



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

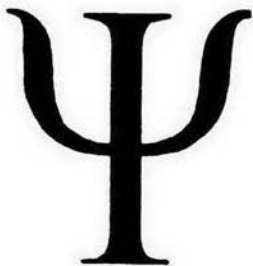
"AUTOCONCEPTO Y ACTITUDES HACIA LA SEXUALIDAD
EN ADOLESCENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO1"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADOS EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N
MARISELA CERON RUIZ
RODRIGO HERNANDEZ PADILLA

DIRECTORA DE TESIS: LIC. ASUNCION VALENZUELA COTA
REVISORA DE TESIS: MTRA. BLANCA ELENA MANCILLA



MEXICO, D.F.

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA

A nuestra querida y amada hija María Fernanda.

Para quien pretendemos ser ejemplo a seguir, ya que es la inspiración y causa de nuestros logros.

TE AMAMOS

Mary

A mis mamás Guadalupe y Carmen, a mi hermano Jorge, quienes me han apoyado en todo momento, a mi papá José quien está conmigo siempre, a Rodrigo a quien "a pesar de todo" es alguien importante en mi vida simple y sencillamente gracias.

Rodrigo

A mis papás Mario y Blanca que con su apoyo me facilitaron las cosas a grados extraordinarios, a mi esposa Marisela a quien debo parte de mi crecimiento como ser humano pleno. A mis abuelitas Conchita y Susanita.

AGRADECIMIENTOS

Deseamos agradecer a las siguientes personas, su apoyo, comprensión y cariño:

A la Mtra. Pilar Lavielle,
Quien a pesar nuestro hizo que nos tituláramos.

Personal del Colegio de Bachilleres
Por las facilidades prestadas.

Equipos de los servicios de Endocrino Pediatría de los
Centros Médicos La Raza y Siglo XXI del IMSS
Por las facilidades y el apoyo otorgados para la presente
investigación.

Los adolescentes con y sin diabetes.
Que aceptaron participar en la misma y a quienes van
dirigidos los resultados y conclusiones que obtuvimos.

A la Lic. Ofelia Reyes
Por ampliarnos la visión tanto de la Psicología como de la
Sexualidad.

Lic. Asunción Valenzuela
Por su apoyo al permitirnos alcanzar una meta.

Mtra. Blanca Elena Mancilla
Por su apoyo y consejos.

Lic. Eva Esparza, Lic. Leticia Bustos y Lic. Alma Mireya
López
Nuestro profundo agradecimiento por su invaluable
colaboración...

... y a todas aquellas personas que siempre han estado con nosotros en las buenas y en las malas y que no mencionamos por falta de espacio pues no terminaríamos de enumerarlas a todas. A todos ustedes GRACIAS

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCION	3
CAPITULO 1	
LA DIABETES MELLITUS: ETIOLOGÍA, IMPACTO, TRATAMIENTO y EVOLUCIÓN	7
1.1 DEFINICIÓN Y ETIOLOGÍA DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 1	7
1.2 IMPACTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 1	8
1.3 TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 1	11
1.4 ADMINISTRACIÓN DE LA INSULINA	12
1.5 LA DIETA EN EL PACIENTE CON DIABETES TIPO 1	14
1.6 LAS COMPLICACIONES QUE SE PRESENTAN EN LA DIABETES TIPO 1	16
1.6.1 CETOACIDOSIS DIABÉTICA	17
1.6.2 HIPO E HIPERGLUCEMIA	17
1.6.3 NEFROPATÍA DIABÉTICA	20
1.6.4 RETINOPATÍA DIABÉTICA	21
1.6.5 NEUROPATÍA DIABÉTICA	22
1.6.6 PRONOSTICO	23

CAPÍTULO II

LA PSICOLOGÍA DE LA DIABETES: SU INFLUENCIA EN EL AUTOCONCEPTO Y EN LA SEXUALIDAD DEL ADOLESCENTE	24
2.1 EL CONCEPTO DE SI MISMO EN EL ADOLESCENTE	24
2.2 IMAGENCORPORAL Y DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD	29
2.3 LA INFLUENCIA DE LA DIABETES TIPO 1 EN EL AUTOCONCEPTO DEL ADOLESCENTE	33
2.4 LA SEXUALIDAD EN EL ADOLESCENTE	42
2.5 LA SEXUALIDAD Y EL ROL DE GÉNERO	44
2.6 EL COMPORTAMIENTO SEXUAL	49
2.7 LIBERALISMO EN LO REFERENTE AL SEXO	51
2.8 EL DESARROLLO SEXUAL EN EL ADOLESCENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 1	55

2.9 COMPLICACIONES SEXUALES EN EL ADOLESCENTE CON DIABETES TIPO 1	60
CAPÍTULO III	
METODOLOGÍA DEL ESTUDIO	67
3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACION	67
3.2 OBJETIVO GENERAL	68
3.3 HIPOTESIS	69
3.4 VARIABLES	69
3.5 TIPO DE ESTUDIO	71
3.6 ESTIMACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA	71
3.7. DISEÑO DE INVESTIGACION: CASOS Y CONTROLES	71

