, puesto que recibió la influencia de Wundt y Fechner. Herbert consideró que la ontogénesis es una recapitulación de la etapas tanto fologenéticas como culturales del desarrollo era humano. Mencionaba que el periodo comprendido entre los 10 a 17 años de edad es el de mayor susceptibilidad a la enseñanza, concepto no muy aceptado actualmente, sin embargo, lleva implícito el concepto de desarrollo de la capacidad intelectual, propuesto un siglo después por Binet y sus seguidores. De esta manera los planteamientos de Herbert influyeron en el pensamiento de Hall y otros psicólogos a fines del siglo XIX.(Horrock, 1986)

En sus escritos sobre el desarrollo, Hall resumió en términos psicológicos los conceptos esenciales de Darwin. Hall sostenía que la evolución del desarrollo de la especie humana se basaba en la estructura genética de cada individuo y que el crecimiento y el recapitulación desarrollo, desde la concepción hasta la madurez, era solo un despliegue secuencial de las etapas por las que la humanidad había pasado en su evolución desde o las formas inferiores. Hall resumió su propio pensamiento en una extensa investigación sobre la adolescencia en una obra de dos volúmenes de 1375 páginas, publicada en 1904 "La adolescencia" , donde estableció el patrón de pensamiento acerca del adolescente para el siguiente cuarto de siglo. (Horrock, 1986)

En la literatura de todas la épocas se refleja la percepción de la adolescencia como un periodo definido del desarrollo del individuo; tanto que parece que el comienzo de la

adolescencia ha sido considerado en muchas partes y desde la antigüedad como una nueva etapa de la evolución del hombre. (Broock, 1959)

Los pueblos primitivos con sus ritos destacaban la separación entre la niñez y la juventud. Después de cumplidos los ritos, el niño(a) se convertía en una persona nueva. Esta idea ha tenido aceptación casi universal. Muchas personas en los pueblos civilizados actuales consideran que la adolescencia marca una nueva etapa que constituye el nacimiento de una nueva personalidad. (Boocks, 1959)

En 1904 Hall describió a la adolescencia como un período característico de *Sturm und Drang* (tormenta y angustia), en términos de la teoría de la recapitulación (concepto darwiniano de la evolución biológica), la adolescencia corresponde según este autor, a una época en que la raza humana se hallaba en una etapa de turbulencia y transición. Así Hall percibía la vida emotiva del adolescente como una fluctuación entre varias tendencias contradictorias, en esta circunstancia, el adolescente necesita soledad y aislamiento y a la vez necesidad de integrarse a un grupo social. (Muuss, 1978)

La teoría evolutiva de recapitulación de Hall y la teoría psicoanalítica de Freud, tienen la idea en común de considerar a la adolescencia como un período filogenético, pero Freud sostiene además que el individuo repite experiencias anteriores en su desarrollo psicosexual. (Muuss, 1978)

Freud menciona que la etapa oral está caracterizada por la estimulación de la zona bucal. En la etapa anal, la estimulación se encuentra en la retención y expulsión de las heces fecales, y en la etapa fálica los órganos genitales son la fuente de excitación. Hall dice que existe un período de latencia mencionado por Freud que dura aproximadamente de los 5 a los 12 años de edad, durante el cual el superego que son los principios morales de las figuras parentales, hechos propios, logran mantener bajo control los impulsos agresivos y sexuales. Al final de este período se manifiesta una gran intensificación del instinto sexual aunado a los cambios fisiológicos. De acuerdo a la teoría freudiana el llamado *Sturm und Drang*, cuya característica principal es la agitación emocional, se advierte durante la adolescencia. (Fitzgerald, 1982)

Ana Freud, postuló en 1958 que los adolescentes que no demuestran rasgos turbulentos de ajuste o adaptación estaban en riesgo de desarrollar serios síntomas psicopatológicos en la edad adulta y menciona al respecto "el mantener el equilibrio estable durante el proceso de la adolescencia es un sí mismo anormal.

La postura de A. Freud sobre el desarrollo del adolescente puede ser mejor ilustrada por la siguiente cita: "considero que es normal para un adolescente comportarse por un considerable lapso de tiempo de una manera inconsistente e impredecible; luchar en contra de sus impulsos y aceptarlos, evitarlos exitosamente y ser sobrepasado por ellos; amar y odiar a sus padres; rebelarse contra de ellos y depender de ellos; estar

profundamente avergonzados de considerar a su madre antes que a otros e inesperadamente, desear platicar de corazón a corazón con ella; prosperar en la imitación e identificación con otros mientras incesantemente busca su identidad; ser mas idealista, artístico, generoso, sin egoísmo, pero también centrado en sí mismo, egoista y calculador.. Tales fluctuaciones entre extremos opuestos podrían ser considerados altamente anormales en cualquier etapa de la vida. En este periodo ellos no pueden significar mas que la estructura de una personalidad adulta, toma mucho tiempo para emerger el Yo del individuo." (En Archer, 1992)

Benedict en 1938, interpreta el Sturm und Drang de la adolescencia como el resultado de la discontinuidad en la educación, ya que para ser adolescente, se tienen que hacer a un lado las cosas que se han aprendido en la niñez y es lo que da origen a la lucha del adolescente. (Fitzgerald, 1982)

Considera Ballesteros (1980), que el carácter del adolescentes se muestra con extrema susceptibilidad, se vuelve ególatra y adquiere una superestimación de su propio valor pero así solo pretende ocultar su inseguridad. Otra actitud que pueden tomar es el retraimiento debido a la preocupación por perder la estimación de los demás.

Los afanes de independencia de los adolescentes, cuando son coartados en el hogar, estimulan el temperamento agresivo y puede dar como resultado la huida o bien elegir la formación de pandillas para poner a prueba su vitalidad. Las transformaciones orgánicas y funcionales y la necesidad de incorporarse a nuevas formas de vida, hacen inevitable una serie de desajustes que se exteriorizan mediante fenómenos de inadaptación de la conducta, como la deserción escolar, prostitución y formación de palomillas que conllevan a la delincuencia (agresión contra la sociedad). Otra manifestación de dicha inadaptación es el suicidio (agresión contra la propia persona)

Erikson(1969) sugiere que el concepto de adolescencia es aquel en el que el individuo lucha entre su identidad y su pérdida de identidad, debido a los cambios fisiológicos aunados a un rápido crecimiento. La rebelión o la conformidad pueden ser señal de la búsqueda de identidad.

La adolescencia tiene sueños e ideales pero su voluntad todavía no es firme, ni su juicio es seguro. Los sueños al ser verificados con la realidad dejan ver la impotencia del joven y entonces atribuye la culpa de sus fracasos al medio al que ha pertenecido hasta el momento y se rebela contra sus padres quienes continúan tratándolo como a un niño e imponiéndole sus reglas en el hogar, entonces el adolescente se siente como un mártir en un medio incomprensivo del cual intenta emanciparse algunas ocasiones mediante impulsos bélicos, lo cual es necesario en esta etapa y no debe ser considerado como una malevolencia ni obstinación. (Flores, 1996)

En 1956 Erikson describe la formación de identidad del yo en la adolescencia como un inclusión del sentimiento de conciencia de la identidad individual tanto como un

inconsciente esfuerzo por una continuidad de carácter personal. En este proceso de la ensamble de elementos de identidad, que ocurre al final de la niñez y se realiza a través del proceso de crisis normativa, la identidad del yo fue vista por Erikson como una formación del yo, el yo integra identificación de la niñez, previas a una nueva totalidad, los cuales rigen la base de la personalidad del adulto, la resolución positiva de la identidad del yo, o la continuidad en la definición de uno mismo, o la certidumbre acerca de lo que uno es y en lo que uno será en el futuro. (Archer, 1992)

Marcia en 1966 define el concepto de Erikson como la identidad del yo en términos de dos variables: Compromiso (puede ser que el individuo cepte ciertos valores). Crisis(pueda ser o no que el individuo haya tenido experiencias en un esfuerzo de llegar a la aceptación personal de los valores). Estas dos variables se combinan y dan como resultado cuatro estados de identidad:

- Difusión (no compromiso, ni crisis)
- Antes de cerrar (compromiso sin crisis)
- Demorado (crisis sin compromiso)
- Realización (compromiso antes de crisis)

Marcia dice que estas categorías en el orden que están representan el incremento de los avances de maduración.

El proceso de individuación es mas claro durante fases tempranas de la adolescencia, donde el proceso de formación de identidad y consolidación se manifiesta típicamente durante etapas posteriores de la adolescencia. Como resultado de estos procesos, los adolescentes modificarán típicamente el camino en el cual interactúan y sus relaciones con otros. Específicamente, los adolescentes empiezan a decrecer sus problemas con sus compañeros, mientras que decrece la identificación con los miembros de la familia. Además la etapa temprana de individuación puede resultar en un crecimiento de conflicto con los padres. El adolescente al intentar tener definiciones preliminares de sí mismo "self" basado en identificar los modos en los que sus pensamientos, sentimientos y actitudes, estos pueden diferir de los padres. (En Archer, 1992)

Lovinger (1976) da el concepto de desarrollo del yo que se refiere a la estructura en sentido de la imposición individual sobre las experiencias de su vida. Con el modelo de Lovinger, el concepto de desarrollo del yo es una dimensión de diferencias individuales, así como la secuencia del desarrollo mental de crecimiento en términos de control de impulsos, el desarrollo del carácter, relaciones interpersonales y complejidad cognitiva. En los tres niveles mas bajos del yo, hay un preconformismo y el individuo puede ser descrito como impulsivo, motivado por las ganancias personales en la evitación de castigos, y orientado al presente y no al pasado o al futuro. Los estilos cognitivos son estereotipados y concretos, y las relaciones interpersonales son oportunistas, explotadores y demandantes. En una segunda etapa se manifiesta el conformismo,

donde el individuo empieza su identificación y el bienestar con el grupo social. (Archer, 1992)

En el tema de la formación de identidad del yo, Peter Blos en 1967, discutió la individuación como un proceso envuelto con el desarrollo de la independencia de la relación familiar, la debilidad de los objetos infantiles y el aumento de la capacidad que asume un papel funcional como miembro de una sociedad adulta. Blos define y describe esta tarea similar al esfuerzo mas primitivo para la individuación, en la adquisición de constancia del objeto cerca del fin de la tercera edad. Así la adolescencia temprana está marcada por una ambivalencia de dependencia contra independencia, particularmente en relación a sus padres. Esta ambivalencia es marcada en la actitud, y los cambios de comportamiento. (En Archer, 1992)

La adolescencia según Horrocks (1986), es una época en que el individuo se hace cada vez mas consciente de sí mismo, en una búsqueda de status como individuo donde aprende el rol personal y social, desarrollándose los intereses vocacionales y luchando por la independencia económica. Además en esta época adquieren gran importancia y surgen los intereses heterosexuales. Asimismo tiende a ser una etapa de desarrollo y evaluación de valores. Es un tiempo de conflicto entre el idealismo juvenil y la realidad.

Algunos autores afirman que lo que caracteriza a la adolescencia es la rebelión, otros que es la conformidad y otros mas que es la angustia o indiferencia. Pero todos estos conceptos pueden no ser universales durante la etapa de la adolescencia. (Fitzgerald, 1982)

Harighurst, (Horrocks, 1986) manifiesta que la adolescencia se caracteriza por una continua búsqueda del rol a desempeñar en la sociedad como la elección vocacional, identificación del rol sexual, etc. Y enumera algunas tareas que llama desarrollistas, y que según él son metas del adolescente:

- 1.- Lograr el sentimiento de independencia con respecto a los padres.
- 2.- Adquisición de habilidades sociales.
- 3.- Lograr el concepto de la propia valía
- 4.- Obtener habilidades académicas así como la elección vocacional.
- 5.- Tratar de adaptarse a los cambios físicos que ocurren en esa etapa.
- 6.- Intentar apegarse a una conjunto de valores y normas que le sirvan de guía en la interacción social.

Uno de los oponentes a la teoría que la adolescencia es un periodo de turbulencia es Bandura (1964), quien llevó a cabo un estudio junto con Walters (Bandura y Walters, 1959), encontrando que los adolescentes y sus padres mantienen actitudes positivas entre sí aún manteniendo en cuenta el deseo de independencia en la mayoría de los jóvenes. Por lo tanto Bandura menciona que los factores que pudieron haber contribuido

a la mitología acerca de la adolescencia, son las interpretaciones exageradas que se le han dado a las señales de inconformidad del adolescente. Otra causa pueden ser los medios de comunicación que muestran a los adolescentes como inconformes, o bien han hecho generalizaciones en base a muestras anormales como los jóvenes delincuentes o perturbados.

El concepto que tienen los adultos de los adolescentes, según menciona Antony, es estereotipada, como que los adolescentes son peligrosos o están en peligro, que son individuos inadapitados o sin remedio, y que dichos conceptos el adolescentes poco a poco puede aceptarlos como propios. (Fitzgerald, 1982)

En cuanto a los valores en relación con el comportamiento del adolescente, la teoría psicoanalítica de Freud, dice que el niño pequeño adquiere valores como resultado de la identificación con sus padres, el niño adopta modales, estilos de premiar y castigar de los padres y así se va desarrollando el ego ideal, o sea, lo que quisiera ser y esta identificación puede servir para guiar la conducta una vez que la sumisión a la autoridad de los padres empieza a disminuir. (Fitzgerald, 1982)

En la teoría del aprendizaje, Hill (1960) refiere que los valores se adquieren por la experiencia y el reforzamiento, mediante la instrucción verbal. Menciona que el niño tiene una tendencia generalizada a imitar a otras personas y se le premia por imitar ciertas acciones, pronto aprende a repetir esas acciones. Así los jóvenes que han aprendido a conformarse durante la niñez para lograr obtener una premio, continuarán conformándose durante la adolescencia.

MacKinney con base en el modelo perceptual (relación entre percepción y valores), concibe al adolescente como un agente activo cuyos valores se desarrollan debido a la retroalimentación que le proporciona su propia actividad y no como un receptor pasivo de los valores ambientales. La interpretación perceptual afirma que los valores se desarrollan como esquemas que se van formando en virtud de la propia experiencia y que son utilizados para guiar la conducta del individuo. (Fitzgerald, 1982)

En su teoría cognoscitiva, Piaget (1965) afirma que el juicio moral del niño se desarrolla por etapa paralelas al desarrollo cognoscitivo y que está guiada por el llamado "realismo" en donde el niño juzga que una acción es mala porque sus consecuencias son malas, sin tener en cuenta la intención del sujeto que las hace. Solo después en la etapa de adolescencia logran desarrollar una moralidad autónoma, en la que se da cuenta que las normas morales nacen de un consentimiento mutuo, así los valores se internalizan y el niño es capaz de ponerse en el lugar de la otra persona considerando cual pudo haber sido la intención de esa persona.

De la misma manera Piaget postuló que durante la temprana adolescencia el sujeto esta generalmente en un momento de transición de las operaciones concretas a las operaciones formales, que es la capacidad de manipular ideas y conceptos. De acuerdo con Piaget " el adolescente es un individuo que es capaz... de construir y entender ideas o abstracciones en teorías y conceptos. Así el adolescente es capaz de definir la realidad de lo ideal, y corregir apasionadamente y ocuparse de abstracciones en teorías y conceptos.(Archer, 1992)

Es interesante ver como el concepto de adolescencia ha ido cambiando a lo largo del tiempo, otorgándole la importancia que tiene esta en el futuro adulto.

Los autores mencionados en este capítulo, hacen referencia tanto al concepto de adolescencia, como a las características principales de esta, según las propias observaciones de dichos autores, y enmarcados desde diferentes puntos teóricos, dichos puntos de vista son los mas difundidos, en un intento de dar una explicación a los cambios y las implicaciones de estos que se presentan en esta importante etapa del desarrollo humano. Lo anterior es necesario, para así tener no solo un concepto mas amplio de la adolescencia, sino además para tener en cuenta todos los proceso implicados así como sus posibles consecuencias para llegar a una mejor comprensión de los adolescentes, dando así las bases para su estudio.

II.2 EL ADOLESCENTE DIABETICO

En la diabetes mellitus tipo 1 o juvenil, el paciente debe tener información sobre la cronicidad de su enfermedad para así mejorar progresivamente en el manejo de su enfermedad para obtener buenos resultados. Pero en la etapa de la adolescencia es común que la aparición de sentimientos de independencia y exagerados deseos de seguridad, a la vez de cierta rebeldía contra el tratamiento, lo que agrava el conflicto del adolescente de dependencia-independencia y rebeldía-sumisión.

La sobreprotección puede agravar los conflictos de sentirse diferente o el temor a no ser aceptados hacen todavía mas difícil la educación en la diabetes durante este período por una parte, y otra al entender los efectos de las complicaciones diabéticas y el riesgo de la muerte prematura aumenta el estrés y suscita en ocasiones, ciertos comportamientos depresivos. (Polaino, 1994)

La sobreprotección puede darse debido a un sentimiento de culpa por parte de los padres, que por un lado piensan que son responsables de alguna manera haber transmitido el padecimiento a sus hijos y por otro lado creer que por medio de la diabetes de sus hijos están pagando alguna falta. (En Carrillo, 1989)

Algunos autores mencionan la importancia de la estructura familiar y la forma en que son expresadas las emociones en este núcleo social, Koenigsberg y cols. En 1993, realizaron un estudio en el cual relacionaron la manera en que se expresan las emociones en las familias con un miembro de la familia que padece diabetes mellitus y el control de la glucosa, en 35 pacientes. Los resultados obtenidos revelaron que la atmósfera familiar se relacionaba con las lecturas de la hemoglobina glucosilada, y aunque la forma de relacionarse en determinadas atmósferas familiares puede llegar a contribuir a elevar la glucosa en la sangre, dichos datos quedan abiertos a posteriores estudios.

En un estudio en el que se asocia la manera de relacionarse entre hermanos y la adaptación de los adolescentes al padecimiento de la diabetes mellitus insulino-dependiente, Hanson y cols. (1992) encontraron que la manera en que se relacionan los adolescentes diabéticos con sus hermanos, puede determinar el grado de adaptación hacia dicho padecimiento. Los hallazgos sugieren que las relaciones fraternas disfuncionales pueden ser una importante área de intervención para aquellos adolescentes diabéticos que presentan dificultades para ajustarse al tratamiento o bien que presentan problemas de conducta. Sin embargo por lo general se encontró que cuando los hermanos de los adolescentes diabéticos son mayores, estos tratan de apoyar tanto emocionalmente como en el tratamiento a sus hermanos diabéticos.

Contrariamente a esto Carrillo (1989) menciona que un problema común en la familia de los diabéticos es la rivalidad fraterna que puede darse desde los primeros años del padecimiento debido a que algunos padres tienden a proporcionar atención extra al diabético, lo que puede ser interpretado por los hermanos como favoritismo.

Continuando con la relación entre la familia y el padecimiento, La Greca, Fallansbee y Skyler en 1982 hallaron que cuanto mayor responsabilidad se les adjudicaba a los preadolescentes y menos a los padres, peor era el control del padecimiento, En los adolescentes, en cambio, la adherencia y el conocimiento que el paciente tenía de la diabetes constituían buenos predictores de control diabético. De aquí que los autores consideran un error descargar demasiado pronto la responsabilidad en los propios pacientes. Muchos autores como Harnet (1982), Jargen (1980), expresan la conveniencia de que los adolescentes diabéticos asuman cuanto antes la responsabilidad de su propio tratamiento, pero no se han encontrado datos que permitan determinar a qué edad se les debe dar qué tipo de responsabilidad. (En Polaino, 1994)

Algunas investigaciones han demostrado que los niños y adolescentes diabéticos tienen mas problemas psicosociales que sus compañeros de la misma edad. Swif y cols (

1967), compararon 50 diabéticos de 7 a 16 años de edad con 50 niños y adolescentes no diabéticos de la misma edad, encontrando que los diabéticos tenían mayores problemas de ansiedad, más conflictos con los padres de dependencia-independencia o peor imagen de sí mismos. Asimismo Sterky (1963) obtuvo una prevalencia similar de alteraciones psicosociales a favor de los diabéticos, aunque también las madres de los diabéticos presentaban mayor incidencia de depresión y ansiedad que las madres de los adolescentes del grupo control. (Polaino, 1994)

Algunos problemas se presentaban frecuentemente en la adolescencia y sus posibles repercusiones en la diabetes, según Tattersall y Lowe (1981) son los siguientes:

- Puede ocasionar un excesivo interés por parte de los padres sobre las actividades de los hijos por miedo a la diabetes.
- Se debe mantener el programa de comidas, se coincida o no con la hora en que los compañeros almuerzan y de esta manera evitar cualquier descontrol como consecuencia de aperitivos o de consumo de alimentos fuera de la hora o entre comidas.
- Puede haber retraso en la maduración sexual y menor estatura.
- En cuanto a la imagen corporal, las crisis hipoglucémicas pueden hacer que se sientan diferentes respecto a sus compañeros. (Polaino, 1994)

Como consecuencia de las alteraciones provocadas en la diabetes, según algunos investigadores, los adolescentes que sufren diabetes, se ajustan muy difícilmente al régimen de vida que exige su enfermedad. Watkins en 1976, encontró en una población juvenil que el 50% cometió un error en la dosificación en la insulina; el 33% no se practicaba análisis de orina; y el 45% utilizaba perjudicialmente para su salud los resultados de las pruebas autopRACTICADAS; y un 77% no desinfectaba la aguja antes de administrarse insulina.