3.8 INSTRUMENTOS DE MEDICION	73
3.9 DISEÑO ESTADISTICO	77
3.10 PROCEDIMIENTO	79
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS	80
4.1 DESCRIPCION DE LOS SUJETOS DEL ESTUDIO	80
4.2 COMPARACION DE LAS CALIFICACIONES EN AUTOCONCEPTO DE LOS DOS GRUPOS DE ADOLESCENTES	81
4.3 COMPARACIÓN DE LAS ACTITUDES HACIA LA SEXUALIDAD DE LOS DOS GRUPOS DE ADOLESCENTES	87
DISCUSION	92
CONCLUSIONES	96

REFERENCIAS	100
--------------------	------------

ANEXOS	104
---------------	------------

INDICE DE TABLAS y GRAFICAS

Autoconcepto total	82
--------------------	----

Autocrítica	82
-------------	----

Hilera 1 Identidad	83
--------------------	----

Hilera 2 Autosatisfacción	83
---------------------------	----

Hilera 3 Conducta	84
-------------------	----

Columna A Yo Físico	84
---------------------	----

Columna B Yo Etico Moral	85
--------------------------	----

Columna C Yo Personal	85
-----------------------	----

Columna D Yo Familiar	86
-----------------------	----

Columna E Yo Social	86
---------------------	----

Tabla 1	
Características sociodemográficas de los adolescentes con y sin diabetes	81
Tabla 2 Autoconocimiento Corporal	87
Tabla 3 Masturbación	87
Tabla 4 Coqueteo	88
Tabla 5 Ternura	88
Tabla 6 Relaciones Premaritales	88
Tabla 7 Roles Sexuales	89
Tabla 8 Anticoncepción	89
Tabla 9 Homosexualidad	89
Tabla 10 Pornografía	90
Tabla 11 Aborto	90
Tabla 12 Placer Sexual	91

RESUMEN

La diabetes y las exigencias del tratamiento pueden originar una disfunción psicosocial importante en los pacientes y sus familiares, debido a las demandas sociales y los cambios biológicos característicos de la adolescencia.

Por lo anterior existe la necesidad de conocer y obtener mayor información acerca de si los adolescentes con diabetes tipo I ven afectadas sus actitudes hacia la sexualidad y su autoconcepto debido a este tipo de padecimiento. Esta información es particularmente importante para el psicólogo, el cual contará con los elementos necesarios para brindar al adolescente con diabetes tipo I un tratamiento adecuado.

En este estudio se describen las diferencias en las actitudes hacia la sexualidad y autoconcepto que tienen los adolescentes diabéticos tipo I y los adolescentes no diabéticos. Se evaluaron a 40 pacientes diabéticos todos ellos adolescentes de la consulta externa del servicio de endócrino-pediatría del Centro Médico Siglo XXI y Centro Médico La Raza del IMSS, y 100 estudiantes de

bachillerato con un rango de edad de 14-19 años para ambos grupos. A todos los sujetos se les aplicó la escala de Autoconcepto de Tennessee y la escala de actitudes hacia la sexualidad de Alfaro, se llevó a cabo un análisis univariado para la descripción de las variables de estudio y se calculó la Razón de Momios para determinar el grado de asociación entre la diabetes mellitus tipo I y las actitudes hacia la sexualidad y autoconcepto, encontrándose que hay pocas diferencias entre ambos grupos y estas diferencias no son estadísticamente significativas.

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus tipo 1 (DM t1) es un trastorno crónico que se asocia con una deficiencia absoluta de secreción de insulina. La causa es una combinación de resistencia a la acción de la insulina y una respuesta secretora inadecuada de esta hormona. Las manifestaciones clínicas de las complicaciones propias de la diabetes mellitus tipo 1 generalmente son evidentes a partir de la etapa puberal. Los años prepuberales, aunque silenciosos en la mayoría de los casos, se acompañan de alteraciones que participan en la fisiopatología de las complicaciones.

El periodo de la adolescencia se caracteriza por una serie de cambios donde se establecen las características sexuales secundarias, se acelera la velocidad de crecimiento y alcanza la madurez biológica que caracteriza al humano adulto. Estos cambios potencialmente repercuten en el control glucémico de los pacientes con diabetes mellitus, donde la participación activa del paciente y su familia es primordial. La influencia de los cambios

hormonales cíclicos que caracterizan al establecimiento de los ciclos menstruales en las mujeres, pueden requerir incremento en la dosis de insulina en la segunda mitad del ciclo por efecto de la progesterona.

El objetivo del tratamiento es lograr niveles de glucemia lo más cercano a lo normal la mayor parte del tiempo, pero la disminución en la adherencia a las indicaciones es importante, junto a las demandas sociales y cambios biológicos característicos de esta etapa.

El adolescente está en búsqueda de su propia identidad e independencia de los padres. Incrementa la percepción de su imagen y es muy frecuente una actitud de reto ante la autoridad de los padres, así como actitudes oposicionistas. Estos cambios psicológicos son normales y necesarios para la transición a la vida adulta pero en la diabetes mellitus se puede reflejar como disminución de la adherencia al tratamiento, deterioro de la relación paciente-familia e incluso con su mismo médico.

En este periodo, aumenta la percepción de la autoimagen, por lo que al adolescente le preocupa más el incremento

de peso, sobre todo en las mujeres. Esto puede ser causa de que omitan dosis o sencillamente no corrijan hiperglucemias, con objeto de no favorecer el incremento de peso a causa de la insulina.

Por todo lo anterior, es importante conocer si hay diferencias entre adolescentes diabéticos y no diabéticos en relación al concepto que tienen respecto a sí mismos en diferentes esferas, así como la actitud que mantienen hacia los diversos componentes que integran la sexualidad.

En el primer capítulo se habla de la diabetes mellitus tipo 1 y sus consecuencias como enfermedad crónica, de cómo las células B son destruidas, la disminución de insulina y su repercusión en el organismo.

En el segundo capítulo, se aborda el impacto psicológico, el concepto de sí mismo como un concepto consistente del yo, y la sexualidad de quien padece una enfermedad crónica como la diabetes mellitus tipo 1.

En el tercer capítulo se describe la metodología empleada en la elaboración de esta investigación, el tipo de estudio, diseño, población, selección, tipo de muestra y el procedimiento

En el capítulo cuatro se analizan y describen los resultados encontrados.

Se empleó la estadística descriptiva para comparar el comportamiento de los dos grupos, concretamente se aplicaron las frecuencias, crosstabs y Chi cuadrada, para llegar a las conclusiones, se hace una discusión y se mencionan las limitaciones y sugerencias del trabajo en el último capítulo.

CAPÍTULO I

LA DIABETES MELLITUS: ETIOLOGÍA, IMPACTO, TRATAMIENTO y EVOLUCIÓN

1.1 DEFINICIÓN Y ETIOLOGÍA DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 1

La Diabetes Mellitus tipo 1 (DM tipo 1) es una enfermedad autoinmune que resulta de una destrucción de las células pancreáticas beta, que son las encargadas de producir insulina. Este defecto causa varias anomalías en el organismo, como pueden ser: el aumento de los niveles de glucosa en sangre (hiperglucemia), la emisión anormal de grandes cantidades de orina (poliuria), sensación de sed constante (polidipsia), hambre excesiva (polifagia); todo esto va acompañado de pérdida de peso, deshidratación y de la presencia de cuerpos cetónicos en el plasma y en la orina.¹

La capacidad de secreción de insulina de las células-B está muy por encima de los requerimientos normales para

¹ Diabetes Care. American Diabetes Association (2000) (supp 1); S5-S15

controlar el metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas. Como resultado, el inicio clínico es precedido por un período asintomático extenso durante el cual las células-B son destruidas inexorablemente.

La evolución de este proceso de destrucción de las células-B alcanza un punto en el cual la secreción de insulina es insuficiente para mantener las concentraciones de glucosa en sangre en límites normales, lo cual ocasiona las anomalías del metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas que caracterizan el trastorno diabético no controlado.²

1.2 IMPACTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 1

Durante las últimas décadas, los estudios sobre la epidemiología de la diabetes han contribuido de manera importante al conocimiento del efecto de esta enfermedad. Las encuestas en muestras representativas de la población estadounidense, muestran un aumento importante en la aparición de nuevos casos de diabetes, la existencia de un

gran segmento de la población con diabetes no diagnosticada, y altos índices de complicaciones y mortalidad debidas a este padecimiento. Además estos estudios muestran que ciertas minorías étnicas como son los afro-americanos, indígenas norteamericanos y México-americanos tienen un riesgo mayor de padecer diabetes y las complicaciones son más frecuentes y graves.³

El diagnóstico de diabetes tipo 2 (DM2) es más frecuente en la población de edad madura y avanzada y afecta alrededor del 11% de quienes tienen más de 65 años, al 6% de las personas de 45 a 64 años de edad y solo al 1.5% de las personas de 18 a 48 años de edad.

La diabetes tipo 1 es mucho menos frecuente que la tipo 2 y aparece en edades más tempranas. En general la DM t1 afecta entre el 5% y 15% de la población total de diabéticos. Sin embargo, existen notables variaciones de acuerdo a raza, país, grupo socioeconómico y presencia

² Siegel M.D. Adolescents and Chronic Illness. JAMA (1987); 257:3396-3399

³ Revisión Anual de Diabetes 1999. American Diabetes Association; 23-27

de otras condiciones como obesidad, dislipidemia, e hipertensión.⁴

En Inglaterra se estima que la prevalencia del tipo 1 entre sujetos menores de dieciséis años es del 0.22%; en tanto que en Estados Unidos es de alrededor del 0.26%.⁵

La incidencia en México, es de aproximadamente 1.7 casos nuevos por cada 100,000 habitantes menores de 19 años; la esperanza de vida de estos sujetos permite esperar que prácticamente todos ellos lleguen a la edad adulta.⁶

En México, para 1999 la mortalidad por diabetes mellitus en población general fue de 38/100,000 habitantes ocupando el tercer lugar después de enfermedades cardiovasculares y tumores malignos, pero lo importante es que se detectan anualmente más de 100,000 casos nuevos, sin contar aquellos que pasan desapercibidos.

⁴ Revisión Anual de Diabetes 1999 Op. Cit.

⁵ Atkinson, M.A. Maclaren N.K. (1994). The Pathogenesis of Insulin Dependent Diabetes. N Engl J Med 331:1428-1436.

⁶ Nishimura M. E. Diabetes Mellitus en la Adolescencia. 2do Curso Actualidades en Endocrinología 2000; 27-37.