Yosokilis y Grossman en 1987, mencionan que el médico puede ayudarles y producirles alivio con la información pertinente, realista y honesta, pero algunos adolescentes alardean de no seguir el régimen o de minimizar su importancia, o de simplemente no prestarle la más mínima atención, y otros por el contrario exageran su importancia frente a sus compañeros no diabéticos, haciendo alarde de su especial habilidad para autoadministrarse la insulina. (Polaino, 1994)

Concluyendo, la adolescencia es un período que oscila entre la niñez y la adultez, cuya duración ha sido definida como época de crisis, donde se dan importantes cambios fisiológicos, caracterizado por un aumento cuantitativo en los impulsos, para lo cuales el

individuo intenta ajustarlos a su realidad social, utilizando como mecanismo de adaptación, los valores morales, las normas que a esta edad han adquirido cierta independencia, todo lo cual implica no ser un niño ya y el crecimiento implica responsabilidades, roles que se requieren que asumir.

Según diversas teorías este ajuste dependería de la cultura y del ambiente familiar en que se encuentra inmerso el adolescente, y que contribuyen en gran parte a los conflictos que presentan y si además a todos esos cambios y ajustes se le agrega un padecimiento como la diabetes mellitus y el régimen de vida que este padecimiento implica, esto puede conducir a que los conflictos que se presentan en esta etapa se agudicen más.

CAPITULO III. PERSONALIDAD

CAPITULO III. PERSONALIDAD

"Pero la palabra persona ha rodado y ha dado saltos sorprendentes, chocando de derecha a izquierda, sugiriendo nuevos pensamientos, provocando nubes de controversias y ocupando siempre hasta el presente un lugar prominente en todas las discusiones teológicas y filosóficas, sin embargo pocos de las que las usan saben como ha llegado al lugar que ocupa"

F. Max Müller

III.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD

La palabra persona era la denominación de la máscara teatral usada en un comienzo en el drama griego y adoptada aproximadamente un siglo antes de Cristo por los actores romanos.

La designación griega de máscara era *prosopon* que tiene una vaga semejanza con persona. Otros filósofos adoptan la teoría de que persona deriva de *peri-soma* (alrededor del cuerpo), mientras que otros sostienen que se originó en *persum* (cabeza o rostro), palabra etrusca el latín antiguo. Algunos sugieren que proviene del latín *perse* (una o completa por sí misma). Pero el antecedente de persona que mas ampliamente ha sido aceptado es la expresión latina de *per sonare* (sonar a través de). De acuerdo con esta teoría el término hacía referencia a la amplia boca de la máscara o quizá a un tubo que tenía dentro para proyectar la voz del actor.

En los escritos de Cicerón se encuentran distintos significados de persona.(Allport, 1970)

- Lo que parece uno ante los demás (no lo que uno es realmente)
- Un conjunto de cualidades personales que capacitan a un hombre para su trabajo.
- Distinción y dignidad.

Según Allport (1970), a comienzos del siglo XIX los astrónomos provocaron cierto interés general al descubrir accidentalmente las diferencias individuales en el tiempo de reacción. Wundt intentó estudiar la "*ecuación personal*" en el tiempo de reacción y resultó que solo era un tipo de diferencia individual. Galton aplicaba su interés a las diferencias entre las personas en cuanto a inteligencia, imaginación y carácter. (Allport, 1970)

III.2 DEFINICION DE PERSONALIDAD DESDE DIFERENTES PUNTOS DE VISTA

Al iniciarse el interés por la personalidad, se comenzaron a dar diversos significados a esta. Entre los significados teológicos persona se utiliza para designar a los miembros de la Trinidad, que promovió un gran avance de la equivalencia entre persona y el yo verdadero interior. (Allport, 1970)

En cuanto a los significados filosóficos, Boecio en el siglo VI, menciona: "*Persona est substantia individua rationalis naturae*", Boecio en esta definición agregó el atributo de racionalidad. De esta forma se acentuó el respeto por la integridad y el valor del individuo. Esta tendencia alcanzó su culminación en la última época del romanticismo y de la ética personalista. (Allport, 1970)

Algunos conceptos que se agregan posteriormente son:

Boethius	"persona es un individuo racional"
Wolff	"conciencia de si mismo y memoria"
Leibnitz	"comprensión"
Locke	"reflexión y conciencia de si mismo"

Sin embargo para dar una definición de personalidad, conviene distinguir entre persona y personalidad. Los estudiosos de la personalidad designan al término *persona* para referirse a un individuo y el término **personalidad** es una construcción científica con intención de formarse una idea (a nivel de teoría científica), de la manera de ser y de funcionar que caracteriza al organismo psicofisiológico (persona). (Nuttin, 1973)

Las definiciones de personalidad **biosociales**, tienen su origen en la apariencia exterior del individuo, considerando que la personalidad consiste en "aquellos hábitos o acciones que influyen sobre otros", por lo tanto la personalidad se define como las respuestas que se provoca en los otros, es lo que otros piensan de un individuo.

Allport en 1970 sugiere que las definiciones se pueden clasificar en cinco clases básicas:

1.- Definiciones **aditivas** que generalmente empiezan con la frase: La personalidad es la suma de...

2.- Las definiciones **integrativas configuracionales**, que acentúan la organización de los atributos personales.

3.- Otro tipo de definiciones son las **jerárquicas**, que se caracterizan por la demarcación de varios niveles de integración u organización y habitualmente se sirven de la imagen de un coronamiento o yo íntimo que domina la pirámide de la vida personal, y es su centro. Una definición característica de este tipo de definición es de Williams James en 1890 en su libro "Principios de Psicología" , donde menciona cuatro

niveles de personalidad; el yo material, el yo social, el yo espiritual y el yo puro conocedor del yo y de los yos.

4.- Definiciones en términos de **ajuste**, en la que los biólogos y conductistas se inclinan a ver la personalidad como un fenómeno de la evolución, como un modo de supervivencia. La personalidad para ellos es el organismo total-en-acción.

5.- Definiciones basadas en la **distintividad**. Al respecto Schoen en 1930 propone la siguiente definición: La personalidad es el sistema organizado, el todo en funcionamiento o la unidad de hábitos, disposiciones y sentimientos que caracterizan a un miembro de un grupo como diferente de cualquier otro del mismo grupo.

Respecto de estas definiciones Allport (1970), analiza que las formulaciones biosociales de la personalidad que atienden a la reputación social o al encanto superficial resultan inutilizables para el psicólogo, las definiciones aditivas también deben ser rechazadas, siendo en realidad más útiles las concepciones que describen la personalidad como una sólida organización de las disposiciones y los sentimientos, asimismo tienen valor las definiciones que se refieren al estilo de vida, a los modos de adaptación al ambiente, al crecimiento y al desarrollo progresivos y a la distintividad.

Cabe mencionar que existen dos términos que se han utilizado con frecuencia para describir al individuo como el término **carácter** que se ha utilizado a menudo como sinónimo de personalidad pero en la Psicología moderna se ha utilizado para designar algún tipo de voluntad, Allport (1970) pone en duda hasta qué punto es adecuado y correcto separar la facultad volitiva del resto de la personalidad, puesto que la voluntad emana de los más complejos sistemas de personalidad y no de una área especial que pudiera llamarse arbitrariamente carácter. Por lo tanto en lugar de definir el carácter como un aspecto volitivo de la personalidad, es más correcto admitir que es un concepto ético.

El otro término utilizado para la descripción del individuo es el de **temperamento**, que describía las peculiaridades de los humores del cuerpo y a lo largo de las épocas el significado ha variado muy poco. Por lo tanto en este término se agrupan todos los fenómenos considerados dependientes de la estructura constitucional y de origen principalmente hereditario. (Allport, 1970)

Para el presente estudio se utilizará el término personalidad que Pervin (1988) define como la representación de las propiedades estructurales y dinámicas de un individuo, tales y como se reflejan en sus respuestas características a determinadas situaciones y que lo diferencia de los demás.

Según Dicarpio (1985), es todo lo que se sabe de una persona la cual se expresa y define a través de los papeles que desempeña.

Cattell (1972), define a la personalidad como aquello que nos dice que hará una persona cuando se encuentra en una situación determinada. (Palavencino, 1988)

Stern en 1938 sostenía la idea de que la personalidad es el punto de reunión de los físico, lo mental , la herencia y el ambiente, lo total y lo parcial. (En Gallegos, 1996)

III.3 **TEORÍAS DE LA PERSONALIDAD**

Hasta el momento ninguna teoría de la personalidad ha logrado formular un modo de caracterizar a todas las personalidades de acuerdo con un esquema común. (Soto, 1990)

Existen diferentes teorías de la personalidad, pero podemos entender y juzgar su utilidad por su capacidad para describir, explicar y predecir la personalidad. El centro de cada teoría está bien definido y cada teórico ofrece sus ideas mas valiosas en un ámbito específico del estudio de la personalidad. (Soto, 1990)

Para el estudioso de la personalidad el término define un campo de investigación empírico, por lo tanto toda definición de personalidad es un reflejo del tipo de problemas que el científico ha decidido estudiar y que refleja además el tipo de procedimientos empíricos que utilizará. De esta manera se puede definir la personalidad en términos de características (rasgos) del individuo directamente observables en su conducta. (Pervin, 1979)

Anastasi (1967) menciona la importancia que el estudio de la personalidad tiene dentro del campo de la psicología, que puede explicarse porque nos permite entender en forma aproximada los motivos que llevan al hombre a actuar, opinar, sentir, ser, etc. De determinada manera . Y porque además integra en un solo concepto los conocimientos que podemos adquirir por separado en aquellas facetas abstraídas de una totalidad (la persona), como son la percepción, la motivación, el aprendizaje y otras. Y finalmente porque aumenta la probabilidad de poder predecir la conducta del individuo pudiendo conocer como se interrelacionan los diferentes factores que integran la personalidad. (En Gallegos, 1996)

Teoría psicoanalítica

Freud expuso dos teorías distintas para explicar la conducta humana. La teoría topográfica que describe las características superficiales del sistema y que se compone del **inconsciente** (fenómenos que escapan a la conciencia por razones especiales), el **preconsciente** (fenómenos capaces de ser conocidos si se presta la debida atención) y el **consciente** (fenómenos que podemos conocer en un momento dado). (González, 1987)

La teoría estructural está compuesta por los conceptos teóricos como el **ello** que representa al substrato biológico siendo la fuente de la energía de los impulsos que opera mediante el principio del placer. El **superyo** que representa los principios morales y el ideal. La tercera estructura es el **yo** que funciona mediante el principio de realidad, y siendo el mediador entre las fuerzas provenientes del ello y las provenientes del superyo, es el que ejecuta. En suma la teoría psicoanalítica hace énfasis en el determinismo psicológico, el inconsciente, la conducta orientada hacia una meta y la expresión de juego de fuerzas (dinamismo), y la conducta como producto de sucesos ocurridos en la historia pasada del individuo. (González, 1987)

Teoría fenomenológica

El exponente de esta teoría, es Rogers, quien hace evidente su énfasis en el mundo fenoménico del individuo, su modo de percibir y experimentar su "*self*" y el mundo de su entorno, sus percepciones conscientes o inconscientes. Rogers insiste mucho sobre el cambio en la personalidad, considera al individuo en continuo movimiento hacia delante poniendo de relieve la autoactualización, que supone una tendencia al crecimiento. Además menciona que el individuo tiene una tendencia a la autoconsistencia interpretada como congruencia entre el self y la experiencia, el estado de incongruencia es aquel que se produce cuando el individuo percibe experiencias que en el pasado han estado asociadas a la pérdida de consideración positiva y la percepción de estas experiencias van acompañadas de tensión y conducen a la utilización de mecanismos defensivos con vistas a eliminar la incongruencia y reducir la ansiedad lo cual constituye el núcleo principal de psicopatología. (Pervin, 1988)

Teoría humanista

Según Abraham Maslow en su teoría humanista propone que las necesidades o motivaciones son elementos constitucionales de la personalidad, y distingue entre necesidades o motivaciones inferiores y las necesidades superiores. Las necesidades inferiores (déficits) son las fisiológicas, seguridad, afecto, afiliación, necesidad de logro. Y las superiores son una necesidad de desarrollo que son tendencias innatas a la

Teoría cognoscitiva

George A. Kelly hace énfasis en como el individuo percibe, interpreta, y conceptualiza los acontecimientos y el medio ambiente. Kelly presupone que el individuo es un ser activo y rechaza conceptos como los de motivo, impulso y necesidad, la dirección de la conducta es explicada en términos que el individuo escoge aquella alternativa que le brinde la posibilidad de extender y definir el sistema. La ansiedad, el miedo y la amenaza ocurren cuando individuo se encuentra sin constructos (interpretación del mundo hecha por el individuo), aplicables a una situación, o cuando el individuo afronta la posibilidad de tener que cambiar su sistema de constructos. (Pervin, 1988)

Teoría del aprendizaje (enfoque conductista)

No existe una teoría de la personalidad fundada en el aprendizaje, pero si hay un enfoque de la personalidad típico de la teoría del aprendizaje y que se basa en presupuestos como de que casi todas las conductas son producto del aprendizaje. Las críticas a este enfoque se han centrado en : la excesiva simplificación del comportamiento y el olvido de áreas importantes del funcionamiento comportamental. (Dicarpio, 1985)

Teoría de los rasgos

El rasgo es el elemento estructural en la teoría de **Allport**, según este autor es una tendencia a determinante o una predisposición a actuar. Un rasgo representa el resultado de la combinación o integración de dos o más hábitos y motivos; se trata de un sistema neuropsíquico generalizado y centralizado que determina en gran parte que los estímulos sean percibidos, y así iniciar y conducir formas de conducta adaptativa y expresiva.

El rasgo se infiere a partir de las respuestas, por tanto un tipo de personalidad es una agrupación de muchos rasgos de personalidad. (Gallegos, 1996)

La concepción del hombre por parte de **Cattell** es comprendida en términos de las relaciones existentes entre las entidades estructurales. Ciertas estructuras se componen por impulsos y estos son fuentes energéticas que dinamizan la conducta humana y la mantienen activa. La conducta motivada puede asemejarse al modelo hidráulico de un sistema energético. (González, 1987)

Para Cattell el elemento estructural básico es el rasgo, que representa tendencias reactivas generales y expresa características de conducta relativamente permanentes, de modo que el concepto de rasgo supone una cierta configuración y regularidad de

conducta a lo largo del tiempo y de las situaciones. Unos rasgos pueden ser comunes a todas las personas, unos exclusivos del individuo; unos pueden estar determinados por la herencia, otros por el ambiente; unos están relacionados con los motivos (rasgos dinámicos) y otros con la capacidad y el temperamento. (Pervin, 1988)

Una importante distinción es la existente entre los rasgos superficiales y los rasgos fuente o rasgos profundos:

Los rasgos superficiales son expresivos de conductas que pueden aparecer unidas, pero de hecho no covarian conjuntamente ni tienen necesariamente una raíz causal común. Estos rasgos pueden ser descubiertos a través de métodos subjetivos.

Los rasgos fuente, expresa una relación o vinculación de conductas que covarian conjuntamente de modo que constituyen una dimensión de personalidad unitaria e independiente. Para descubrir estos rasgos se debe acudir a los procedimientos estadísticos refinados del análisis factorial.

La teoría de la personalidad elaborada por Raymond B. Cattell tiene las virtudes experimentales de definir operativamente sus conceptos y de utilizar la medida psicológica. Pero además acentúa las diferencias individuales y el funcionamiento global y unitario del organismo. Es una teoría fundada en la técnica estadística del análisis factorial, para Cattell hay una íntima relación entre el método de investigación y la teoría de la personalidad. (Pervin, 1988)

Cattell cree que el método de las múltiples variables posee cualidades positivas; es objetivo, científico y riguroso, puesto que nos permite estudiar cosas que son inaccesibles al control experimental, es económico puesto que es capaz de considerar muchas variables a un mismo tiempo, puede tener en cuenta variables de numerosos sujetos. Mediante el empleo de diversas técnicas estadísticas es posible extraer determinados conjuntos o factores que engloban a todos aquellos ítems que tienen una alta correlación mutua y una relación muy baja con los integrantes de los otros factores. De acuerdo con la lógica del análisis factorial, tales factores son estructuras naturales y unitarias de la personalidad. Aunque existen muchos tipos de análisis factorial, algunos de los cuales se deben a Cattell, todos ellos comparten la característica común de intentar establecer las fuentes de covariación o estructuras unitarias comunes. (Pervin, 1988)

Esta teoría es importante de mencionarla aquí puesto que en la presente investigación fue utilizado el Inventario Multifásico de la Personalidad, es un test psicométrico que mide rasgos de personalidad de los cuales hace mención Cattell, Allport y Eysenk entre otros.

Cattell funda su teoría en la técnica estadística del análisis factorial que está vinculada al Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI), puesto que la validación de dicho instrumento se realizó por medio de este método.

Psicopatología

Toda teoría de la personalidad al pretender explicar los diversos aspectos de la conducta humana, incluye también el análisis de la naturaleza de la psicopatología y el desarrollo concreto de distintos síndromes psicopatológicos. Sin embargo para fines prácticos se ha llegado a un consenso general de la clasificación de los diferentes tipos de psicopatología que se presentan en los seres humanos. Para tal clasificación existe el CIE-10 y el DSM-IV, siendo este último el más comúnmente utilizado, centrándose en objetivos clínicos de investigación y educacionales, apoyándose además en fundamentos empíricos sólidos. (Pichot, 1995)

El DSM-IV es una clasificación categorial que divide los trastornos mentales en diversos tipos basándose en series de criterios con rasgos definitorios, utilizando un sistema multiaxial que implica una evaluación en varios ejes que conciernen a áreas distintas y que son los siguientes:

- I Trastornos clínicos. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.
- II Trastornos de personalidad.
- III Enfermedades médicas
- IV Problemas psicosociales y ambientales.
- V Evaluación de la actividad normal.

Además de la clasificación anterior, es importante el estudio y evaluación de la psicopatología, y para ello fue diseñado el Inventario Multifásico de la Personalidad, que mide diversos estados de psicopatología, siendo una importante prueba psicométrica de personalidad.

III.4 EL INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD

III. 4. 1 Desarrollo del Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI

Para el estudio de la personalidad han surgido diversas formas de abordarlo, y el método más utilizado e investigado de los años 40s a la fecha es el MMPI, que ha sido considerada como una prueba psicométrica y objetiva para la evaluación y estudio de la personalidad. (Lucio y Ampudia, 1995)

Durante los años 30s los inventarios de personalidad de aquella época estaban sujetos a demasiadas teorías psicológicas y que no resultaban muy útiles en la práctica, (Gallegos, 1996) puesto que no medían variables relacionadas con la patología, y otros se habían desarrollado con estudiantes universitarios.