1.3 TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 1

El manejo de la diabetes es un esfuerzo de equipo, el paciente es el centro del equipo y apoyado por su familia, tiene la responsabilidad de implementar día a día el plan de tratamiento.

Es conveniente que los pacientes con DM tipo1 participen desde muy temprana edad en programas de educación dirigidos al manejo de la dieta y de la insulina, a la detección precoz de los síntomas indicativos de las complicaciones agudas, a la práctica de el ejercicio físico diario y a todo ese vasto panorama que constituye el estilo de vida (estrategias de afrontamiento del estrés, estabilidad emocional y evitación del alcohol y tabaco, etc.)

La educación en diabetes enfocada al adolescente, es muy importante que sea en forma individual, considerando su opinión, tomando decisiones conjuntas, etc. Más que seguir un esquema rígido de adiestramiento, a los jóvenes deben de resolverse aspectos prácticos de la vida diaria sobre los cuales muestran inquietudes y no dejar que el

tiempo pase, pensando que quizá deba aprender primero otros aspectos.

El control de la glucemia es el objetivo primordial del tratamiento, cuanto mejor sea el control de la glucosa sanguínea en los diabéticos, menor será en ellos el riesgo de complicaciones. El autocontrol de la glucosa en sangre resulta beneficioso para la persona con diabetes, el cual es el resultado de un variado conjunto de factores, entre los que cabe distinguir principalmente: a) la administración de la insulina y b) la dieta.⁷

1.4 ADMINISTRACIÓN DE LA INSULINA

Los pacientes con DMt1 son dependientes de la insulina para sobrevivir y el esquema de administración debe adaptarse a las necesidades de cada paciente. Los ajustes terapéuticos deben basarse en los valores actuales de la glucemia obtenidos por el paciente mediante el auto – monitoreo de la glucosa en sangre.

Es muy importante que el paciente con DMt1 sea puntual y constante en la auto-administración de insulina y así como

en su horario de alimentación. De ordinario, es conveniente fraccionar la ingesta de alimentos, especialmente a media mañana y a media tarde, por ser los momentos en que más frecuentemente aparecen las crisis hipoglucémicas, a la vez que con esos pequeños ingresos de calorías se ajustan mejor las curvas de acción de insulina.

Otro factor que es necesario tomar en consideración es el modo de auto-administrarse la insulina (rotación entre las distintas áreas en que se inyecta) de manera que se garantice la estabilidad de su absorción.

Es frecuente que el adolescente, sobre todo los fines de semana, prefiera levantarse horas más tarde de lo habitual por lo que los horarios se vuelven irregulares, y puede dificultarse la aplicación de insulina indicada. El uso de las plumas de insulina, facilita la aplicación de las dosis de insulina rápida o ultrarápida preprandiales y disminuye la probabilidad de omisión en la dosis de insulina.

⁷ Polaino-Lorente Aquilino. La Diabetes Infantojuvenil, Ediciones Martínez

1.5 LA DIETA EN EL PACIENTE CON DIABETES TIPO 1

La nutrición tiene una importancia crucial en el tratamiento de la diabetes. Sin embargo, los pacientes sostienen que la dieta es la parte más difícil de su régimen de tratamiento y los médicos atribuyen el mal control glucémico a la falta de adherencia a la dieta.

Los adolescentes ingieren sus alimentos frecuentemente fuera de casa y generalmente, no son balanceados y sobre todo ricos en grasa, por lo que es necesario reforzar el conocimiento acerca del método de intercambio de alimentos, es útil que el adolescente maneje el método de conteo de carbohidratos, por lo menos en forma superficial. En este sistema, se reconocen como principal fuente de carbohidratos los alimentos pertenecientes al grupo del pan y cereales, frutas, leguminosas y leche, que en general proporcionan 15g de carbohidratos por ración.

Si el chico reconoce el concepto de carbohidratos o equivalente a gramos y analiza por lo menos ligeramente

la etiqueta de muchos productos comerciales, puede definir la dosis de insulina a aplicar.

El consumo extra de carbohidratos, requerirá el aporte adicional de insulina rápida (para el adolescente con resistencia fisiológica a insulina, generalmente se requiere de 1 a 1.5 unidades extra de insulina por cada carbohidrato extra ingerido). Si no recibe orientación al respecto, el chico tendrá hiperglucemias frecuentes o en caso contrario, corre el riesgo de sobreinsulinizarse en forma empírica, con riesgo de hipoglucemias severas.

Esto significa que la educación sobre la dieta en la infancia resulta de suma importancia (al menos si la contemplamos desde sus efectos en la calidad y cantidad de vida de los pacientes) junto con la administración de medicamentos. La educación e intervención terapéutica son aquí coincidentes y se podría decir que hasta sinónimos. Si no se lleva a cabo tratamiento médico y dieta a la par no es posible lograr los efectos que se desean producir. Si el paciente no hace por mejorar su autocontrol sobre la enfermedad, es muy difícil que sirva para algo la

intervención del diabetólogo. Por otra parte, cuando la diabetes no está bien controlada, supone una disminución de las expectativas de vida, y una constante amenaza de muerte.⁸

1.6 LAS COMPLICACIONES QUE SE PRESENTAN EN LA DIABETES TIPO 1

Es muy importante identificar cuáles son las motivaciones del adolescente que lo lleven a mejorar el control glucémico, ya que aunque entienda los riesgos a largo plazo (complicaciones crónicas) del descontrol crónico y la influencia sobre su calidad y cantidad de vida, debido a que el adolescente generalmente se siente omnipotente y personalmente no vulnerable a esas complicaciones y son pocos los que se interesan por el pronóstico a largo plazo.