Starke Hathaway y J. Mckinley guiados por una simple frustración, puesto que los inventarios de aquella época eran poco provechosos para el trabajo de Hathaway en el servicio psiquiátrico para adultos, empezaron a investigar dándose a la tarea de desarrollar el MMPI, como ayuda en la tarea rutinaria de evaluar y diagnosticar a pacientes con trastornos mentales en los Hospitales de la Universidad de Minnesota. (Lucio y Ampudia, 1995)

Los autores se basaron en la experiencia y conocimientos que tenían en las historias clínicas y de casos, reportes psicológicos, de medicina general, neurológicos y psiquiátricos. (Graham, 1990) De esta manera quedó construido un cuestionario del cual se obtenían datos en base a las respuestas de los pacientes; "verdadero" "falso". (Lucio y Ampudia, 1995)

La lista original contaba con 1200 frases, la mayoría indicadora de síntomas de trastornos mentales, mas tarde el número de frases se redujo a 504 eliminándose aquellas que eran similares, sin embargo se duplicaron 16 reactivos haciendo un total de 566 para facilitara la calificación manual. (En Gallegos, 1996)

Los reactivos fueron redactados en un lenguaje sencillo que se refería a una experiencia, creencia, actitud o preocupación personal des los pacientes clínicos en los que se basó la prueba. El inventario fue diseñado para personas mayores de 16 años de edad con un nivel bajo de lectura (sexto grado). (Lucio y Ampudia, 1995)

El método empírico de construcción de las escalas de Hathaway y Mckinley, produjo las escalas clínicas del MMPI utilizadas en una amplia gama de ambientes. (Graham, 1990) Siendo una medida importante de criterio en el estudio objetivo de la psicopatología.

Además se consiguió un grupo de no pacientes del Estado de Minnesota, los datos arrojados por este grupo se utilizaron para convertir el puntaje crudo a las escalas lineales T para las escalas de validez y escalas clínicas. (Lucio, 1996)

A fines de los años 40s y principios de los 50s el MMPI cruzó los límites nacionales estadounidenses. Las primeras traducciones del inventario fueron desarrolladas en Italia, Alemania y Puerto Rico. (Lucio y Ampudia, 1995)

Hathaway y Mckinley desarrollaron el MMPI sobre la ba discriminaba entre un grupo criterioso de validez de reactivos y de escalas, requiriendo que cada reactivo fuera asignado a una escala solo si objetivamente entre un grupo criterio y la muestra normativa. Así recopilaron un conjunto amplio de posibles reactivos que en su mayoría eran indicadores de síntomas de trastornos mentales o de otros problemas tratados en su servicio de psiquiatría.

El método empírico de construcción de escalas de Hathaway y Mckinley produjo las escalas clínicas del MMPI en una generalidad amplia de diversos ambientes y en los límites nacionales.

La estructura del MMPI quedo como a continuación se muestra:

1. MENTIRAS	15 reactivos
2. F IDENTIFICACION DE PROBLEMAS	64 reactivos
3. K CORRECCION Y ACEPTACION SOCIAL	30 reactivos

Las escalas clínicas se elaboraron de acuerdo a síndromes que identificaban con una nomenclatura psiquiátrica convencional:

ESCALA 1 HIPOCONDRIASIS	33 reactivos
ESCALA 2 DEPRESION	60 reactivos
ESCALA 3 HISTERIA	60 reactivos
ESCALA 4 DEPRESION PSICOPATICA	50 reactivos
ESCALA 6 PARANOIA	40 reactivos
ESCALA 7 PSICASTENIA	48 reactivos
ESCALA 8 ESQUIZOFRENIA	78 reactivos
ESCALA 9 HIPOMANIA	46 reactivos

Mas dos escalas sin denominación clínica:

ESCALA 5 MASCULINIDAD-FEMINIDAD	60 reactivos
ESCALA 0 INTROVERSION-EXTROVERSION SOCIAL	70 reactivos

El inventario fue utilizado no solo en una amplia gama de ambientes sino además en muchos Países y traducido a varios idiomas. La primera traducción al español fue realizada en Cuba, en México se realizó otra traducción por Hathaway y Mena, otra traducción se realizó en Puerto Rico donde Hathaway revisó dicha traducción. Esta traducción fue revizada y adaptada en México para América Latina por Nuñez y Publicada en 1967 por la editorial Manual Moderno. (Lucio y Ampudia, 1995)

Sin embargo a pesar de la amplia difusión del MMPI, Hathaway en 1965 señaló que el MMPI podría ser criticado debido a su perpetuación de la nosología diagnóstica

derivada de Kraepelin, lo cual se hizo mas evidente con los cambios en el diagnóstico psiquiátrico y las transformaciones en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

III.4. 2 REESTANDARIZACION DEL MMPI (MMPI-2)

Con el tiempo se hicieron notables también otros problemas, como que muchos reactivos eran obsoletos o poco convenientes, las dificultades en la selección de reactivos de las escalas así como la normalización, Butcher (1972) señaló que la muestra normativa sobre la cual se basaron las escalas del MMPI original no era apropiada para muchas comparaciones contemporáneas. La muestra normativa original estaba compuesta esencialmente por blancos de la población rural de Minnesota. (Lucio y Ampudia, 1995)

Butcher (1972), Butcher y Tellegen (1966), y Butcher y Owen (1978), recomendaron que el instrumento fuera modificado, eliminando algunos reactivos anticuados y ampliando el conjunto de reactivos para incluir temas mas contemporáneos. (Lucio y Ampudia, 1995)

En 1982 la administradora del MMPI, Beverly Kaemmer, en la Editorial de la Universidad de Minnesota, designó un comité para emprender la reestandarización del inventario, el comité estaba integrado por James N. Butcher, W. Grant Dahlstrom, John R. Graham y Auke Tellegen. La meta del Proyecto era modificar el folleto de la prueba original manteniendo la continuidad entre el MMPI original y su revisión (Manteniendo las escalas originales y de validez relativamente intactas), para mantener la integridad del instrumento de lo contrario las investigaciones de medio siglo que apoyan el uso de estas escalas no serían pertinentes a las versiones reestandarizadas. (Lucio y Ampudia, 1995)

El Comité desarrolló dos folletos experimentales por separado para la recolección de datos; adultos experimental (Adultos Ex) y adolescentes experimental (Adolescentes Ex). Cada folleto experimental incluyó todos los reactivos del MMPI original, mejorando en algunos la redacción. Se añadió además a ambos folletos experimentales, reactivos que medían nuevos contenidos, por ejemplo conducta suicida, disposición al tratamiento, conductas tipo A y problemas con el uso de alcohol y drogas. Se agregaron además otros reactivos; adaptación laboral (Forma adultos experimental) y adaptación escolar (Forma adolescentes experimental). Los nuevos reactivos que evaluaban aplicaciones y problemas clínicos adicionales, fueron agregados al inventario reemplazando a los reactivos del folleto original que no se calificaban en las escalas originales no en las de validez. (Lucio y Ampudia, 1995)

Para la selección de la muestra normativa se eligieron siete ciudades de representatividad geográfica (Minnesota, California, Carolina del Norte, Ohio, Pensilvania, Virginia y Washington). La muestra fue equilibrada por género y características demográficas así como membresía a un grupo étnico, la muestra

normativa norteamericana estuvo compuesta por 2600 sujetos (1462 mujeres y 1138 hombres con edades desde los 18 años. Además del estudio normativo, un número considerable de otros estudios normativos y clínicos contribuyeron a la validación de las escalas originales y las nuevas Escalas de Contenido del MMPI-2, dichos estudios incluyeron pacientes psiquiátricos internados, personas que recibían tratamiento para alcoholismo, madres con riesgo de abuso a menores, pacientes externos con problemas maritales, personalidades antisociales, veteranos con estrés postraumático, hombres senectos, personal militar y estudiantes universitarios. (Lucio y Ampudia, 1995)

Hathaway y Mckinley (1940, 1942) desarrollaron las normas originales usando una transformación a puntajes T lineal, en el esfuerzo por hacer las escalas comparables a las distribuciones de puntajes T, se les asignó una media de 50 y una desviación estándar de 10. Así este paso se siguió en la reestandarización, con una modificación importante que resolvió el problema de los valores percentiles no-equivalentes entre las escalas, que ocurría con los puntajes originales de T lineal. Los nuevos puntajes T uniformes fueron desarrollados por Auke Tellegen, utilizando las ocho escllas clínicas para constituir una distribución compuesta. Para estas escalas, los puntajes naturales se convirtieron en los correspondientes puntajes T uniformes por una regresión de los puntajes naturales en percentiles equivalentes de puntajes T uniformes. Luego se derivaron los puntajes T uniformes de forma separada para hombres y mujeres, para las ocho escalas clínicas y las quince escalas de contenido del MMPI-2. (Butcher y cols, 1989)

Para la interpretación de los perfiles en el MMPI original, los clínicos siguieron la estrategia de considerar el puntaje T de 70 como punto en el que una elevación era clínicamente significativa cayendo en un rango percentil de 95. Sin embargo en el MMPI-2, un puntaje T de 65 que cae uniformemente en el percaentil 92 fue escogido para demarcar el "rango clínico". (Lucio y Ampudia, 1995)

El nuevo MMPI-2 quedó compuesto por 567 reactivos, realizandose estudios posteriores a su validación que indican datgos favorables en relación a la validez del instrumento en diferentes poblaciones. (Butcher, 1992)

En México se realizaron numerosas investigaciones con la versión original del MMPI desde que el Dr Rafael Nuñez tradujo la prueba alrededor de 1965. Algunos estudios señalaban índices elevados de psicopatología en l a población mexicana, otros señalaban importantes diferencias entre la población mexicana y estadounidense. Dado que la versión original no se adaptó ni se estandarizó, no era posible saber si estas diferencias eran reales o se debían a las limitaciones de utilizar una traducción literal. Es por ello que se decidió emprender un trabajo cuidadoso con la nueva versión del instrumento MMPI-2, para lo cual Lucio y Reyes 1994) siguieron la metodología necesaria para obtener la traducción adecuada a la población mexicana y posteriormente se realizó un estudio para obtener las normas en la población de estudiantes universitarios de la UNAM. (Lucio y Ampudia, 1995)

III. 4. 3 ELABORACION DEL INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA PARA ADOLESCENTES (MMPI-A)

El uso del MMPI original tiene sus limitaciones, una de ellas es la escasez de contenidos relevantes para gente joven. Si bien muchos reactivos que detectan psicopatología en adultos son igualmente útiles en problemas con adolescentes, existen pocos reactivos del MMPI original referidos a problemas familiares, escolares, temas sobre el comportamiento y el uso de drogas desde la perspectiva de los jóvenes. (Lucio y Ampudia, 1995)

Una característica frecuentemente observada en las respuestas de adolescentes al MMPI original es el elevado puntaje en la escala F usualmente mayor a T70. Cuando este patrón se presenta en adultos puede ser resultado de muchos factores, incluyendo la presencia de psicopatología severa, tendencia a responder descuidadamente, a exagerar síntomas o incapacidad para leer y comprender los reactivos. En los adolescentes una elevación de la escala F, se ha interpretado como una tendencia general a informar más sobre sus síntomas psicológicos que los adultos, debido a los sentimientos de enajenación o despersonalización, que son característicos de algunos jóvenes.

En 1989, después de la publicación del MMPI-2 para adultos, la Universidad de Minnesota designó un nuevo Comité para determinar si se necesitaba una forma del MMPI para adolescentes. El Comité estuvo compuesto por Butcher, Tellegen, Archer, Graham, Williams y Ben-Porath. (Lucio y Ampudia, 1995)

A principios de 1990 el Comité se reunió para revisar los datos disponibles y recomendó que la Editorial de la Universidad de Minnesota publicara una forma así como normas independientes de la prueba para adolescentes. EL Comité también sugirió que la mayor parte de las escalas estándar del MMPI deberían ser conservadas en el MMPI-A en virtud de la validez demostrada (con la posible excepción de *Mf*), en la predicción de problemas y conductas del adolescentes. Archer, Gordon, Giannetti y Single, 1988; Williams y Butcher, 1989.

El desarrollo de la forma adolescentes experimental fue paralela a la forma adultos experimental, ambas contenían 704 reactivos, incluyendo 550 reactivos del MMPI original (los 16 repetidos solo aparecían una vez en la forma experimental). Se revisaron 82 reactivos para eliminar la redacción confusa, expresiones caducas o lenguaje sexista. La forma adolescentes experimental (Adol Ex) contenía 58 reactivos nuevos los cuales aparecieron en la forma adultos experimental (A Ex); estos reactivos evalúan seguimiento del tratamiento, las actitudes hacia el propio cambio, aceptación de la terapia, uso de drogas, alcohol, problemas de alimentación y tendencias suicidas. (Lucio en prensa)

Los 96 reactivos específicos fueron redactados por James Butcher, John Graham y Carolyn Williams, después de una investigación sobre el desarrollo de la psicopatología en los adolescentes y de haber considerado las áreas relevantes de desarrollo que no se encontraban en el MMPI original. Los nuevos reactivos fueron desarrollados para evaluar problemas de conducta y actitudes del adolescente en

areas relacionadas con la formación de la identidad, la influencia negativa de los compañeros, problemas en la escuela, maestros, familiares y además con la sexualidad. (Lucio y Ampudia, 1995)

Se desarrolló además una forma de Información Biográfica y una de Sucesos de Vida. La forma de **Datos Biográficos** se desarrolló para obtener información demográfica sobre la estructura familiar, ocupación de los padres, lugar de residencia o historia familiar. Según las investigaciones Williams y Uchujames (1989) sugieren la importancia de estudiar las relaciones entre los sucesos estresantes de la vida y la psicopatología durante la adolescencia. La forma de **Sucesos de Vida** se desarrolló para evaluar los acontecimientos estresantes ocurridos 6 meses antes de la situación de prueba para saber el grado en que los sucesos son percibidos sea de manera positiva, negativa o neutral. (Lucio y Ampudia, 1995)

En cuanto al desarrollo del cuadernillo, el Comité para el Proyecto del MMPI, reconocieron que la extensión de la prueba era un factor importante para su uso con adolescentes por lo que trabajaron para reducir el número total de reactivos pero reteniendo las medidas del MMPI original. Los reactivos reescritos fueron analizados encontrando su equivalencia con la versión fueron cambiados del pasado al presente o al presente perfecto. En un estudio preliminar Williams, Ben-Porath y Hevern (1991), concluyeron que las propiedades psicométricas de los reactivos reescritos indicaban que su efectividad era igual o mejor que las versiones originales y a la vez aumentaba la validez de los reactivos. (Lucio y Ampudia, 1995)

Muestra de grupo control

Los sujetos para el grupo normativo de adolescentes fueron seleccionados entre alumnos de secundaria y preparatoria de diversas zonas geográficas de E. U; California, Minnesota, Nueva York, Carolina del Norte, Ohio, Pensylvania, Virginia y el Estado de Washington. Se eligieron dichas regiones con el propósito de aumentar al máximo las posibilidades de obtener un grupo equilibrado de sujetos de acuerdo a la zona geográfica de hábitos rural y urbana, se incluyo a grupos étnicos, así como hispanoparlantes, para lo cual se tiene a disposición una versión hispana del MMPI-A, en cuya elaboración participó la Dra. Emilia Lucio. (Lucio y Ampudia, 1995)

Muestra clínica

Para la recopilación de la muestra clínica se reunió un gran grupo clínico de adolescentes (Williams, Butcher, 1989) (Williams, Butcher, Ben-Porath y Graham, 1992). Los instrumentos básicos de investigación utilizados en la muestra normativa, se utilizaron también en la muestra clínica, esta estuvo compuesta por 420 hombres y 293 mujeres entre los 14 y 18 años de edad, seleccionados entre diversas instituciones en el área de Minneapolis, entre las que se incluían unidades de internado para el tratamiento contra el abuso de alcohol o drogas. El grado escolar se ubicó entre el 7° y 12° .

Formato del inventario

El inventario Multifásico de la Personalidad para Adolescentes quedó compuesto por 478 reactivos. Las puntuaciones de las escalas de validez (F, L, K) y las escalas clínicas se obtienen en los primeros 350 reactivos, pero es necesario que la persona conteste la prueba completa para de esta manera obtener nuevos indicadores de validez (INVAR, INVER, F2) para las escalas de contenido así como las suplementarias. Las nuevas escalas de contenido incluyen problemas escolares, aspiraciones reducidas, enajenación y problemas de conducta. Las escalas suplementarias que son tres miden problemas de abuso de alcohol y drogas y una para medir inmadures (INM). (Lucio, en prensa)

Versión del Inventario Multifásico de la Personalidad para Adolescentes en México.

La versión en español para México fue realizada como producto de una investigación que se llevó a cabo en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Los pasos que se efectuaron para la realización de dicho trabajo fueron los siguientes:

*Para obtener la primera versión del Inventario se realizó una traducción del protocolo en inglés por el responsable del proyecto y un traductor profesional. (Lingüista bicultural y bilingüe)

*La versión fue discutida con otros psicólogos clínicos y varios estudiantes de países latinoamericanos como México, Bolivia, Cuba y Nicaragua para hacer algunas modificaciones y obtener una segunda versión.

*La segunda versión se le dió a 10 jueces clínicos y se obtuvo el 98% de acuerdo con respecto a los reactivos. Además los clínicos hicieron también comentarios acerca de algunos reactivos donde había dudas.

*Los comentarios que surgieron fueron discutidos por el responsable del Proyecto, algunos maestros y alumnos participantes de la investigación y el traductor profesional para así obtener una tercera versión.

*La nueva versión fue analizada por los psicólogos y lingüistas de la Universidad de Minnesota que consideraron que la traducción era excelente y precisa. No obstante el Departamento de Lingüística sugirió algunas correcciones mínimas para utilizarlas en la versión hispánica en Estados Unidos.

*Algunas de estas sugerencias fueron aceptadas para la versión mexicana, mientras se acordó no hacer otras que alteraban el contenido semántico de los reactivos y así se obtuvo la versión final del instrumento, además se pretende que la versión del MMPI-A desarrollada en la Universidad Nacional Autónoma de México, por la Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo, pueda utilizarse en otros países de Latinoamérica.

*Finalmente se obtuvo una traducción inversa, es decir, del español al inglés y por medio de esta traducción se obtuvo un acuerdo aproximadamente del 90% en los reactivos. (Lucio, Ampudia y Durán, en prensa)

La versión para México sirvió de base para la versión hispánica del MMPI-A que se publicó recientemente en Estados Unidos.

Para la versión en México los sujetos para el grupo de adolescentes mexicanos (muestra normativa) fueron elegidos de diferentes zonas geográficas del Distrito Federal, dado que la población de la Ciudad de México es lo suficientemente heterogénea para considerarla representativa de la población mexicana.

Para la muestra clínica se solicitó la colaboración de diversas Instituciones de Salud Mental como hospitales psiquiátricos y el consejo tutelar.

Estudios realizados con el MMPI en adolescentes

En las investigaciones realizadas con el MMPI original en adolescentes, por ejemplo, Hathaway y Monachesi en 1963, encontraron que las jóvenes obtienen mayor número de perfiles con puntajes máximos en las escalas 0 y 5, aunque los puntajes de las jóvenes en la escala 5 disminuye con la edad. En grupos diagnósticos y con problemas de conducta, Mark y Seeman en 1963, afirmaron que el sexo parecía producir pocas diferencias en el puntaje de las escalas básicas del MMPI.

Navarro en 1971, investigó los efectos del sexo, edad e inteligencia sobre los puntajes de las escalas básicas del MMPI (en español) administrado a jóvenes mexicanos normales. Los jóvenes obtuvieron puntajes T significativamente más elevados que las mujeres en las escalas 2, 8 y 5. Por el contrario, las mujeres obtuvieron un puntaje más elevado que los hombres en la escala 0. Las diferencias significativas debidas al sexo en las escalas 3, 7, A, L y K pueden explicarse como debidas al uso de la versión en español del MMPI en una muestra de jóvenes mexicanos de un medio sociocultural diferente al de Estados Unidos.

Esta investigación y otras, realizadas en México con adolescentes y utilizando el MMPI original, demuestran sus limitaciones puesto que los reactivos presentaban dificultades para la comprensión y funcionaban mal para los adolescentes debido a la escasez de contenido relevante para este tipo de población. Existían pocos reactivos que se referían a problemas familiares y escolares, así como el uso de alcohol y drogas desde la perspectiva del adolescente.

En la actualidad se han realizado diversos estudios con adolescentes, aplicando normas para dicha población. Archer en 1989 examinó la relación de la Escala de Alcoholismo de Mac Andrew (MAC) y la Escala de Búsqueda de Sensaciones (SSS) del Inventario Multifásico de la Personalidad en Adolescentes, y el uso de drogas. Los sujetos fueron 51 hombres y 72 mujeres de preparatoria, con edad entre los 14 y 18 años. Las categorías utilizadas de sustancias fueron: alcohol, anfetaminas, barbitúricos, cocaína, alucinógenos, marihuana y tabaco. Los puntajes de las escalas del MMPI, MAC y SSS fueron examinadas individualmente utilizando el procedimiento multivariado. Los resultados demostraron relaciones significativas entre las medidas de personalidad y el uso de drogas en adolescentes.

Walfish en 1990, realizó una investigación con 243 adolescentes que se presentaron por su voluntad para un tratamiento de dependencia química. La elevación clínicamente significativa de la escala Dp (Depresión psicótica, se basa en la interpretación de Archer (1988) y Graham (1987) respecto a que la elevación de esta escala ha sido descrita como rebelión e inconformidad, teniendo una alta probabilidad de disfunción familiar y utilizando el acting-out como mecanismo de defensa.

Massey en 1992 analizó los perfiles de adolescentes que se encontraban en tratamiento por abuso de drogas. Los sujetos fueron 250 adolescentes que posteriormente se clasificaron en tres grupos, que se caracterizaban por:

- El primer grupo se observó con un aparente alto grado de psicopatología.
- En el segundo grupo se observaron conductas impulsivas (Acting-out).
- El tercer grupo estuvo caracterizado por una falta de psicopatología (elevaciones clínicamente no significativas).

Los resultados sugieren la existencia de tres grupos de perfiles del MMPI en adolescentes que abusan de drogas y que se encuentran en tratamiento.

CAPITULO IV. METODO

CAPITULO IV. METODO

4. 1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACION

A la fecha se han realizado algunas investigaciones que relacionan los factores emocionales en los adolescentes diabéticos, que implican además el ambiente familiar, escolar y social en el cual se encuentra inmerso el adolescente diabético, y el control que requiere este padecimiento.

Es de suma importancia tener en cuenta un padecimiento crónico como la diabetes mellitus ya que es una enfermedad que tiene una distribución mundial. En los Estados Unidos de América hay aproximadamente 4 millones de personas con diabetes, que es cerca del 2% de la población total.

Por otro lado las complicaciones que se generan debido al mal control de dicho padecimiento no solo implica un gran costo económico sino además el deterioro físico del paciente. El buen control depende en gran parte de la colaboración del paciente y ésta no es fácil que la proporcione el adolescente diabético, en ocasiones por no llevar el tratamiento como es indicado y en otras los ataques de cetoacidosis no corresponden a la administración de insulina preescrita en casa. (Minuchin, 1986). Por lo tanto se hace necesario evaluar aquellos aspectos de personalidad que pueden favorecer o entorpecer el buen control de dicho padecimiento el cual interfiere directa o indirectamente en el quehacer social del individuo y que por sus características específicas así como por su repercusión económica, se considera un problema social.

Esta investigación tiene como propósito conocer el perfil de personalidad del adolescente diabético que puedan influir de alguna manera en el mal manejo del padecimiento. Por lo tanto el conocer el perfil del paciente diabético juvenil puede ser útil para de esta manera implementar adecuados programas de intervención psicológicos y médicos, conjuntamente y poder reducir la incidencia de crisis de cetoacidosis, en la hiperglucemia, o bien crisis de hipoglucemia que pueden conducir a la muerte, o bien a complicaciones severas.

4.2 PLANTEAMIENTO DE INVESTIGACION

El MMPI-A es un instrumento psicométrico que permite identificar rasgos de personalidad y diagnosticar problemas emocionales, al ser aplicada a una población de adolescentes con un padecimiento crónico como la diabetes mellitus insulino dependiente, se diría que existen diferencias estadísticamente significativas en las escalas clínicas, de contenido y suplementarias entre el grupo de adolescentes diabéticos y el grupo control (adolescentes sanos).

4.3 HIPOTESIS ESTADISTICA

H1 Existen diferencias estadísticamente significativas en las Escalas de validez y clínicas entre pacientes diabéticos y el grupo control de adolescentes sanos

Ho No existen diferencias estadísticamente significativas en las Escalas de validez y clínicas entre pacientes diabéticos y el grupo normativo de adolescentes.

H1 Existen diferencias estadísticamente significativas en las Escalas de contenido entre pacientes diabéticos y el grupo control de adolescentes sanos.

Ho No existen diferencias estadísticamente significativas en las Escalas de contenido entre pacientes diabéticos y el grupo control de adolescentes sanos.

H1 Existen diferencias estadísticamente significativas en las Escalas suplementarias entre pacientes diabéticos y el grupo control de adolescentes sanos

Ho No existen diferencias estadísticamente significativas en las Escalas suplementarias entre pacientes diabéticos y el grupo control de adolescentes sanos.

4.4 DEFINICION DE VARIABLES

4.4.1 Definición conceptual de variables

VARIABLES INDEPENDIENTES:

DIABETES MELLITUS: Es un síndrome que se manifiesta como un trastorno metabólico, como consecuencia de una deficiencia en la secreción de insulina que el páncreas deja de producir. (Harrison, 1995)

ADOLESCENCIA: Es aquel período de transición que corresponde entre los 13 y los 18 años de edad aproximadamente y que se caracteriza por el desarrollo y cambios a nivel físico y psicológico. (Fitzgerald, 1982)

VARIABLES DEPENDIENTES:

PERSONALIDAD: Representa las propiedades estructurales y dinámicas de un individuo, que lo hace diferente de los demás y que lo refleja en las respuestas características a determinadas situaciones. (Pervin, 1988)

Por lo tanto la personalidad está compuesta de rasgos que son los aspectos distintivos de una persona y que la llevan a comportarse de una manera predecible o regular. (Moliner, 1988)

Siendo el rasgo, un sistema neuropsíquico generalizado y centralizado que determina en gran parte que los estímulos sean percibidos y así iniciar y conducir modos de conducta adaptativa y expresiva. La agrupación de varios rasgos constituyen la personalidad (En Gallegos, 1996)

RESPUESTA: Es la manifestación emitida por un sujeto y provocada ante un estímulo. (Bruno, 1988)

4.4.2 Definición operacional de variables

VARIABLES INDEPENDIENTES:

DIABETES MELLITUS: La diabetes mellitus insulino-dependiente al ser diagnosticado clínicamente, mediante pruebas de laboratorio.

ADOLESCENCIA: Edad del sujeto que será objeto de evaluación (entre 13 y 17 años).

VARIABLES DEPENDIENTES:

RASGO: Se infiere a partir de las respuestas expresadas en el Inventario Multifásico de la Personalidad.

PERSONALIDAD: Características cuantitativas de las Escalas, que al dar un resultado permiten obtener un perfil de personalidad, correspondientes a los nombres de las Escalas.

RESPUESTA: La acción de elegir V o F ante los reactivos del Inventario

4.5 MUESTRA

Para realización de la presente investigación la muestra clínica se eligió de la población de adolescentes que padecen diabetes mellitus insuli-dependiente (diabetes juvenil), seleccionándolos a través de un muestreo intencional por cuota, ya que para la obtención de la muestra se seleccionaron adolescentes que tuvieran un diagnóstico de diabetes mellitus y que acudieron a un hospital de tercer nivel como el Instituto Nacional de Pediatría, durante un período de seis meses.

La muestra de adolescentes sanos se eligieron de la muestra normativa de los estudios realizados por Lucio y Ampudia (1995) y que fue utilizada como medida de comparación.

4.5.1 SUJETOS

La muestra estuvo integrada por 31 sujetos adolescentes de ambos sexos cuyas edades oscilaron entre los 13 y 17 años, con escolaridad mínima de secundaria.

4.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Criterios para el grupo clínico:

- * Adolescentes entre 13 y 17 años de edad
- * Ambos sexos.
- * Que acudían a un Hospital de Tercer Nivel (Instituto Nacional de Pediatría)
- * Diagnóstico: diabetes mellitus insulino-dependiente.
- * Que no presentaran ningún otro tipo de padecimiento crónico.
- * Que no fueran analfabetas o con sospecha de retraso mental.

Los criterios de inclusión para la muestra del grupo control:

- La edad, adolescentes entre 13 y 17 años de edad.
- No. de respuestas sin contestar, hasta 35 reactivos.
- INVAR, hasta 12
- INVER de 5 a 13
- F hasta 39 en hombres y 33 en mujeres.

4.7 INSTRUMENTO

Se aplicó el Inventario Multifásico de la Personalidad para Adolescentes (MMPI-A), que fue publicado por primera vez en inglés en 1992 por la Universidad de Minnesota. En 1995 la Universidad de Minnesota publicó la primera versión en español del MMPI-A en la que contribuyó la Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo de la Facultad de Psicología de la UNAM.

En la actualidad la versión en español para México del MMPI-A fue validada por el grupo de investigación de la Coordinación de Psicología Clínica de la Facultad

de Psicología, a cargo de la Dra. Emilia Lucio, con la colaboración de la Mtra. Amada Ampudia, la Mtra. Consuelo Durán y cols.

La versión consta de 478 reactivos que mantienen las escalas originales de las cuales fueron eliminados reactivos mal redactados y que también fueron eliminados en el MMPI-A, y fueron redactados nuevamente aquellos que presentaban dificultades de lenguaje. Ben-Porath y Butcher (1989) encontraron que revisar los reactivos, mejoraba su validez y su funcionamiento psicométrico.

4.7.1 Obtención del perfil en el Instrumento

Para la calificación manual existen plantillas tanto para Escalas de validez como para Escalas clínicas y suplementarias y de esta manera obtener las puntuaciones naturales. Las puntuaciones naturales que se vacían en el perfil básico del MMPI-A, se basan en un conjunto de escalas desarrolladas por Hathaway y Mackinney y modificadas hasta cierto punto en el desarrollo del MMPI-A. (Lucio en prensa)

Las puntuaciones están organizadas en dos grupos (Indicadores de validez y escalas clínicas), excepto las puntuaciones de NO PUEDO DECIR, que están trazadas e indicadas en forma separada para cada perfil. Las puntuaciones de NO PODRIA DECIR (?) son una puntuación natural indicada abajo del perfil.

Los reactivos de cada una de las escalas se enlistan por número de reactivo y dirección de la puntuación. Para las puntuaciones crudas de cada escala le corresponde valores de puntuaciones T.

Para el trazo del perfil se utiliza una forma apropiada para el género del sujeto. Después las puntuaciones brutas deben ser vaciadas en la forma del perfil, las columnas de la izquierda y la derecha muestran las puntuaciones T correspondientes. la corrección K utilizada en el MMPI original y en el MMPI-2 no se utiliza en el MMPI-A, ya que esta fue desarrollada únicamente para adultos. Los puntos, círculos o cualquier otro tipo de pequeñas marcas deben ser colocadas en los puntos correspondientes a las puntuaciones naturales, para cada una de las escalas y unirse mediante una línea continua entre las escalas de validez (a la izquierda del perfil) y las escalas estándar (que comienzan con Hs).

4.7.2 Clave del perfil

Con el fin de reducir la amplia gama de perfiles a un número más factible, se le asigna un número a cada escala, como en el MMPI-2

Hs = 1, D = 2, Hi = 3, Dp = 4, Mf = 5, Pa = 6, Pt = 7, Es = 8, Ma = 9, Si = 0

La numeración asignada se deriva de la codificación de Welsh (1948, 1951) con la modificación sugerida por Butcher y Williams (1992), que se recomienda para el uso con el MMPI-A.

Para la codificación se utiliza el siguiente procedimiento:

Se anotan los dígitos que representan las escalas clínicas de acuerdo con la elevación de puntajes T, de los mas altos a los mas bajos. Las escalas de validez se codifican y colocan de manera separada a la derecha del código y de las escalas clínicas. (Lucio 1996 en prensa)

Las escalas que tienen la misma puntuación o cuya diferencia entre ellos es de un punto deben subrallarse, luego los símbolos de elevación se insertan entre las abreviaturas usando los signos que aparecen a continuación para designar los rangos de elevación de diez puntos en las puntuaciones T uniformes:

Símbolo	Puntuaciones T
**	100 - 99
*	90 - 99
"	80 - 89
'	70 - 79
+	65 - 69
-	60 - 64
/	50 - 59
:	40 - 49
#	30 - 39

20 o menos a la derecha de #

4.7.3 ESTRUCTURA DEL INSTRUMENTO

Indicadores de validez

Los indicadores de validez según Lucio (1996, en prensa), son útiles cuando una persona no contesta los reactivos o los indicó como cierto y falso a la vez (respuestas no podría decir), los motivos pueden ser por desacuerdo y por

oposicionismo, limitaciones intelectuales a la lectura, confusión, indesección o defensividad.

Si 30 o más reactivos quedan sin contestar y están distribuidos en forma regular a lo largo de los reactivos, el protocolo de la prueba debe considerarse invalidado y no debe interpretarse ninguna escala del MMPI-A.

Si las respuestas *No podría decir*, la mayoría de las veces ocurren después del reactivo 350, las escalas F; L; K, pueden ser interpretadas.

Los nuevos indicadores de validez **INVAR** (inconsistencia de las respuestas variables), **INVER** (inconsistencia de las respuestas verdaderas) y F2 y las escalas de contenido así como las suplementarias no deberán ser interpretadas si existen omisiones substanciales.

Las nuevas escalas de validez **INVER**, **INVAR** (Tellegren, 1991) fueron diseñadas con el fin de complementar los indicadores de validez. Estas escalas no reflejan un contenido particular y son diferentes de las escalas F, L y K. Las puntuaciones de estas escalas indican una tendencia del sujeto a responder a los reactivos en forma inconsistente y contradictoria.

La escala L (mentiras), se compone de 14 reactivos. Esta escala detecta intentos inocentes de los adolescentes por ponerse en una posición favorable (niegan quizá inconscientemente fallas o debilidades relativamente menores). Una elevación moderada de las puntuaciones T entre 60 y 64, sugiere que es necesario incluir un informe interpretativo. (Lucio, en prensa)

Para las escalas **F**, **F1** y **F2** (infrecuencia), Hathaway y Monachesi en 1953, sugirieron eran hasta cierto punto lo opuesto a la escala L. Las personas con puntuaciones altas de F se presentan a sí mismos en una posición desfavorable

y los factores que pueden contribuir son a ser exageradamente ingenuos, desajustes emocionales, a responder descuidadamente o exagerar el síntoma.

La escala F se compone de 66 reactivos, en el MMPI-A fueron eliminados los reactivos que presentaban contenido inapropiado para los adolescentes, se conservaron 37 reactivos de la escala original, adicionando 12 reactivos que aparecían en la forma del MMPi pero que no se puntuaban en F. La escala F del MMPI-A está dividida entre la escala F1 con 33 reactivos y F2 con 33 reactivos. La escala F1 procede directamente de la escala F tradicional y se encuentran en los primeros 350 reactivos.

La escala F2 se compone de reactivos que aparecen en la segunda mitad del cuadernillo empezando con el 242.

En 1991 Tellegren menciona que investigaciones que se efectuaron para desarrollar el MMPI-A indicaban que una adecuada evaluación de validez no puede basarse únicamente en la escala F, se deben tomar en cuenta otros indicadores como las escalas **INVER**; **INVAR** (Lucio en prensa).

La escala K (defensividad), se compone de 30 reactivos que fueron originalmente seleccionados para identificar adultos con entidades psiquiátricas que mostraban grados significativos de psicopatología, pero que obtenían perfiles que se encontraban dentro de los límites normales. (Meehl y Hathaway, 1946, cita en Lucio, 1995), la escala no sufrió ningún tipo de aumento o sustracción de reactivos en el desarrollo del MMPI-A y tiene un propósito similar a la escala L ya que identifica a individuos que responden defensivamente. De acuerdo con Hathaway y Monachesi (1953), la escala fue desarrollada para corregir las puntuaciones de las escalas 1, 4, 8 y 9. Pero ni las normas presentadas por Marks en 1972 ni las nuevas normas de adolescentes del MMPI-A incluyen la corrección K. La escala K en el MMPI-A puede ser utilizada como indicador de validez. (Lucio, en prensa)

Escalas clínicas

Escala 1 (Hs: Hipocondriasis). Consta de 32 reactivos, fue eliminado un reactivo de la escala original cuyo contenido era cuestionable. Las elevaciones en esta escala revelan preocupación por la salud y la enfermedad. Butcher y Williams (1992) informan que es poco usual la elevación de la escala 1 en adolescentes dentro de los contextos clínicos. Es posible que los varones en escenarios clínicos presenten problemas internos mayores como sentimientos de culpa, alejamiento, etc. asociado a quejas físicas. Las mujeres dentro de contextos clínicos pueden presentar problemas de alimentación asociadas con otras muchas quejas. (Lucio, en prensa)

Escala 2 (D: Depresión). Esta escala consistía en 60 reactivos de los cuales 57 se mantuvieron en el MMPI-A, Hathaway y Mackinney (1942) describieron esta medida como indicador de insatisfacción general con la propia vida.

Escala 3 (Hi. Histeria). Consta de 60 reactivos, que fueron seleccionados originalmente para identificar a aquellos individuos que responden al estrés con reacciones histéricas tanto en el área sensorial como motora sin base orgánica. Incluye dos áreas de contenido que incluye una con preocupaciones somáticas y negación de problemas y la otra la necesidad de aceptación y aprobación social. (Lucio, en prensa)

Escala 4 (Dp: Desviación psicopática). Consiste en 49 reactivos. La escala se desarrolló sobre las bases de respuestas de hombres y mujeres jóvenes con patrones de mentir, robo, promiscuidad sexual y abuso de alcohol. Archer en 1988, mencionó que la elevación de la escala en pacientes hospitalizados se encontraba relacionada con hostilidad, rebeldía, pocas posibilidades de motivación en psicoterapia y mayores probabilidades de abuso de alcohol y drogas. Las 5

subescalas de Harris y Lingoos para la escala 4 incluyen discordias familiares, problemas de autoridad, falta de sensibilidad social, enajenación social y de sí mismo. (Lucio, en prensa)

Escala 5 (Mf: Masculinidad- Femenidad). La elevación de esta escala en ambos sexos parece tener un efecto de exhibición de conductas acting-out. La elevación de esta escala en hombres apuntan a la aprobación de intereses típicamente femeninos. Y la elevación de esta escala en mujeres se relaciona con intereses inusuales típicamente masculino. No existen datos actuales sobre esta escala. (Lucio, en prensa)

Escala 6 (Pa: Paranoia). Consiste en 40 reactivos que incluyen contenidos relacionados con ideas de referencia, suspicacia, sentimientos de persecución y rigidez. Las subescalas de Harris y Lingoos para esta escala son ideas persecutorias, mordacidad e ingenuidad. (Lucio, en prensa)

Escala 7 (Pt: Psicastenia). Contiene 48 reactivos que muestran el síndrome neurótico cercanamente relacionado con la categoría de trastorno obsesivo-compulsivo, quejas físicas, infelicidad, problemas para concentrarse, ansiedad, sentimientos de inferioridad. (Lucio, en prensa)

Escala 8 (Es: Esquizofrenia). Con 77 reactivos, eliminándose un reactivo de la escala original que se relacionaba con la sexualidad. Esta escala incluye procesos del pensamiento delirantes, y percepciones peculiares (alucinaciones), aislamiento social, trastornos de afecto y conductas, dificultades para concentrarse e impulsividad. (Lucio, en prensa)

Escala 9 (Ma: Hipomanía). Con 46 reactivos que miden sentimientos de grandiosidad, irritabilidad, fuga de ideas, egocentrismo, hiperactividad cognitiva y conductual. Hathaway y Monachesi (1953) relacionaban la escala 9 con entusiasmo y energía, característico de los adolescentes y la elevación excesiva, llevaba a conductas antisociales o conductas maniaco irracionales. (Lucio, en prensa)

Escala 0 (Is: Introversión social). Originalmente contaba con 70 reactivos, 8 de los cuales fueron eliminados quedando así 62 reactivos. Esta escala está compuesta por tres subescalas: timidez / inhibición, evitación social y exageración de sí mismo y de los demás. las puntuaciones elevadas se asocian con retraimiento social y baja autoestima. (Lucio, en prensa)

Escalas de contenido

Las escalas de contenido son válidas para describir y predecir variables de la personalidad y son fácilmente interpretables. (Lucio, en prensa)

A-ANS (Ansiedad - Adolescentes). Mide ansiedad, trastornos del sueño. Además se relaciona con la confusión e incapacidad para concentrarse en una tarea.

A-OBS (Obsesividad - Adolescentes). Se relaciona con preocupaciones desproporcionadas relacionadas con asuntos triviales, dificultad para tomar decisiones, temor ante la necesidad de hacer cambios en sus vidas.