Se ha encontrado que existe relación entre el control de la glucemia y el desarrollo de las complicaciones diabéticas. Los pacientes que alcanzan un control metabólico pueden esperar un 50-75% de reducción del riesgo de padecer

⁸ Polaino-Lorente Aquilino. Op. Cit

retinopatía, nefropatía y neuropatía, después de 8-9 años de inicio de la enfermedad. Las siguientes son complicaciones que se pueden presentar con un mal manejo de la diabetes:

1.6.1 CETOACIDOSIS DIABÉTICA

Es una complicación que se caracteriza por alteraciones severas en el metabolismo de las proteínas, grasas, y carbohidratos; se debe a la deficiencia de insulina ya sea absoluta (sin diagnóstico u omisión de la insulina) o relativa (muy poca insulina o antagonismo por estrés). Los síntomas de esta alteración son: poliuria, polidipsia, hiperventilación, deshidratación, olor afrutado cetónico y alteraciones del estado de conciencia, desde confusión hasta coma.

1.6.2 HIPO E HIPERGLUCEMIA

Tan perjudicial es para el diabético la hiperglucemia como la hipoglucemia. La hipoglucemia, por la aguda

sintomatología con que se manifiesta –y por el peligro de muerte que suele acarrear-, es casi siempre descubierta con facilidad y tratada con urgencia. En cambio, la hiperglucemia como no se acompaña de ninguna sintomatología relevante –y, sobre todo, alarmante- se tolera aparentemente muy bien. Es decir, puede pasar inadvertida a quien la padece, pero no a su organismo.

Las hipoglucemias pueden desencadenar un coma cerebral, agudo y fatal, las hiperglucemias, en cambio, afectan de manera importante la circulación, la retina, el riñón y el cerebro, que por tener una evolución mucho más lenta y menos dramática, no suele ser advertida por el paciente y, en consecuencia, rara vez se les pone remedio.

Tanto, las hipoglucemias como las hiperglucemias pueden causar la muerte del paciente, pero la causa de una y otra es muy distinta. La muerte por hipoglucemia es insípida (no vinculada a la presencia de azúcar en el organismo), súbita (suele sobrevenir como un accidente fatal en forma de coma) y rica en manifestaciones sintomatológicas (aunque el paciente no se percate de lo que le está sucediendo,

cualquier observador con poca experiencia en estos problemas enseguida lo advierte).

Por el contrario, la muerte que sobreviene a causa de la hiperglucemia suele ser dulce (por el exceso de azúcar en el organismo), muda (porque no lo advierte ni el paciente ni quienes le rodean) y diferida (porque la hiperglucemia “mata lentamente”, a través de las muchas complicaciones que genera a lo largo de su evolución). A pesar de ser contradictorias entre sí, ambas tienen paradójicamente en común que, “como no duelen, rara vez se les cuida como debiera”.⁹

Un aspecto de la diabetes es la alteración que ocurre en el estado de conciencia asociado a las fluctuaciones del azúcar en la sangre, ocasionando daños importantes en el sistema nervioso por muerte celular. Cuando estas complicaciones ocurren a una edad temprana, su efecto acumulativo puede resultar en cambios orgánicos obvios, el individuo puede presentar déficit en las funciones cognitivas de orientación, concentración, memoria y

⁹ Polaino-Lorente Aquilino. Op. Cit.

abstracción. Estos cambios pueden ir acompañados con otras consecuencias de la diabetes que al parecer aceleran el proceso de envejecimiento, sobre todo por sus efectos en el sistema vascular.¹⁰

1.6.3 NEFROPATÍA DIABÉTICA

La diabetes es la causa más común de la enfermedad renal, que produce más del 40% de los casos. Ambos tipos de diabetes, el tipo 1 y el tipo 2 pueden llevar a la nefropatía diabética, aunque es más frecuente en el tipo 1.¹¹

Se cree que la hipertensión es la causa tanto de la nefropatía diabética, como del daño que viene como resultado de la enfermedad. A medida que la enfermedad del riñón progresa, los cambios físicos en los riñones, con frecuencia, llevan a un aumento en la presión sanguínea.

¹⁰ Polaino-Lorente Aquilino Op. Cit.

¹¹ Manejo Médico de la Diabetes Insulinodependiente Tipo 1. American Diabetes Association. (1994): 112-115

La hipertensión sin control puede hacer que el progreso hacia la quinta etapa de la nefropatía diabética ocurra más rápidamente.¹²

1.6.4 RETINOPATÍA DIABÉTICA

La retinopatía es una complicación ocular, causada por el deterioro de los vasos sanguíneos que irrigan la retina del fondo de ojo. Estos vasos sanguíneos debilitados pueden dejar salir líquido o sangre, formar ramas frágiles en forma de cepillo, y agrandarse en ciertos lugares.

Cuando la sangre o líquido que sale de los vasos lesiona o forma tejidos fibrosos en la retina, la imagen enviada al cerebro se hace borrosa.