A-DEP (Depresión - Adolescentes). Se incluyen síntomas de depresión, llanto frecuente, fatiga y pensamientos autorreprobatorios.

A-SAU (Preocupación por la salud - Adolescentes). Problemas físicos que interfieren en el disfrute de actividades extraescolares, presentándose mala conducta y pobre desempeño académico.

A-ENA (Alienación - Adolescentes). Implica distancia emocional con respecto a los otros, creen que no le importan a nadie, ni nadie los comprende ni los quiere.

A-DEL (Pensamiento delirante - Adolescentes). Pensamientos y experiencias extrañas incluyendo posibles alucinaciones auditivas, visuales y olfatorias. Ideación paranoide, problemas escolares.

A-ENJ (Enojo - Adolescentes). Esta escala consta de 17 reactivos, Los adolescentes con calificaciones elevadas en esta escala manifiestan problemas importantes en el control del enojo.

A-CIN (Cinismo - Adolescentes). Cuando esta escala se encuentra levada los adolescentes se sienten incomprendidos y piensan que los demás están celosos de ellos. Esta escala consta de 22 reactivos.

A-ENJ (Enojo - Adolescentes). Esta escala consta de 17 reactivos. Los adolescentes con calificaciones elevadas en esta escala manifiestan problemas importantes en el control del enojo.

A-CIN (Cinismo - Adolescentes). Cuando esta escala se encuentra elevada los adolescentes se sienten incomprendidos y piensan que los demás están celosos de ellos. Esta escala consta de 22 reactivos.

A-CON (Problemas de conducta - Adolescentes). La escala contiene 23 reactivos, y cuando esta se eleva indica problemas de conducta, incluyendo el robo, mentir, ser irrespetuosos y opositores y les atrae la conducta criminal.

A-BAE (Baja autoestima - Adolescentes). Los adolescentes que presentan puntuaciones altas en esta escala que contiene 18 reactivos, refieren ser opositores, negativos acerca de sí mismos.

A-ASL (Aspiraciones limitadas - Adolescentes). Se encuentra compuesta de 16 reactivos. Las puntuaciones altas se encuentran asociadas en los adolescentes a un bajo interés en lo que hacen.

A-ISO (Inconformidad social - Adolescentes). La escala consta de 24 reactivos y cuando existe una elevación alta, los adolescentes encuentran difícil convivir con otros, son tímidos y tienen dificultades para hacer amigos.

A-FAM (Problemas familiares). Con 33 reactivos. Los adolescentes con puntajes altos en esta escala, reportan considerables problemas con los padres y con otros miembros de la familia.

A-ESC (Problemas escolares - Adolescentes). Cuenta con 20 reactivos. Las bajas calificaciones de los adolescentes, están asociadas con puntajes altos en esta escala. También se presentan actitudes negativas hacia los maestros y son reportados por estos últimos como flojos. Esta escala también se asocia con la desadaptación general.

A-RTR (Rechazo al tratamiento). Esta escala se compone de 26 reactivos. Se ha reportado que los adolescentes con puntajes altos en esta escala, toman actitudes negativas hacia el medio y hacia los profesionales de la salud mental.

Escalas Suplementarias (tradicionales)

A (Ansiedad). Compuesta por 35 reactivos. Fue desarrollada por Welsh en 1956 para evaluar la primera dimensión que emerge cuando las escalas de validez y clínicas básicas se analizan factorialmente. Cuando los puntajes son altos, revelan angustia, ansiedad, molestia y trastornos emocionales general.

R (Represión). Tienen 33 reactivos y Welsh en 1956 la desarrolló para evaluar la segunda dimensión que emerge cuando las escalas de validez y clínicas se analizan factorialmente. Personas con puntajes elevados tienden a ser convenicionistas y sumisos.

A- MAC (Mac Andrew - Escala revisada sobre alcoholismo). Mac Andrew, Archer, Gordon, Anderson y Giannneti (1989), desarrollaron esta escala utilizando dos grupos de pacientes varones alcohólicos y otro de pacientes psiquiátricos varones, e identificaron 51 reactivos. En la versión del MMPI para adolescentes se utilizaron 49 reactivos, omitiéndose dos que hacen referencia obvia al uso del alcohol, pero fueron reemplazados cuatro relacionados con contenidos religiosos. (Lucio, en prensa)

Escalas Suplementarias (nuevas)

RFA (Reconocimiento del problema del alcohol / drogas). Esta escala fue desarrollada para determinar la buena voluntad de una persona para reconocer su problema con respecto al uso de alcohol y otras drogas.

TFA (Tendencia a la farmacodependencia / alcohol). Es similar a la escala MAC-R, es una medida derivada empíricamente, desarrollada para determinar la probabilidad de que los adolescentes presenten problemas de alcohol.

INM (Inmadurez). Esta escala fue desarrollada para el MMPI-A por Archer, Pancoast y Gordon, basados en una investigación que explora la relación entre la maduración (utilizando el concepto de desarrollo del Yo de Loevinger en 1976). La escala de inmadurez determina el grado en el cual el adolescente refiere conductas, actitudes y percepciones de él mismo que reflejan inmadurez en términos de estilo personal, complejidad cognitiva, consciencia de sí mismo, juicio adecuado y control de impulsos. (Lucio en prensa)

4.8 PROCEDIMIENTO

Durante un período de seis meses se seleccionaron pacientes adolescentes con diagnóstico de diabetes mellitus insulino-dependiente (diabetes mellitus tipo 1) y que acudían a consulta externa en un Hospital de tercer Nivel, en este caso el Instituto Nacional de Pediatría.

Los sujetos se seleccionaron de acuerdo al Diagnóstico, edad, que supieran leer y escribir y que además no sufrieran ningún otro tipo de padecimiento crónico no asociado con la diabetes, o bien que no padecieran retraso mental.

Una vez seleccionados los sujetos se les pidió su colaboración diciéndoles que se trataba de una investigación psicológica y posteriormente se procedió a la aplicación del Inventario Multifásico de la personalidad para adolescentes (MMPI-A), presentándoles el cuadernillo y la hoja de respuestas individual, bajo las condiciones indicadas para su aplicación; un lugar adecuado (cerrado e iluminado), instrucciones precisas, monitoreo apropiado, así como garantizar la confidencialidad. El tiempo aproximado fue de 2 hrs.

4.9 TIPO DE INVESTIGACION

El tipo de investigación en el presente estudio es no experimental, denominada EX POST FACTO, siendo imposible asignar algún tipo de tratamiento a los sujetos y tampoco fue posible manipular la variable independiente puesto que esta ya ocurrió (Kerlinger, 1988). Además los sujetos fueron no asignados aleatoriamente sino por cuota (determinado tiempo). (Kerlinger, 1988)

La investigación fue realizada en el medio real donde se manifiesta el fenómeno (en este caso la Institución donde se atienden los pacientes) por lo tanto se clasifica como estudio de campo. Y es confirmatorio porque intentaba confirmar o rechazar hipótesis. (Kerlinger, 1988)

4. 10. TIPO DE DISEÑO

Es un diseño de dos muestras independientes, con una sola medición, tomadas de dos poblaciones independientes, en este caso, población de pacientes adolescentes con diabetes y población de adolescentes sin diabetes. (Kerlinger, 1988)

4.11. ANALISIS DE DATOS

Se utilizó el programa estadístico SPSS para obtener las medidas de tendencia central como medias, desviación estándar, frecuencias y porcentajes, para de esta manera obtener el perfil de la muestra para su interpretación clínica. Posteriormente se llevó a cabo un análisis estadístico a través de la prueba *t de Student* para obtener la significancia que permite saber la diferencia entre las medias de grupos independientes; grupo de adolescentes con diabetes y grupo de adolescentes sanos (grupo control).

CAPITULO V. DESCRIPCION DE DATOS

CAPITULO V. DESCRIPCION DE DATOS

Para el análisis de resultados se obtuvieron las medidas de tendencia central como son, frecuencias, medias y desviación estándar, y se obtuvieron además porcentajes.

En la tabla 5.1 se observa la distribución de frecuencias y porcentajes para observar como se distribuyen las variables atributivas como sexo y edad, en pacientes con diabetes:

TABLA 5.1
ADOLESCENTES CON DIABETES

SEXO	FRECUENCIAS	PORCENTAJES	EDAD PROMEDIO
MASCULINO	12	36,36%	16.6
FEMENINO	21	63.64%	14.4
TOTAL	33	100%	15.1

El porcentaje mas alto corresponde al sexo femenino que equivale al 63.64% de 33 sujetos que contribuyeron a la muestra, con lo cual se podría decir que un mayor porcentaje de adolescentes del sexo femenino con diabetes mellitus, acuden a tratamiento

En cuanto a la edad, el promedio en el grupo del sexo masculino fue el mas alto; de 16 años, 6 meses, mientras que en el sexo femenino la edad promedio fue de 14 años, 2 meses.

En la tabla 5.2 se muestra la distribución de frecuencias y porcentajes para las variables atributivas de sexo y edad en adolescentes sin diabetes (grupo control).

TABLA 5.2

**GRUPO CONTROL
(ADOLESCENTES SIN DIABETES)**

SEXO	FRECUENCIAS	PORCENTAJES	EDAD PROMEDIO
MASCULINO	12	38.70%	15.1
FEMENINO	19	61.30%	14.4
TOTAL	31	100%	14.7

Al sexo femenino le corresponde el porcentaje mas alto de 61.30% de 31 sujetos que integran la muestra del grupo control. Y el porcentaje del 38.70%, correspondió al sexo masculino.(Lucio, 1995)

La edad promedio mas alta fue de 15.1 en el grupo del sexo masculino, mientras que en el grupo del sexo femenino la edad promedio fue de 14.4 años.

ESCALAS BASICAS (DE VALIDEZ Y CLINICAS)

En el segundo análisis estadístico se obtuvieron medidas de tendencia central como medias y desviación estándar para cada una de las escala del MMPI-A (básicas; de validez y clinicas, de contenido y suplementrias).

Posteriormente se convirtieron los datos de puntuaciones naturales a puntuaciones T Uniformes y se obtuvo así el perfil de personalidad para los pacientes con diabetes. (Ver figura 6)

En las tablas 5.3 y 5.4 se muestran las medias y desviación estándar obtenidas para el grupo de diabéticos; hombres y mujeres, en las escalas básicas; de validez y contenido.

TABLA 5.3

	SEXO FEMENINO (N= 21)	
ESCALAS	X	D.E.
INVAR	4.10	2.53
INVER	8.86	1.85
F1	4.38	2.36
F2	6.67	4.63
F	11.05	6.14
L	4.81	2.16
K	14.48	4.03
Hs	9.29	5.28
D	23.86	4.41
Hi	22.33	5.59
Dp	20.67	4.81
Mf	25.00	2.88
Pa	13.48	3.91
Pt	18.62	7.48
Es	20.95	10.86
Ma	20.81	3.60
Is	24.71	7.32

ESCALAS BASICAS (DE VALIDEZ Y CLINICAS)

La tabla 5.4 muestra medias y desviación estándar para el grupo de pacientes diabéticos del sexo masculino.

TABLA 5.4

	SEXO MASCULINO (N= 10)	
ESCALAS	X	D. E.
INVAR	4.08	2.35
INVER	10.00	2.56
F1	4.83	2.95
F2	9.00	6.76
F	13.83	9.59
L	6.60	3.11
K	15.92	5.18
(Hs) 1	10.95	4.16
(D) 2	22.67	5.52
(Hi) 3	24.42	4.91
(Dp) 4	19.00	4.71
(Mf) 5	19.92	3.00
(Pa) 6	13.00	4.39
(Pt) 7	15.83	6.99
(Es) 8	23.25	11.24
(Ma) 9	21.42	4.36
(Is) 0	24.08	5.26

Los puntuaciones naturales que se obtuvieron tanto en la tabla 5.3 y 5.4, se convirtieron a puntajes T Uniformes para la obtención del perfil de personalidad de los pacientes diabéticos. (Apéndice 7)

ESCALAS DE CONTENIDO

Las medias y la desviación estándar que se obtuvieron para las escalas de contenido del MMPI-A en el grupo de pacientes con diabetes; hombres y mujeres se muestran en las tablas 5.5 y 5.6

TABLA 5.5

	SEXO FEMENINO (N = 21)	
ESCALAS	X	D.E.
ANS-A	8.19	4.37
OBS-A	8.10	2.53
DEP-A	10.00	4.20
SAU-A	9.05	5.06
ENA-A	6.14	4.25
DEL-A	5.00	3.07
ENG-A	8.05	2.99
CIN-A	11.57	4.28
PCO-A	7.67	3.29
BAE-A	5.67	3.80
PAS-A	4.10	3.02
ISO-A	7.90	3.10
FAM-A	11.14	5.76
ESC-A	5.05	3.06
RTR-A	8.10	4.22

Los datos fueron convertidos a puntajes T Uniformes para la obtención del perfil de personalidad de pacientes diabéticos del sexo femenino. (figura 8)

ESCALAS DE CONTENIDO

En la tabla 5.5 se muestran medias y desviación estándar de las escalas de contenido para pacientes con diabetes del sexo masculino.

TABLA 5.6

	SEXO MASCULINO (N = 10)	
ESCALAS	X	D.E.
ANS-A	7.42	3.74
OBS-A	6.42	1.78
DEP-A	7.58	4.93
SAU-A	10.75	4.83
ENA-A	5.25	3.41
DEL-A	5.17	3.56
ENJ-A	7.50	4.72
CIN-A	11.58	4.38
PCO-A	8.67	4.42
BAE-A	5.42	3.12
PAS-A	5.25	2.60
ISO-A	9.33	3.96
FAM-A	8.08	5.11
ESC-A	6.83	4.75
RTR-A	9.67	5.48

Los datos en números naturales, fueron convertidos a puntajes T Uniformes para obtener el perfil de los pacientes con diabetes del sexo masculino. (figura 8)

ESCALAS SUPLEMENTARIAS

Se obtuvieron las medias y desviación estándar para la muestra de adolescentes con diabetes, de ambos sexos, en las escalas suplementarias.

TABLA 5.7

	SEXO FEMENINO (N = 21)	
ESCALAS	X	D.E.
MAC-A	21.52	2.80
RPAD	2.43	1.78
TPAD	15.29	4.36
INM	11.62	5.08
A	15.62	6.71
R	15.29	3.41

TABLA 5.8

	SEXO MASCULINO (N = 10)	
ESCALAS	X	D. E.
MAC-A	23.25	4.65
RPAD	3.75	2.73
TPAD	15.58	5.35
INM	14.83	7.26
A	13.58	5.76
R	15.75	3.82

Los puntajes de las escalas suplementarias para ambos sexos se convirtieron en puntajes T Uniformes para obtener el perfil de adolescentes de ambos sexos con diabetes mellitus. (figura 8 y 9)

En los siguientes cuadros se muestran los datos comparativos de ambas muestras; adolescentes con diabetes mellitus (grupo clínico) y adolescentes sanos (grupo control), en las escalas básicas; de validez y clínicas, en las escalas de contenido y en las suplementarias.

ESCALAS CLINICAS Y DE VALIDEZ

TABLA 5.9

SEXO FEMENINO

ESCALAS	GRUPO CLINICO (N = 21)		GRUPO CONTROL (N = 19)		T	
	X	D.E.	X	D.E.		
INVAR	4.09	2.53	2.77	1.72	1.89	*
INVER	8.86	1.85	9.53	1.02	- 1.40	
F1	4.38	2.36	4.05	2.20	.45	
F2	6.67	4.63	6.89	5.09	-.15	
F	11.05	6.14	10.95	5.84	.05	
L	4.81	2.16	4.00	2.36	1.13	
K	14.48	4.03	12.37	3.44	1.77	*
Hs	9.29	5.28	8.84	3.75	.30	
D	23.86	4.41	20.74	4.00	2.34	*
Hi	22.33	5.59	20.74	3.98	1.03	
Dp	20.67	4.81	17.53	3.81	2.27	*
Mf	25.00	2.88	22.89	4.29	1.84	*
Pa	13.48	3.91	11.47	4.15	1.57	
Pt	18.62	7.48	18.37	6.87	.11	
Es	20.95	10.86	22.05	6.89	-.38	
Ma	20.81	3.60	22.37	4.50	-.22	
Is	24.71	7.32	24.11	9.54	.23	

Como análisis estadístico, se llevó a a cabo la prueba *t Student* para obtener la diferencia entre las medias del grupo clínico y el grupo control.

El nivel de significancia que se utilizó para el análisis estadístico fue del .05, con un valor de *t* - 1.72 En la tabla 5.8 de escalas de validez y clínicas para el grupo clínico y control del sexo femenino, se aprecian diferencias estadísticamente significativas en las escalas D (*t* - 1.72, *p* = .05), y en la

escala Dp ($t = 1.72$, $p = .05$) Posteriormente los puntajes naturales se convirtieron a puntajes T (figura 10)

ESCALAS CLINICAS Y DE VALIDEZ

En la siguiente tabla se muestra el análisis comparativo de las escalas clínicas y de validez entre el grupo clínico y el grupo control del sexo masculino.

TABLA 5.10

SEXO MASCULINO

ESCALAS	GRUPO CLINICO (N = 10)		GRUPO CONTROL (N = 12)		T
	X	D.E	X	D.E.	
INVAR	4.08	2.35	2.75	2.22	1.43
INVER	10.00	2.56	8.42	2.71	1.40
F1	4.83	2.95	4.50	3.18	.27
F2	9.00	6.76	6.67	2.84	1.10
F	13.83	9.59	11.67	5.46	.84
L	6.25	3.11	4.50	2.47	1.53
K	15.92	5.18	14.67	3.96	.66
Hs	10.25	4.16	9.25	3.96	.60
D	22.67	5.52	20.58	4.32	1.03
Hi	24.42	4.91	20.25	6.41	1.79 *
Dp	19.00	4.71	18.75	5.83	.12
MFm	19.92	3.00	17.83	3.76	1.50
Pa	13.00	4.39	11.25	5.17	.89
Pt	15.83	6.99	17.42	7.06	-.55
Es	23.25	11.24	22.83	9.67	.10
Ma	21.42	4.36	21.92	3.53	-.31
Is	24.08	5.26	24.08	6.69	.00

En el caso del sexo masculino a un nivel de significancia del .05 el valor de $t = 1.79$ encontrándose diferencias estadísticamente significativas en la escala Hi (Ver figura 11)

ESCALAS DE CONTENIDO

En los cuadros 5.11 y 5.12 se muestran los datos comparativos para las escalas de contenido en los grupos clínicos y control por sexos.

TABLA 5.11

SEXO FEMENINO

ESCALAS	GRUPO CLINICO (N = 21)		GRUPO CONTROL (N = 19)		T
	X	D.E.	X	D.E.	
ANS-A	8.19	4.37	8.58	4.14	-.29
OBS-A	8.10	2.53	7.63	2.97	.53
DEP-A	10.00	4.20	8.47	4.21	1.15
SAU-A	9.05	5.06	8.95	5.57	.06
ENA-A	6.14	4.25	5.74	3.38	.33
DEL-A	5.00	3.07	5.00	2.67	.00
ENJ-A	8.05	2.99	8.79	2.18	-.89
CIN-A	11.57	4.28	13.37	3.52	-1.44
PCO-A	7.67	3.29	8.79	3.01	-1.12
BAE-A	5.67	3.80	4.63	3.55	.89
PAS-A	4.10	3.02	4.84	2.34	-.87
ISO-A	7.90	3.10	7.37	3.95	.48
FAM-A	11.14	5.76	11.05	4.02	.06
ESC-A	5.05	3.06	5.47	2.95	-.45
RTR-A	8.10	4.22	8.58	3.67	-.38

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las escalas de contenido entre el grupo clínico y control del sexo femenino.(figura 12)

ESCALAS DE CONTENIDO

TABLA 5.12

SEXO MASCULINO

ESCALAS	GRUPO CLINICO (N = 10)		GRUPO CONTROL (N = 12)		T	
	X	D.E	X	D.E.		
ANS-A	7.42	3.73	7.92	3.53	-.34	
OBS-A	6.42	1.78	6.33	2.53	.09	
DEP-A	7.58	4.93	6.67	3.87	.51	
SAU-A	10.75	4.83	9.25	4.59	.78	
ENA-A	5.25	3.41	5.33	3.39	-.06	
DEL-A	5.17	3.56	5.75	3.36	-.41	
ENJ-A	7.50	4.72	8.75	3.11	-.77	
CIN-A	11.58	4.38	14.67	2.96	-2.02	*
PCO-A	8.67	4.42	9.00	3.05	-.22	
BAE-A	5.42	3.12	4.75	2.96	.54	
PAS-A	5.25	2.60	4.25	1.91	1.07	
ISO-A	9.33	3.96	8.50	3.99	.51	
FAM-A	8.08	5.11	8.25	3.77	-.09	
ESC-A	6.83	4.75	6.08	2.61	.48	
RTR-A	9.67	5.48	9.00	3.52	.35	

En las escalas de contenido para el grupo clínico y control, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la escala A-CIN (P = .05)
(Ver figura 13)

ESCALAS SUPLEMENTARIAS

En las siguientes tablas; 5.1 y 5.14, se muestran los datos comparativos para las muestras clínicas y control de ambos sexos. (Después los puntajes naturales se convirtieron a puntajes T Uniformes, ver figuras 12 y 13)

TABLA 5.13

SEXO FEMENINO

ESCALAS	GRUPO CLINICO (N = 21)	D.E.	GRUPO CONTROL (N = 19)	D.E.	T	P
	X		X			
MAC-A	21.52	2.80	23.16	2.93	-1.80	*
RPAD	2.43	1.78	3.21	1.99	-1.31	
TPAD	15.29	4.36	14.42	2.99	.72	
INM	11.62	5.08	13.26	4.45	-1.08	
A	15.62	6.71	14.42	6.72	.56	
R	15.29	3.42	13.79	2.64	1.54	

TABLA 5.14

SEXO MASCULINO

ESCALAS	GRUPO CLINICO (N = 10)	D.E.	GRUPO CONTROL (N = 12)	D.E.	T	P
	X		X			
MAC-A	23.25	4.65	24.00	3.38	-.45	
RPAD	3.75	2.73	2.92	2.83	.88	
TPAD	15.58	5.35	15.17	4.45	.21	
INM	14.83	7.26	15.67	4.48	-.34	
A	13.58	5.76	13.08	6.30	.20	
R	15.75	3.82	14.00	2.80	1.20	

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las escalas suplementarias para el grupo clínico del sexo femenino en la escala A-MAC, con un nivel de significancia del .05 y un valor de t - 1.72

CAPITULO VI. ANÁLISIS DE RESULTADOS

CAPITULO VI. ANÁLISIS DE RESULTADOS

La pregunta de investigación planteada en el presente trabajo fue: ¿Existirán diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de adolescentes con diabetes mellitus insulino dependiente y un grupo de adolescentes sanos, en las escalas clínicas, de validez, de contenido y suplementarias? Para lo cual se plantearon las siguientes hipótesis

H1 Existen diferencias estadísticamente significativas en las Escalas de validez y clínicas entre adolescentes con diabetes y el grupo control de adolescentes sanos.

Ho No existen diferencias estadísticamente significativas en las Escalas de validez y clínicas entre adolescentes con diabetes y el grupo control de adolescentes sanos.

H2 Existen diferencias estadísticamente significativas en las Escalas de Contenido entre adolescentes con diabetes y el grupo control de adolescentes sanos.

Ho No existen diferencias estadísticamente significativas en las Escalas de Contenido entre adolescentes con diabetes y el grupo control de adolescentes sanos.

H3 Existen diferencias estadísticamente significativas en las Escalas Suplementarias entre adolescentes con diabetes y el grupo control de adolescentes sanos.

Ho No existen diferencias estadísticamente significativas en las Escalas Suplementarias entre adolescentes con diabetes y el grupo control de adolescentes sanos.

Se acepta la hipótesis alterna 1, puesto que se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel del .05 en las Escalas clínicas del MMPI-A, entre adolescentes con diabetes y adolescentes del grupo control, del sexo femenino.

Las escalas en las cuales se encontraron diferencias estadísticamente significativas son:

INVAR. La elevación clínicamente significativa en esta escala indica la tendencia de las adolescentes con diabetes mellitus a contestar de manera indiscriminada a los reactivos del Inventario (desaprobatoriamente), y que pueden deberse al descuido al contestar la prueba, por tendencia oposicionistas, confusión, depresión, defensividad, así como por limitaciones intelectuales o de lectura.

K. La elevación clínicamente significativa de esta escala indica una actitud defensiva al contestar la prueba, siendo las adolescentes con diabetes, poco espontáneas, además la elevación de esta escala esta vinculada con la elevación de la escala INVAR en cuanto a mostrarse defensivos antes los reactivos de la prueba, que puede deberse por el hecho de tener una mala imagen de sí mismos.

Según Tattersall y Lowe (1988), las crisis hipoglucémicas pueden afectar la imagen corporal y hacer que se sientan diferentes ante sus compañeras y es por ello que temen ser rechazados (En Polaino, 1994)

D. La diferencias en los puntajes de ambos grupos en esta escala es significativa e indica apatía, abatimiento, sensibilidad excesiva, así como molestias y quejas físicas, incluyendo lentificación psicomotora.

Hathaway y Mc Kinley (1942), describieron esta medida como un índice de insatisfacción general con la propia vida, así como falta de motivación y desesperanza.

Harris y Lingoies en 1955 (cita en Lucio, 1996), identificaron cinco áreas de contenido en esta escala de depresión:

- *Problemas de funcionamiento físico
- *Depresión subjetiva
- *Retardo psicomotor
- *Retardo mental
- *Melancolía

Esta escala se asocia con ideas de conductas suicidas. Las muchachas de la población normativa del Proyecto del MMPI-A, reportaban que las discusiones

con sus padres empeoraban y eran más propensas al retraimiento social, a tener problemas de alimentación, preocupaciones somáticas y baja autoestima. Los adolescentes de la población clínica fueron descritos como propensos a la culpa, temerosos, retraídos y perfeccionistas. (Lucio en prensa)

Según Polaino (1994), los efectos de las complicaciones diabéticas en estos pacientes y el riesgo de una muerte prematura aumenta el estrés y suscita en ocasiones ciertos comportamientos depresivos.

Dp. En esta escala la diferencia entre los puntajes del grupo de adolescentes con diabetes mellitus y el grupo de adolescentes del grupo control del sexo femenino, fueron significativas, e indica dificultad por parte de las adolescentes con diabetes, para controlar emociones, expresando respuestas inadecuadas ante estas.

La escala se desarrolló sobre las bases de respuestas de hombres y mujeres con patrones de mentiras, robos, promiscuidad sexual y abuso de alcohol.

Hathaway y Monachesi en 1963 encontraron incremento en las puntuaciones, mientras más severa era la conducta delincuente o bien que surgían problemas de adaptación en la escuela. Archer en 1988 encontró que la elevación de esta escala en pacientes hospitalizados, se encontraba relacionado con hostilidad, rebeldía, poca motivación en la psicoterapia y mayores posibilidades en el abuso de alcohol y drogas. Las cinco subescalas de Harris y Lingoes para esta escala incluyen discordia familiar, problemas de autoridad, falta de sensibilidad social, enajenación social y enajenación de sí mismo.

Archer et. Al. En 1988 informaron que la elevación de esta escala estaba relacionada además con rebeldía y hostilidad.

Esta situación la reflejan las adolescentes con diabetes en su rebeldía contra el tratamiento y agrava el conflicto de la adolescente de dependencia-independencia, rebeldía-sumisión. (Carrillo, 1989)

Mf. La diferencia estadísticamente significativa en esta escala en el sexo femenino, se refiere a interés inusuales, típicamente masculinos o machistas, son personas opositoristas, rebeldes, resentidas, con poco control del enojo y problemas en la escuela.

Sterk (1963), obtuvo en un estudio con adolescentes diabéticos una prevalencia de alteraciones psicosociales en comparación con adolescentes no diabéticos.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las Escalas Básicas; de validez y clínicas: INVER y K, que pudieran hablar de cualquier otro rasgo de psicopatología en el grupo de adolescentes con diabetes del sexo femenino.

En las Escalas de Validez y Clínicas entre el grupo de adolescentes con diabetes mellitus y el grupo control en el sexo masculino se observaron diferencias estadísticamente significativas, en la escala 3 (Hi):

Hi. Cuando la elevación de esta escala es clínicamente significativa, indica que las personas responden al estrés con reacciones histéricas tanto en el área sensorial como motora, en otras palabras expresan su ansiedad o estrés por medio de la somatización, en los pacientes diabéticos puede observarse esta situación cuando a la administración de insulina no responden los niveles de glucosa como se espera.

Asimismo la elevación de esta escala se refiere a que existen preocupaciones somáticas, en lo que se refiere a los pacientes con diabetes, la preocupación por la salud es constante, puesto que requieren chequeos diarios de glucosa y administración diaria de insulina, además del ejercicio y la dieta diarias, así como de visitas frecuentes al médico, ya que de no hacerlo así podrían sobrevenir fuertes desequilibrios en el nivel de glucosa, como hiperglucemias o hipoglucemias, que desencadenarían la muerte o complicaciones severas.

Las Escalas de contenido no ofrecieron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de adolescentes con diabetes mellitus y el grupo control para el sexo femenino, sin embargo se observaron diferencias estadísticamente significativas en el grupo de adolescentes con diabetes y el grupo control únicamente, por lo tanto se acepta la segunda hipótesis alterna en la siguiente escala:

A-CIN En esta escala se encontraron diferencias estadísticamente significativas, pero a favor del grupo control, lo que indica que al sentirse desadaptados, los pacientes diabéticos del sexo masculino, se comportan convencionalmente para satisfacer las expectativas de los demás y así obtener su aprobación.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna otra escala de contenido para el sexo masculino.

En cuanto a las Escalas Suplementarias se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de adolescentes con diabetes y el grupo control de sexo femenino a favor del grupo control, aceptándose la tercer hipótesis alterna.

La escala en la que se encontraron diferencias clínicamente significativas fue:

A - MAC. Las diferencias estadísticamente significativas a favor del grupo control sugieren que en adolescentes del sexo femenino con un padecimiento como la diabetes mellitus insulino-dependiente, existen pocas probabilidades de abuso de sustancias, tendiendo en algunas ocasiones a la introversión y falta de confianza en sí mismas.

Análisis del perfil femenino de adolescentes con diabetes

El perfil de las adolescentes con diabetes del sexo femenino en el MMPI-A, fue el siguiente:

5 2 4 / 16 380 7 9 : L K F

Las adolescentes del sexo femenino, que padecen diabetes mellitus insulino-dependiente, mostraron una actitud defensiva ante la prueba en un intento ingenuo por negar sus fallas y debilidades en lo concerniente a la ética personal y conducta social, queriendo presentar de esta manera una imagen favorable de si mismas.

Estas jóvenes, se sienten, de alguna manera presionadas, por su medio ambiente viéndose forzadas a dar una imagen de autosuficiencia que en ocasiones les lleva a negar sus limitaciones y fallas, lo que puede aumentar la tensión que experimentan. Lo que les lleva a considerar que tienen recursos para enfrentar las situaciones problemáticas que se les presentan siendo probable que el hecho de combatir constantemente con la enfermedad las ha fortalecido en algunos aspectos de su personalidad. mentar su la tensión que experimentan.

Experimentan la sensación de sentirse diferentes a los demás, lo que puede provocar el temor a ser rechazadas por los demás.

La elevación de la escala 5 en el perfil, podría indicar un desacuerdo en el desempeño del rol femenino tradicional, haciendo pensar que se interesan en realizar actividades típicamente desempeñadas por el sexo masculino, en aspiraciones profesionales, deportes y pasatiempos. Sin embargo esto debe ser considerado con ciertas reservas ya que no existen estudios suficientes en México acerca de esta escala y por lo tanto no hay normas adecuadas para la interpretación en la población de adolescentes mexicanos.

Además de las características antes mencionadas, se observan sentimientos de tristeza, asumiendo una actitud pesimista acerca de su futuro. Su actitud autocrítica las conduce a sentirse insatisfechas con su propia vida, mostrándose además de una manera demandante, lo cual las conduce a expresar su hostilidad, aunque de una forma indirecta. Debido a que son autocríticas se sienten culpables, aumentando así el estrés y provocando conductas depresivas y de fuga. Los sentimientos de culpabilidad se pueden

presentar también en estas pacientes cuando en ocasiones llegan a romper la dieta o al sentirse cansadas de las aplicaciones de insulina, las suspenden, deteriorando de esta manera su salud y propiciando sentimientos de depresión.

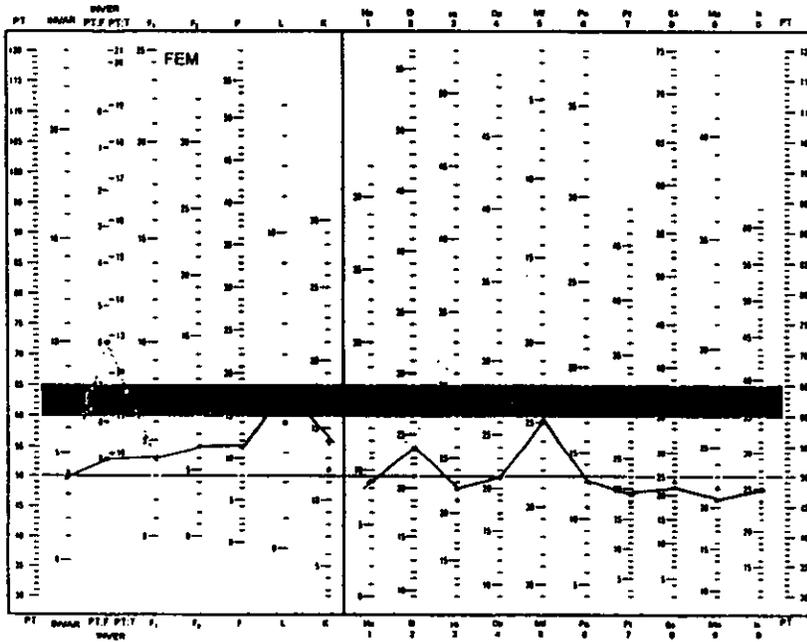
En cuanto a las relaciones interpersonales, se sienten diferentes a las demás personas de su mismo sexo y edad, sintiéndose insatisfechas y temerosas con tendencias al aislamiento social y a la introversión. Por lo que las relaciones llegan a ser superficiales e inmaduras, sin embargo buscan en todo momento la aprobación social, mostrándose para ello, frecuentemente convencionales ante las situaciones sociales.

En ocasiones muestran conductas que les hacen correr riesgos ya que tienen dificultades para controlar sus impulsos, intentando de esta forma dar una imagen de mayor seguridad en sí mismas.

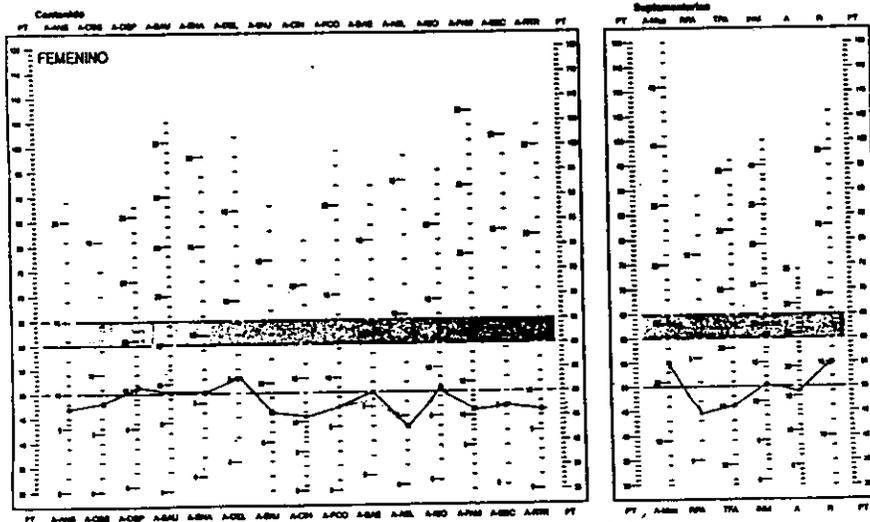
Se observa que en lo general las adolescentes con diabetes mellitus, se sienten diferentes a las demás personas, quizá porque llevan un ritmo de vida distinto a la mayoría de la gente, producto de su padecimiento, sin embargo intentan mostrarse convencionales ante las situaciones sociales y adaptadas psicológicamente.

PERFIL FEMENINO DE ADOLESCENTES CON DIABETES

ESCALAS BASICAS



ESCALAS DE CONTENIDO Y SUPLEMENTARIAS



Perfil masculino de adolescentes con diabetes

El perfil del MMPI-A para adolescentes con diabetes del sexo masculino es el siguiente:

23168/49570 : LFK

Los adolescentes del sexo masculino mostraron una actitud defensiva ante la prueba, intentando negar sus fallas de una manera ingenua, en lo referente a la conducta social y la ética personal, aunque sienten tener problemas, tratan de dar una buena impresión de adaptación psicológica para ocultar sus defectos, sintiéndose forzados por su ambiente a mostrarse adaptados y a aceptar los valores convencionales.

En lo referente al aspecto somático, existen preocupaciones por su salud debido que están mas enfermos que la mayoría de la gente, mostrándose por ello tristes y apáticos. Sus quejas físicas, pueden ser producto real de algunas ocasiones como consecuencia de su padecimiento crónico, pero estos síntomas pueden incrementarse como reacción ante el estrés, mientras que en otras, estos síntomas, pueden ser exagerados, debido a la búsqueda de atención y afecto.

Esto concuerda con lo que Yosokilis y Grossman (1987), afirman, en lo referente a las preocupaciones que tienen los pacientes con diabetes se refieren sobretudo a las inminentes complicaciones que podrían surgir como consecuencia de su padecimiento, sin embargo intentan negar los problemas a los que se enfrentan alardeando de no seguir el régimen que se necesita para su padecimiento, de subestimar la importancia de su enfermedad o no prestarle la más mínima atención.

En cuanto a sus relaciones interpersonales se muestran poco adaptados, en las situaciones sociales se sienten observados, incómodos quizá por que se sienten diferentes a la mayoría de la gente, por lo que evitan las reuniones sociales. Esto les conduce a entablar relaciones interpersonales con cautela y de una manera superficial, sin embargo son capaces de modificar sus conductas con el fin de satisfacer las expectativas y demandas sociales, mostrándose sumisos ante la gente (y probablemente ante el mismo tratamiento), inhibiendo su agresión, e intentando evitar de esta forma todo conflicto para así obtener la aprobación que buscan, y ganarse de esta manera el afecto que necesitan.

En general se observa un esfuerzo por negar sus fallas y mostrarse mas fuertes e independientes de lo que en realidad se sienten. Especialmente se ven forzados a evitar hablar de sus fallas familiares, por que quizá creen que algunos de los problemas, los provocan por su enfermedad.

CONCLUSIONES

En el presente estudio se acepta la hipótesis alterna 1 puesto que se encontraron diferencias estadísticamente significativas en algunas escalas clínicas y de validez para ambos sexos.

La hipótesis alterna 2 se acepta ya que se aprecian diferencias estadísticamente significativas en una de las escalas de contenido para el sexo masculino.

Asimismo la hipótesis alterna 3 se acepta, existiendo diferencias estadísticamente significativas en el grupo clínico y control del sexo femenino.

Por lo anterior la actitud ante la vida, del adolescente con un padecimiento crónico como la diabetes mellitus insulino-dependiente, es diferente para cada sexo, aunque se observan también, aspectos similares en el estilo de afrontamiento hacia la vida y la propia enfermedad.

Los pacientes, tanto del sexo femenino como del masculino, viven continuamente con la posibilidad de una muerte prematura así como a el control estricto en la forma de vivir, lo que aumenta el estrés y provoca depresión , sintiéndose insatisfechas con la vida, mostrando su hostilidad aunque de una manera indirecta, y con poca posibilidad de controlar sus emociones.

Estos hallazgos se corroboran con los encontrados por Polaino (1994), quien menciona que el adolescente al sentirse diferente y el temor a ser rechazados conlleva en ocasiones a ciertos comportamientos depresivos.

El no poder seguir un ritmo de vida igual al de las demás personas, las hace sentirse diferentes a las chicas de sus misma edad y por lo tanto insatisfechas con su propia vida mostrándose defensivas que en ocasiones trae como consecuencia que se vean retraídas y con tendencias a la introversión, sin embargo intentan dar una imagen de autosuficiencia que les conduce a negar sus fallas.

Como menciona Carrillo (1989), en la adolescencia son comunes los sentimientos de independencia y exagerados deseos de seguridad, que puede ser agravado como una forma de reacción hacia el tratamiento.