Los pacientes que han padecido diabetes por largo tiempo corren gran riesgo de desarrollar retinopatía diabética. Alrededor del 60% de los pacientes de 15 años o más de evolución presentan vasos sanguíneos dañados en los ojos. Se calcula que los pacientes diabéticos tienen 25

¹² Manejo Médico de la Diabetes Insulinodependiente Tipo I. Op. Cit.

veces más probabilidades de ceguera que los no diabéticos.¹³

1.6.5 NEUROPATÍA DIABÉTICA

La neuropatía diabética ocurre en las personas que han tenido diabetes por mucho tiempo, por lo que no pueden transmitir mensajes al cerebro y a las diferentes partes del cuerpo tan bien como antes. Las personas que no controlan (o no pueden controlar) sus niveles de azúcar, tienen más posibilidad de sufrir neuropatía diabética. Los hombres tienen más posibilidad de desarrollar neuropatía diabética que las mujeres.

La neuropatía diabética afecta disminuyendo la fuerza y sensibilidad de las diferentes partes del cuerpo:

- El corazón no provee suficiente alimento a todo el cuerpo.
- La habilidad del intestino a digerir alimentos se altera.
- Los hombres pierden la habilidad de tener una erección.¹⁴

¹³ Manejo Médico de la Diabetes Insulinodependiente Tipo I. Op. Cit.

¹⁴ Manejo Médico de la Diabetes Insulinodependiente Tipo I. Op. Cit

1.6.6. PRONOSTICO

El promedio de edad por muerte prematura a causa de diabetes en México, es de 57.1 años, lo que representa la pérdida de 12.9 años potenciales de vida y al menos 7 años de vida productiva por individuo.

La información obtenida en investigaciones demuestra el lugar cada vez más importante que ocupa la diabetes mellitus como problema nacional de salud. Su ascenso como causa de defunción y la demanda de servicios para atenderla justifican su detección y diagnóstico oportuno para reducir el efecto de la enfermedad sobre los recursos destinados a la atención de salud en México.¹⁵

¹⁵ Para el Médico. Diabetes Hoy. Op. Cit

CAPÍTULO II

LA PSICOLOGÍA DE LA DIABETES: SU INFLUENCIA EN EL AUTOCONCEPTO Y EN LA SEXUALIDAD DEL ADOLESCENTE

2.1 EL CONCEPTO DE SI MISMO EN EL ADOLESCENTE

Todos los individuos poseen diversas imágenes de sí mismo que conforman un concepto consistente del yo. A medida que va creciendo, intentará preservar y mejorar el concepto de sí en todas sus actividades, incluida su vocación. Perseguirá intereses que estén de acuerdo con el concepto que tenga de sí y que está en evolución. A medida que el individuo desarrolla su concepto de sí y logra la integración de su personalidad, va formulando aspiraciones, experimenta éxitos y fracasos, y cada vez más lleva a cabo roles realistas, los usa y los modifica. En los roles cumplidos en la infancia y en la adolescencia prefiguran aquéllos que buscará el individuo en la adultez,

y son trascendentes para organizar una consistencia del YO.¹⁶

Una de las más significativas y recientes interpretaciones de la personalidad humana está localizada en el constructo del YO. Gran número de psicólogos contemporáneos asignan al autoconcepto una función importante en la integración de la personalidad, la motivación del comportamiento y el desarrollo de la salud mental.

El YO es un concepto complejo con distintas fuentes y diversidad de significados.

Podríamos decir que con Platón se inicia el estudio del YO entendido como alma.

Aristóteles, por su parte, en el siglo III AC., es el primero que hace una descripción sistemática de la naturaleza del Yo, pero va a ser San Agustín el que describa el primer atisbo de introspección de un YO personal. Durante la Edad Media, el conocimiento del YO permaneció en manos de los pocos pensadores que subsistieron en el vacío cultural de la época. Más tarde con el renacer cultural de

¹⁶ Grinder, Robert E. Adolescencia. Edit. Limusa S.A. de C.V. 5ª Reimpresión. México 1986 pp.- 33-57

Europa del siglo XVII, este concepto se reflejaría también en el pensamiento de Descartes, Hobbes y Locke.¹⁷

W. James en el siglo XIX, sentó las bases del estudio posterior del YO, identificándolo como el agente de la conciencia así como también parte importante del contenido de la conciencia.

Esta naturaleza dual del YO como objeto y como proceso está todavía con nosotros y así es expresado en gran parte de la literatura actual.

Para James, el YO del hombre es la suma total de todo aquello que puede llamar suyo. Mead lo consideró como el resultado de un proceso social, consecuencia de un largo período evolutivo, el cual se puede conocer empíricamente. Comprende tanto el "Yo", principio de acción e impulso, como el "Mí", actitudes de los demás que son analizadas y tomadas en consideración por el YO.

Las estructuras cognoscitivas que desarrollamos para representar el mundo externo proveen de líneas guías

¹⁷ Oñate de, Ma del Pilar, El Autoconcepto Narcea S.A. de Ediciones Madrid 1989. pp. 15-71

sobre cómo interpretar lo que nos llega. Sin una organización de estas estructuras, ni la percepción ni el pensamiento serían posibles.