Polaino (1994), menciona que los efectos de las complicaciones diabéticas y el riesgo de un muerte prematura, aumenta el estrés.

Una de las características que se observó en el perfil masculino fue que estos adolescentes en algunas ocasiones incrementan sus molestias físicas, como reacción ante el estrés. Aunque sus molestias físicas también pueden ser exageradas debido a la búsqueda de atención y afecto.

También los jóvenes se llegan a sentirse diferentes a los mismos chicos de su edad, por lo cual se muestran convencionales pudiendo modificar sus conductas en base a las expectativas de los demás con el fin de obtener aprobación y aceptación social.

En cuanto a la observación, fuera del contexto del Inventario, se aprecia que existen muchos problemas familiares que les afectan no solo a nivel emocional sino además esto repercute en su nivel de control metabólico. Los problemas que se observan en las familias de los pacientes con diabetes no es solo en las relaciones familiares, sino además quien mas estros presentan por la enfermedad de sus hijos, son las madres de los pacientes quienes se sienten culpables, según algunos estudios de Carrillo (1989), Koenigsberg (1993), Hanson (1992), sobre este tema.

Finalmente en el presente estudio, de acuerdo a los perfiles observados en los adolescentes que padecen diabetes mellitus insulino-dependiente, de ambos sexos, debido a que en las puntuaciones de los perfiles se situaron dentro de los límites normales establecidos, no se encontraron signos de psicopatología, sino ciertos rasgos de personalidad que son característicos en este tipo de personas y que muy probablemente de esta manera han logrado una mejor adaptación a los requerimientos de su medio ambiente, de acuerdo a su padecimiento.

LIMITACIONES:

Una de las limitaciones que surgieron en el presente estudio, fue que los recursos humanos con que se contó, no fueron suficientes puesto que fue un estudio por cuota en un término de seis meses, mas la baja frecuencia con que acuden los adolescentes a control metabólico en el Hospital en que fue realizada la evaluación, no fue posible evaluar un número mayor de adolescentes. En cuanto a la frecuencia, por una parte las citas para control médico son espaciadas, y por otra el que algunos de los adolescentes no acudan a control a tratamiento puede ser debido a diversas circunstancias, como restarle importancia la padecimiento, rechazo al tratamiento, poco apoyo familiar, etc. Por lo que aquellos pacientes que acuden con mayor frecuencia, pueden ser los que se encuentran mas motivados a acudir a consulta para intentar obtener una mejor calidad de vida.

Una limitación mas, se refiere a que no fue posible encontrar apoyo en otras Instituciones que prestan sus servicios a adolescentes con diabetes mellitus.

SUGERENCIAS:

Debido a que este trabajo fue de tipo exploratorio, sienta las bases para posteriores investigaciones con este tipo de población, siendo importante ampliar el número de muestra, para que los datos sean mas representativos. Siendo además indispensable propiciar el apoyo de otras Instituciones en las que sean atendidos adolescentes con diabetes mellitus, puesto que a la fecha existen pocos estudios de índole psicológico que permitan dar un panorama mas amplio de las diversas variables implicadas en el proceso de adaptación del adolescente diabético, para de esta forma proporcionar un tratamiento integral y mejorar así el estilo de vida de estos pacientes.

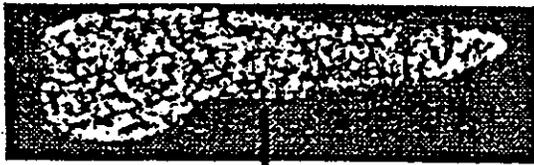
Se sugiere además dar apoyo psicológico a estos adolescentes en el área de las relaciones interpersonales, puesto que es en esta área donde se sienten inadecuados, percibiéndose además así mismos extraños ante los demás, para ello podría ser benéfico un grupo psicoterapéutico. Por un lado este propiciaría la identificación y la ayuda mutua, relacionándose con personas de su misma

edad y problemática similar, y además los ayudaría a trabajar aspectos como la tristeza, control de impulsos y expresar aquellas situaciones familiares que les provocan conflicto y que intentan negar.

SECCIÓN DE APÉNDICES

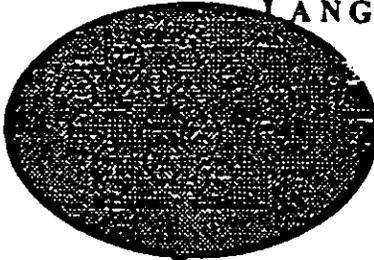
FIGURA 1

**DIABETES
INSULINO-DEPENDIENTE
TIPO I**



PANCREAS

**ISLOTE DE
LANGERHANS**

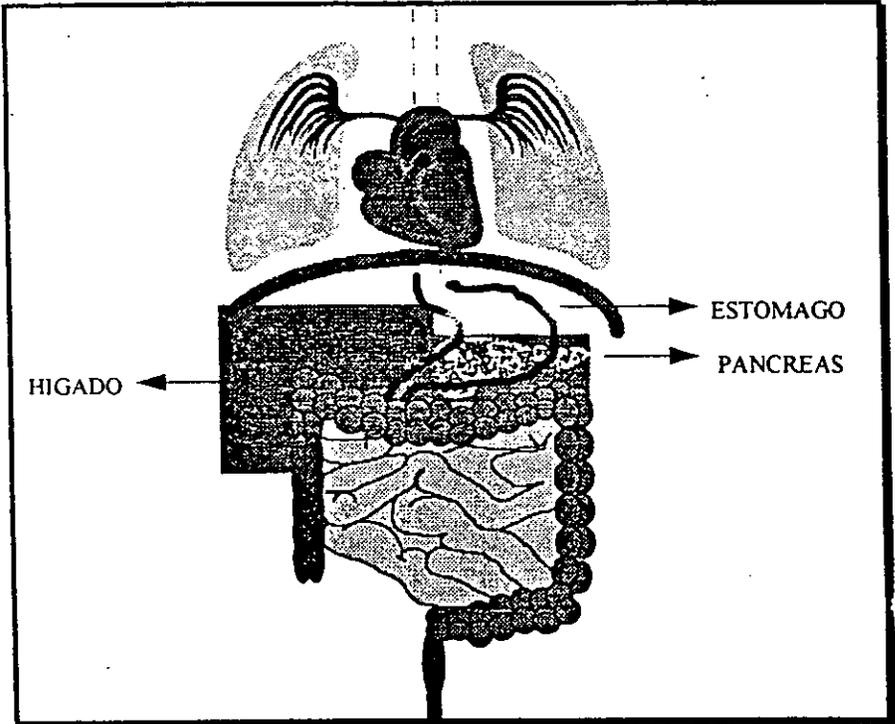


**DESTRUCCION DE
LAS CELULAS BETA**

~~**INSULINA**~~

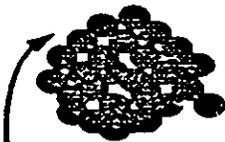
**DEFICIENCIA TOTAL
DE INSULINA**

FIGURA 2

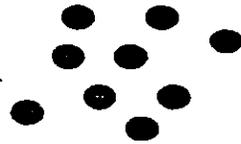


FIGURA—3

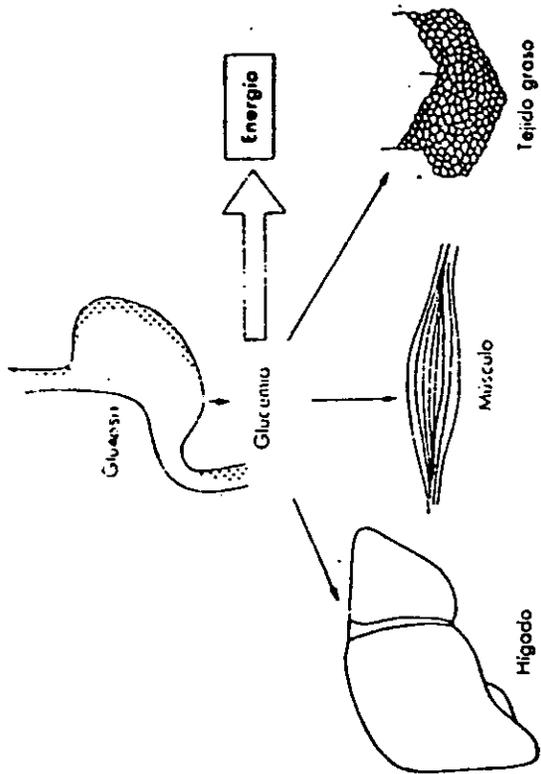
**GLUCOGENOLISIS
(DEGRADACION DEL GLUCOGENO EN GLUCOSA)**



GLUCOGENO
HEPATICO
MUSCULAR
ACUMULO DE
MOLECULAS
DE GRASA



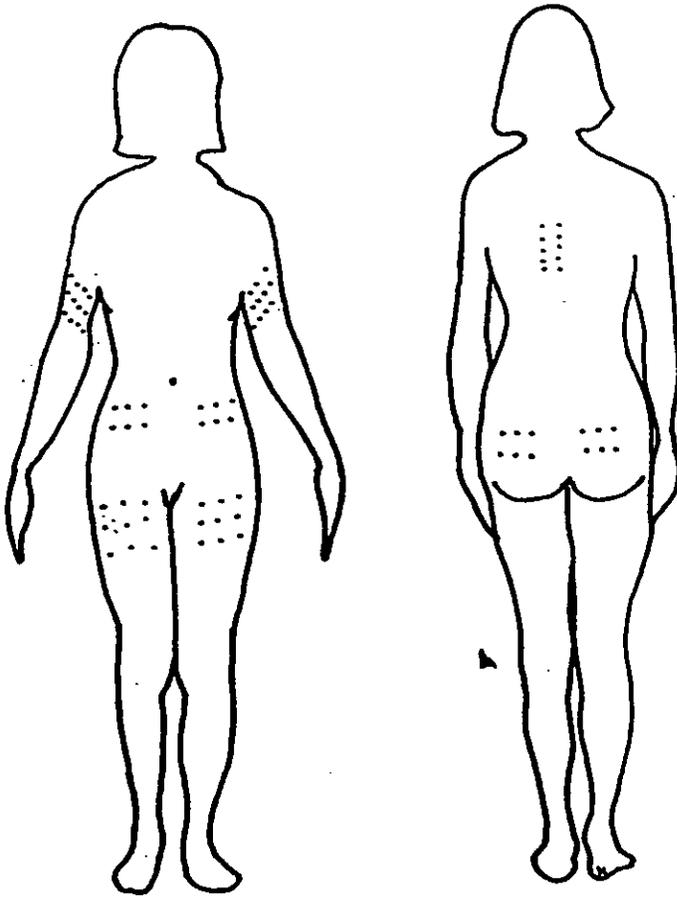
MOLECULAS DE
GLUCOSA



La glucosa sanguínea es la principal fuente de energía y se almacena esencialmente en los tejidos señalados en la figura.

FIGURA 4

FIGURA 5



AREAS DE INYECCION

PERFIL FEMENINO DEL MMPI-A

ESCALAS BÁSICAS

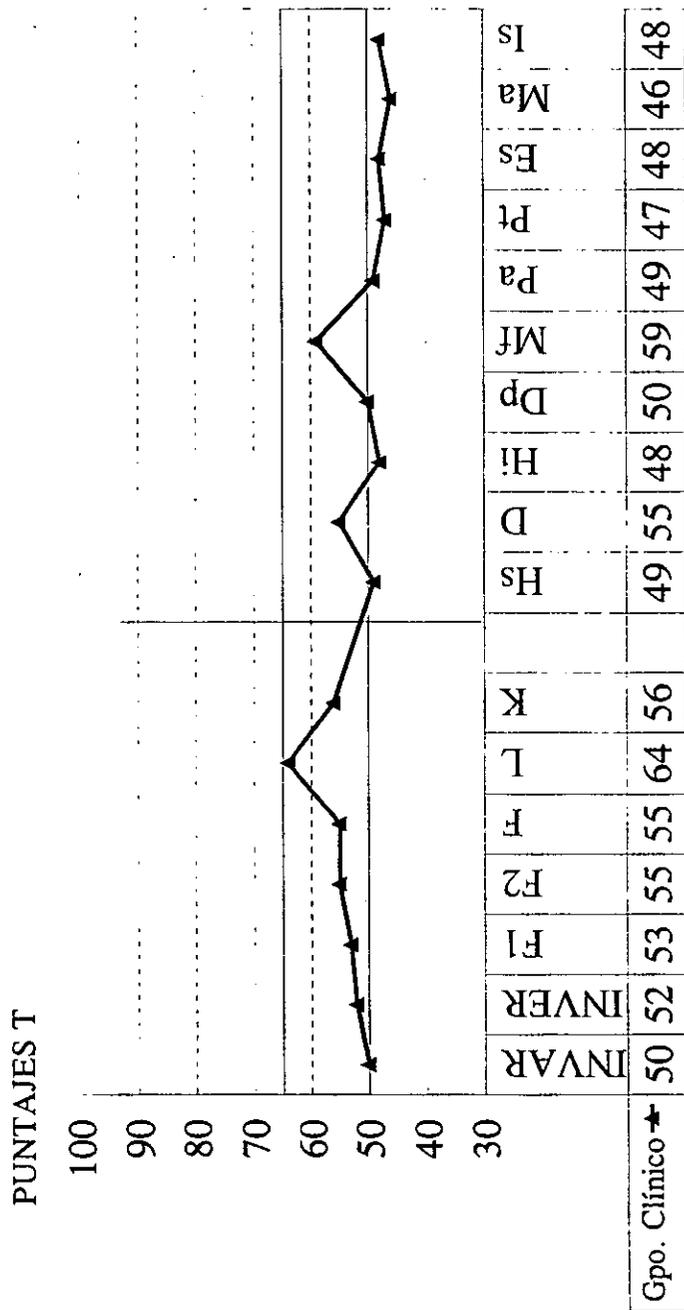


FIGURA 6

PERFIL MASCULINO DEL MMPI-A

ESCALAS BÁSICAS

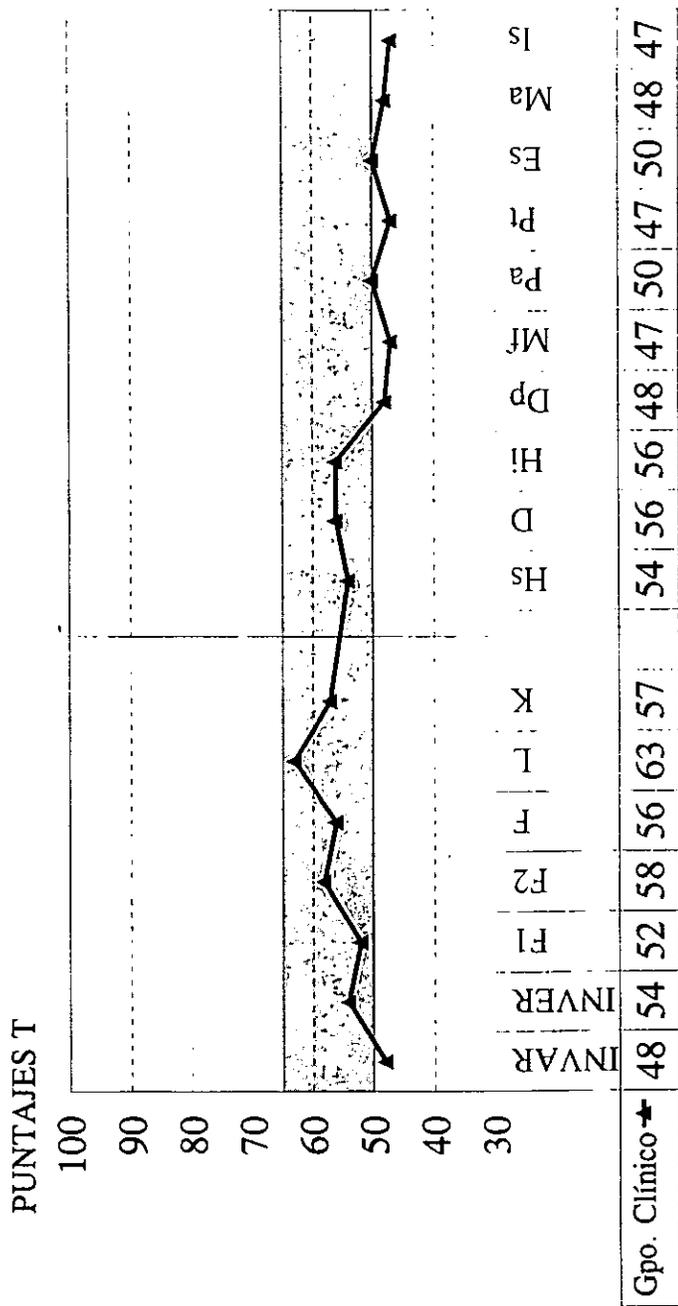


FIGURA 7

PERFIL FEMENINO DEL MMPI-A

ESCALA DE CONTENIDO Y SUPLEMENTARIAS

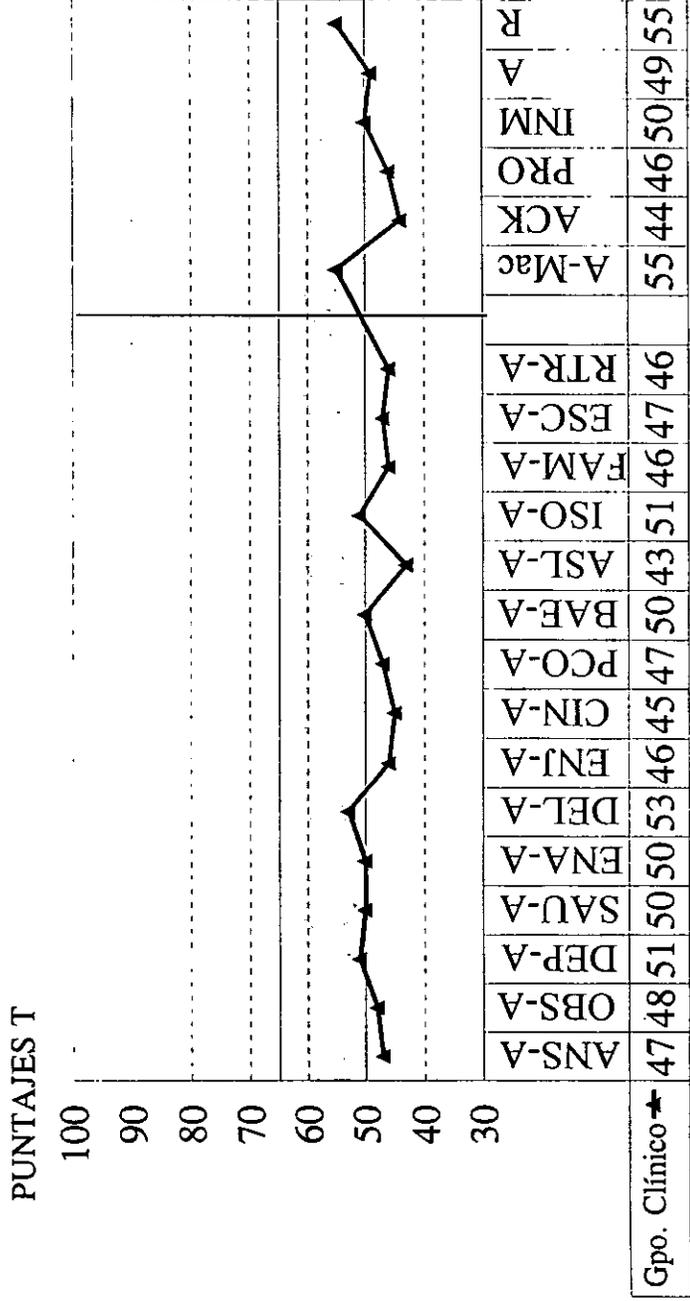


FIGURA 8

PERFIL MASCULINO DEL MMPI-A

ESCALA DE CONTENIDO Y SUPLEMENTARIAS

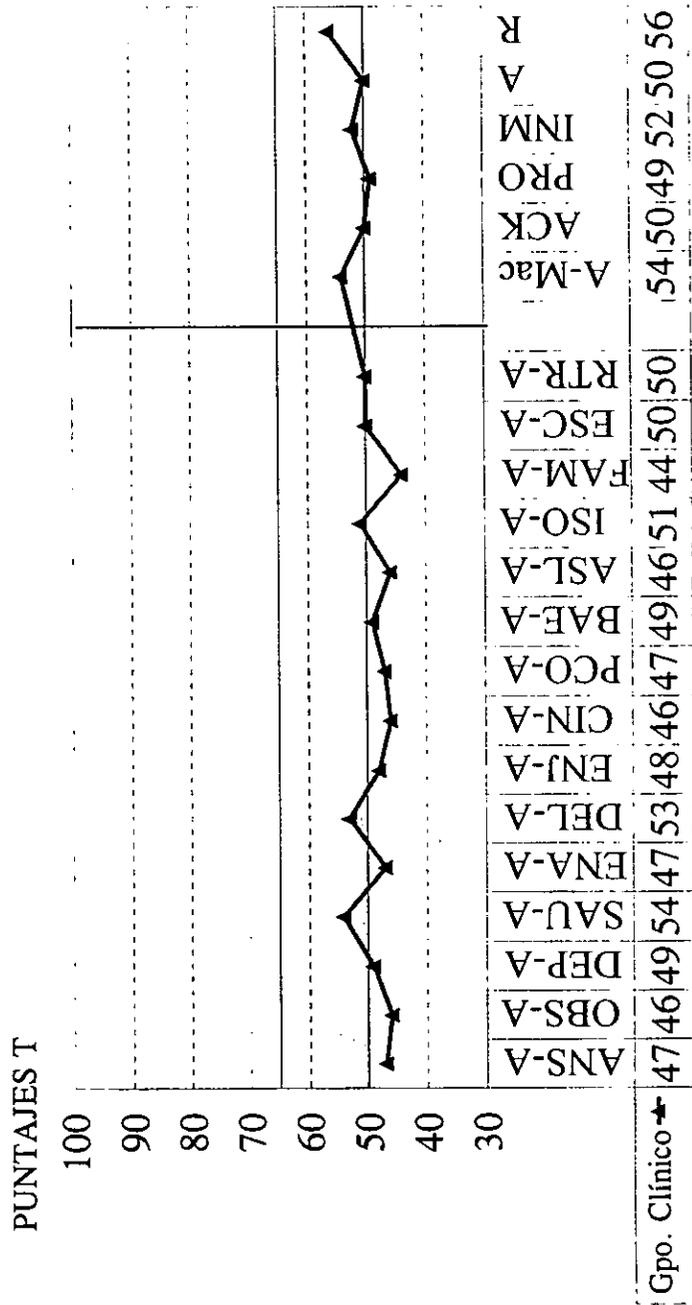


FIGURA 9

PERFIL FEMENINO DEL MMPI-A

ESCALAS BÁSICAS

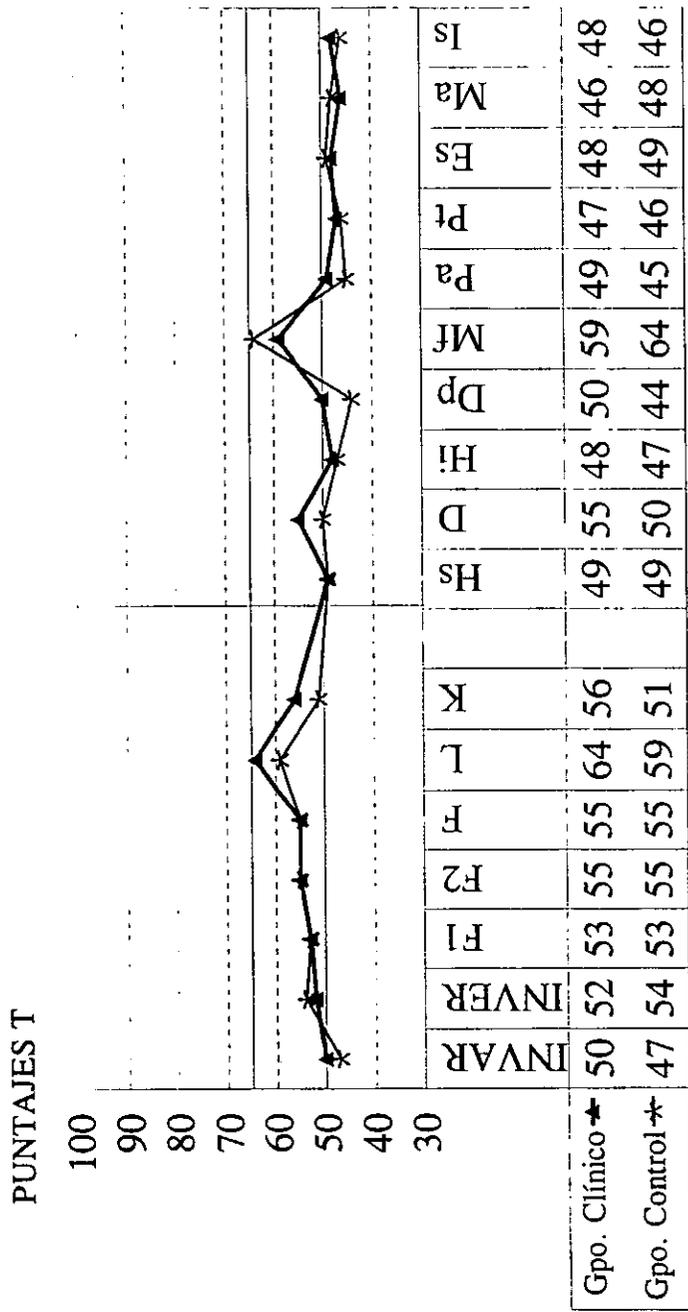


FIGURA 10

PERFIL MASCULINO DEL MMPI-A

ESCALAS BÁSICAS

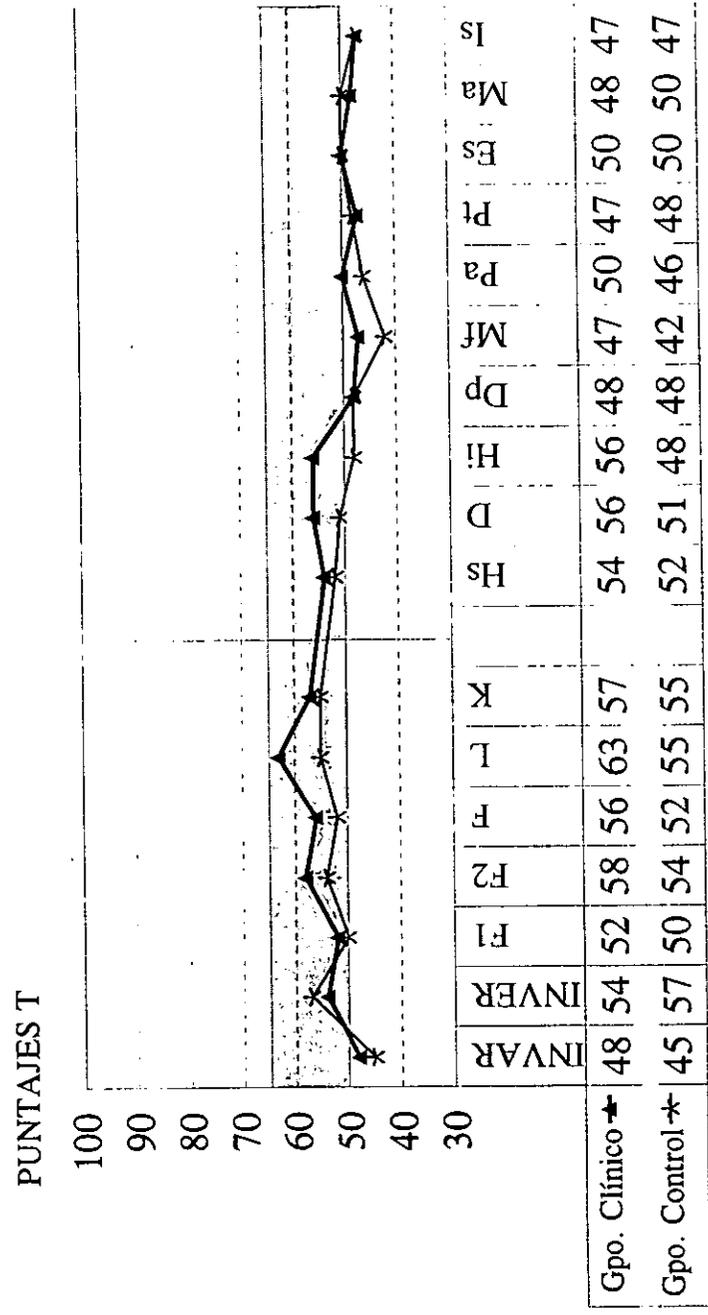


FIGURA 11

PERFIL FEMENINO DEL MMPI-A

ESCALA DE CONTENIDO Y SUPLEMENTARIAS

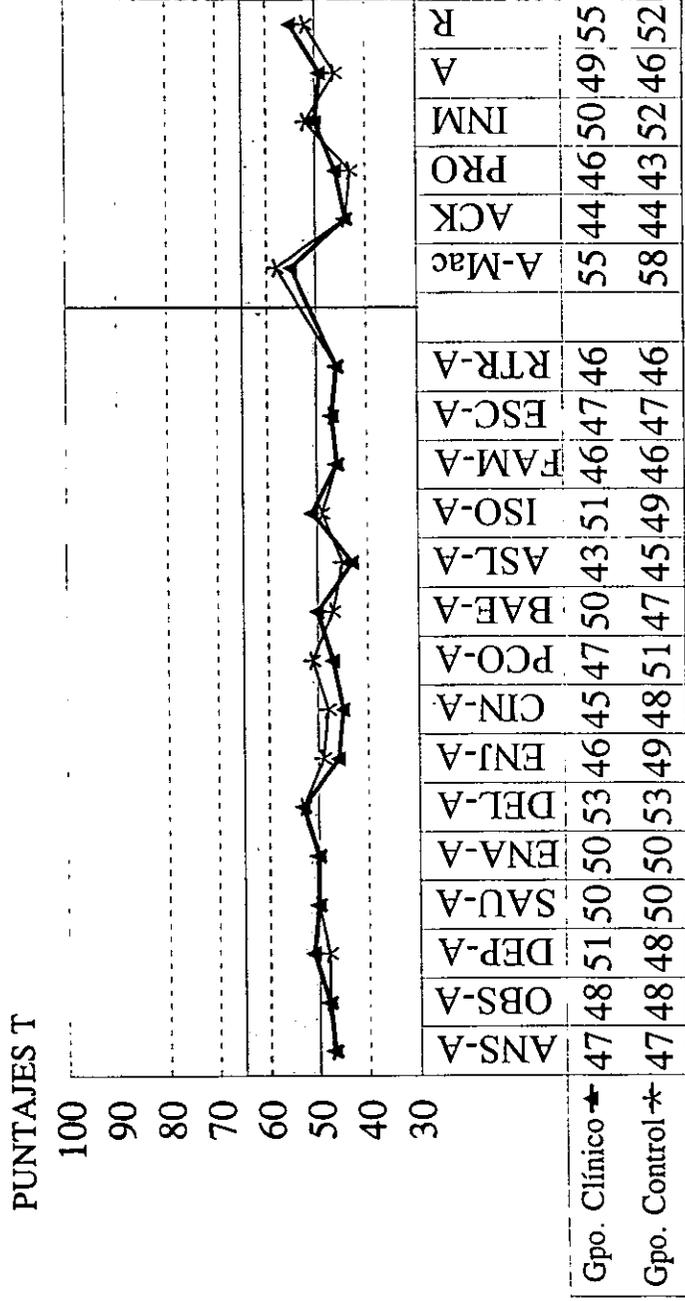


FIGURA 12

PERFIL MASCULINO DEL MMPI-A

ESCALA DE CONTENIDO Y SUPLEMENTARIAS

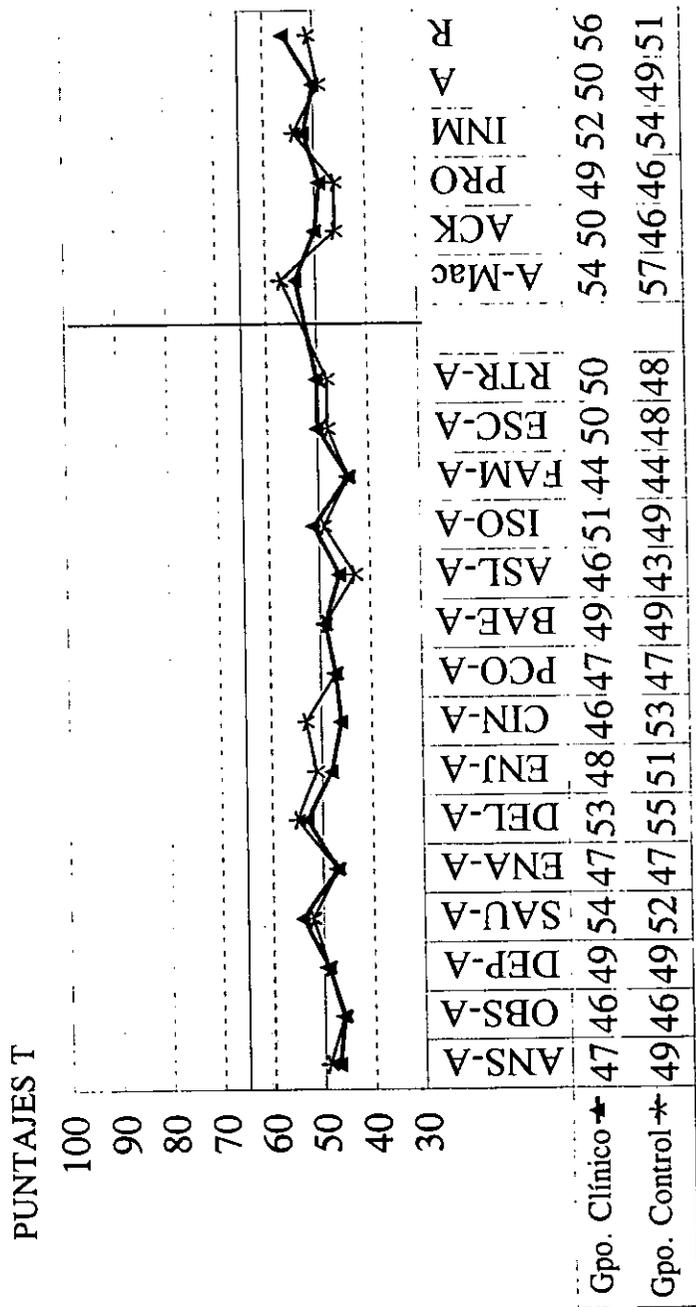


FIGURA 13

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Aberastury A. "La adolescencia normal": Un enfoque psicoanalítico. De PAIDOS. Buenos Aires, Argentina, 1971

Allport, G. "Psicología de la personalidad" Ed. PAIDOS. Buenos Aires, Argentina, 1976.

Anastasi, A. "Test Psicológicos". De Aguilar, México, 1975

Archer, D. R. "El desarrollo del adolescente y psicopatología". Associates Publishers. London, 1992.

Ballesteros, Usano, A. "La adolescencia". Ed. Patria. México, 1980.

Bayés, R. "Psicología Médica". Ed. Fontanella. Barcelona, España, 1979

Brooks, F. D. "Psicología de la adolescencia". Ed. KAPELUSZ. Buenos Aires, Argentina, 1959.

Bruno, D. J. "Diccionario de Psicología". Ed. Trillas. México, 1985

Buris, R. R. "Tratamientos modernos". Ed Científico Médica. Barcelona, España, 1976.

Butcher, J. N. and Williams, C. L., Graham, J. R., Archer, R. P. "Minnesota Multiphasic Personality Inventory for Adolescents: Manual for Administration, scoring and Interpretation." Minneapolis: University of Minnesota, 1992

Carrillo, R. M. "La agresión en Pacientes con Diabetes Juvenil". Tesis que para obtener el grado de Lic. en Psicología, UNAM, 1989.

Díaz, S. J. "Factores que afectan la acción de la insulina". Revista Diabetes Hoy. Ed. Federación Mexicana de Diabetes. México, 1993.

Dicarpio, N. "Teorías de la Personalidad". Ed. Mc Grawll Hill. México, 1995.

Fitzgerald, E. H. "Psicología del desarrollo edad adolescente". Ed. Manual Moderno, México, 1982.

Flores, T. y Ampudia, J. "Papel de los factores psicológicos en la diabetes mellitus: Morbilidad psiquiátrica y perfil psicopatológico" Rev. de psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona. Barcelona, España, 1992.

Gallegos, M. "Características de personalidad de un grupo de personas que padecen neurodermatitis". Tesis para obtener el grado de Licenciada en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, 1996.

García, G. P. "Diabetes mellitus - Aspectos históricos". Revista Diabetes en las noticias, vol. 2, Ed. AMESI. México, 1988.

González, D. "Diagnóstico de la salud en México". De Trillas, México, 1988

Gutiérrez, Q. y Sarur V. "Investigación de los efectos en la estructura familiar del adolescente diabético". Tesis para obtener el grado de Maestría en Psicología en la Universidad de las Américas. México, D. F. 1989.

Hall, C. S. "Primer libro de Psicología Freudiana". Ed. World. Nueva York, 1954.

Hanson, L. y cols. "Contributions of Sibling Relations to the Adaptation of Youths with Insulin-Dependent Diabetes Mellitus". Journal of Consulting and Clinical Psychology. San Diego California, 1992.

Harrison, B. Y cols., "Medicina interna". Ed. Prensa Médica. México, 1983.

Harrock, J. E. "Psicología de la adolescencia". Ed Trillas. México,

1986.

Herman, H. L. "Nuevo Compendio de Psicología Médica". De. KAPELUSZ México, 1993

Iñiguez, P. R. "¿Azúcar en la sangre?". Revista Diabetes Hoy, vol. 13. No. 5. Ed Federación de la Asociación Mexicana de Diabetes. México, 1993.

Kerlinger, F "Investigación del Comportamiento". De Trillas, México, 1985

Koenigsberg, M. y cols. "Expressed Emotion and Glucose Control in Insulin-Dependent Diabetes Mellitus". The American Journal of Psychiatry vol 150, number 7. 1993

Lerman, I. "Qué es la diabetes". Revista Diabetes Hoy, vol. 13 No. 5, Ed Federación de la Asociación Mexicana de Diabetes. México, 1993.

López, S. "Trabajan universitarios para caracterizar los genes responsables de la diabetes tipo MODY". Gaceta UNAM. No. 3,016. México, 1996.

Lucio Gómez-Maqueo, E., Ampudia, A. y cols. "Adaptación al español del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-2)". Ed Manual Moderno. México, 1995.

Lucio Gómez- Maqueo E. "Manual para la Administración y Calificación del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para Adolescentes (MMPI-A)" UNAM. México, en prensa.

Minuchin. S "Familias y Terapia Familiar." Ed, Trillas. México, 1992.

Nuttin, J. "La estructura de la personalidad". Ed. KAPELUSZ. Buenos Aires, Argentina, 1973.

Palavecino, C. J. "Psicopatología y personalidad". Ed. PUU. Barcelona, España, 1988.

Penzo, W. "Licenciatura en Psicología Médica". Barcelona, España.

Pérez, G. "El Manual del Educador en Diabetes". Ed. Centro Médico Siglo XXI. México, 1995.

Pervin, L. A. "Personalidad". Ed. Española. Bilbao, España, 1979.

Robles, S. "El Enfermo Crónico y su Familia". Ed. Nuevo Mar. México, 1993

Saavedra, G. E. "Relaciones familiares e interpersonales, expectativas de trabajo y autoconcepto en el adolescente diabético insulino-dependiente". Tesis Profesional para obtener el grado de Licenciada en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, 1993.

Scheider, P. "Psicología aplicada a la práctica médica". Ed. PAIDOS. Buenos Aires, Argentina, 1979.

Solano, T. "Signos y Síntomas de Baja Azúcar". Revista de Diabetes en las Noticias Vol.2 No. 6, 1988

Solis, S. "Reflexiones teóricas sobre el concepto de juventud". Revista de Estudios sobre la Juventud In Telpochtli: in Ichpuchtli. Ed CREA. México, 1981.

Soto, R. "Estudios sobre algunos rasgos de personalidad del paciente suicida". Tesis para obtener el grado de Licenciada en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, 1990.

Zárate, J. M. "Endocrinology and Metabolism". Journal of Pediatric Endocrinology, Vol 5 No. 2, 1987