Importante en los análisis cognitivos del autoconcepto es la idea de que la gente es diferente porque sus estructuras cognitivas o sistemas de esquemas son diferentes. Así, en términos de autoconcepto, tenemos esquemas sólo de aquellos aspectos de nuestra conducta que son importantes para nosotros o distintos en algún modo.

Para Purkey (1986) el Yo es un sistema complejo y dinámico de creencias, cada una con su propio valor, que un individuo mantiene acerca de sí mismo. Es una realidad organizada; se caracteriza por el orden y la armonía. Tiene numerosas creencias acerca de sí mismo que forman un sistema perfectamente jerarquizado. Cada creencia tiene dentro del sistema su propio valor, positivo o negativo. El éxito o el fracaso se generalizan dentro del sistema, y son habilidades importantes para el YO, el cual evalúa y valora otras características personales, es una realidad única y no hay dos personas que sostengan

idéntico conjunto de creencias. Además de ser organizado, el Yo es una realidad dinámica, su mantenimiento, tal como se percibe a sí mismo, constituye el motivo central y la clave dinámica de la conducta humana, convirtiéndose de esta manera, en el punto central de referencia de la realidad total que afecta a la persona.¹⁸

Cuando un nuevo concepto de sí mismo, dice Purkey, se presenta como relevante y consistente con los conceptos presentes ya en el sistema, se acepta y asimila con facilidad. Si el concepto no tiene relevancia, se ignora y si es inconsistente se distorsiona o se rechaza. La persona que tiene un alto concepto de sí mismo en una dimensión cualquiera, pero importante de la personalidad, tendrá que sufrir muchas experiencias de fracaso antes de cambiar la imagen del Yo, ya que es una realidad aprendida, se adquiere y se modifica a través de los intercambios y relaciones interpersonales.

¹⁸ Oñate de, Ma del Pilar, Op. Cit.

De acuerdo con los estudios de Laury y Joost (1986) serían factores contraindicados para la formación del Yo: la supresión de las emociones parentales, los conflictos familiares, la inducción de falsas identidades, la permisividad. Por el contrario, el calor familiar, el establecimiento de límites claramente definidos y el tratamiento respetuoso favorecen la formación adecuada del Yo.¹⁹

2.2. IMAGEN CORPORAL Y DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

La adolescencia es un período particularmente interesante para el estudio de la autoimagen, porque se trata de una época de la vida en la que el individuo cambia en forma manifiesta y se halla en ese momento implicada en importantes decisiones referentes a la propia vida del joven.

La clasificación de las autoimágenes sobre la base de dimensiones universales, nos ayuda, en gran medida, a

¹⁹ Oñate de, Ma del Pilar, Op. Cit.

conocer su estructura. Si sabemos qué ve el individuo cuando se mira a sí mismo (su status social, su rol, sus características físicas, sus rasgos y otros aspectos del contenido de la autoimagen); si tiene una opinión favorable o desfavorable de sí mismo (dirección); cuán fuertes son sus actitudes hacia sí mismo (intensidad); cuán importante es el sí mismo en comparación con otros objetos (importancia); si pasa gran parte de su tiempo pensando cómo es, si se mantiene constantemente consciente de lo que está diciendo o haciendo, o si, en cambio lo absorben las tareas que realiza u otros objetos (saliencia); si los componentes de su propia imagen son coherentes entre sí o contradictorios (coherencia); si su actitud hacia sí mismo varía o cambia día a día o momento a momento, o si por el contrario, es estable y sólida (estabilidad) y si tiene una imagen firme y definida de cómo es él, o si ésta es vaga, confusa y borrosa (claridad); así podemos, en suma, caracterizar la autoimagen del individuo teniendo en cuenta cada una de estas dimensiones, obtendremos una buena

aunque todavía incompleta descripción de la estructura de la autoimagen.²⁰

La característica distintiva de las actitudes hacia sí mismo, consiste, sin embargo, en que todos nos sentimos motivados para tener la misma actitud hacia el objeto, es decir, una actitud positiva.

Mientras ciertas emociones son comunes a las actitudes hacia sí mismo y a las de opinión pública, otras (la vergüenza, la culpa, la mortificación, el orgullo, la autocomplacencia, etc.) constituyen características distintivas de las actitudes hacia el sí mismo o de las actitudes hacia los objetos implicados en el ego.

Tanto para los adultos como para los adolescentes, así como para hombres y mujeres con enfermedades crónicas, la concepción cultural que se tiene de un "cuerpo ideal" (alto, fuerte, delgado, hermoso y joven), exagera el proceso de ajustar la imagen personal a las pérdidas y el devaluado estado asociado a una enfermedad.

²⁰ Rosenberg, M. La Autoimagen del Adolescente y la Sociedad Edit. Paidós B.Aires 1ª Edición 1973, Cáp. 1.

Existen ciertas diferencias en las fuentes de influencia socialmente significativas. Los medios de comunicación (la prensa, la radio, la televisión, etc) pueden influir sobre nuestras actitudes.

Los factores sociales tienen gran importancia en la formación de la autoimagen, según Schonffeld, (1996) de las expectativas de los otros y de la valoración que éstos hacen de su conducta, el adolescente infiere un concepto de su importancia y de su status ante los demás. El aforo de su cuerpo, por ende, depende de asuntos tales como sus relaciones con los otros, la asimilación de los nuevos roles, el concepto de su capacidad para ejecutar metas, la estimación de sí, los sentimientos de seguridad y los de frustración.

Caboy (1938) adelantó una teoría de la “ventaja sociobiológica”, según la cual el adolescente cuyo tipo somático se parecía al “atlético” (o ideal) gozaba de ventajas especiales y de buenas oportunidades por la imagen positiva que proyectaba. El adolescente de características físicas “atléticas” tiene suerte, sin duda,

porque los otros tienen impresiones favorables sobre él por estereotipos culturales antiguos y por los estándares contemporáneos que a atractivo se refieren. La competencia por ocupar un lugar entre iguales, la popularidad con el sexo opuesto y por los privilegios propios de los adultos, es a veces sutil. Por desgracia, el adolescente cuyo cuerpo produce una imagen desfavorable está expuesto a la discriminación, el ostracismo y el rechazo del otro sexo, y a veces es tratado con desprecio y hostilidad. Los anuncios, las revistas las películas, la televisión y el culto a los héroes del atletismo, contribuyen en total a la glorificación de cuerpo ideal y al menosprecio del que se queda corto.

2.3. LA INFLUENCIA DE LA DIABETES TIPO 1 EN EL AUTOCONCEPTO DEL ADOLESCENTE

La mayoría de las teorías han resaltado el efecto que una enfermedad crónica puede tener en la autopercepción. Específicamente, los cambios corporales y la interrupción de actividades son vistas como factores que pueden disminuir la auto valoración de un paciente. La enfermedad

crónica en la adolescencia, puede interrumpir los logros de las tareas de maduración que son vistas como esenciales para tener una vida adulta psicológicamente sana. Específicamente una enfermedad crónica puede afectar la autoestima, el sentido de identidad, la autonomía y una orientación encaminada a logros futuros.²¹

A pesar del optimismo juvenil, se cree que en el periodo de la adolescencia se es vulnerable a disfunciones emocionales y más aún si se padece una enfermedad crónica debido a que no solo se confronta con el proceso normal de desarrollo y el estrés que este pueda producir, sino que además se enfrenta con las demandas de la enfermedad y su tratamiento.²²

Algunos estudios sugieren que un adolescente con enfermedad crónica, incrementa sus tasas de mala adaptación psicológica, problemas conductuales y síntomas psiquiátricos, así como baja autoestima.²³

²¹ Kellerman, J. Zelter, L.L. Effects of illness in Adolescence. *Anxiety, Self Esteem and Perception of Control*, 1980, 97:126-131

²² Kellerman, J. Zelter, L.L. *Op Cit.*

²³ Silver J.E., Barman J.L., Coupey M.S. Ego Development and Chronic Illness in Adolescence, *Journal of and Socila* 1990, 59:305-310

Desde la antigüedad, se ha asociado el inicio de la DM con traumas emocionales, frecuentemente se le asocia como resultado de una situación ambiental catastrófica en la vida de una persona. Por ejemplo, en el siglo XVII Thomas Willis atribuyó la etiología de la diabetes a la tristeza y a la pena; si acudimos a recientes publicaciones en las que se vincula a la diabetes con la depresión y el dolor la hipótesis hecha por Willis hace más de trescientos años no resulta tan extraña, sin embargo esta asociación está lejos de ser verdad y es más la excepción que la regla y no es tomada en cuenta como una observación de peso en las estadísticas epidemiológicas.²⁴

La DM tiene diversas implicaciones en el funcionamiento total del organismo, y parecería que ningún órgano, sistema y proceso se encuentran a salvo de los estragos de esta enfermedad. La severidad y consecuencias de ésta dependerán de la etapa en que se encuentre la persona al momento de inicio de la enfermedad y su habilidad y la de

²⁴ Kellerman, J. Zelter, L.L. Op Cit

los demás para adaptarse a ésta, para minimizar el impacto.

En el adolescente que intenta la independencia de sus padres, una enfermedad como la DM y su subsecuente manejo, significa desde freno hasta un retroceso en este proceso. Cuando la enfermedad se presenta en una edad temprana de desarrollo, los lazos paternos pueden ser reforzados, limitando la exploración lejos de éstos y puede producirse una mayor dependencia. La enfermedad complica la separación del adolescente de sus padres, tiene como resultado un aislamiento de sus contemporáneos, por toda la clase de restricciones a los que son sometidos.

Existe aun mucho desconocimiento acerca de la diabetes juvenil, a pesar de que se estima que hay 200,000 jóvenes con esta enfermedad a diferencia de otras enfermedades crónicas en la niñez, el caprichoso e impredecible curso de la diabetes hace a esta enfermedad más difícil de controlar

médicamente, más difícil para el paciente y sus padres, incluso para su médico el enfrentarla real y directamente.²⁵

Se han realizado estudios a partir del impacto de la diabetes en el desarrollo psicológico y emocional del adolescente. Algunos investigadores han enfocado su atención en los rasgos de personalidad del paciente con DM, intentando en lo posible una valoración retrospectiva, sus conclusiones han identificado factores como la pasividad, dependencia, inmadurez, desajuste sexual, inseguridad, indecisión y masoquismo, hay que destacar que estas características se han encontrado en otras enfermedades crónicas y no son exclusivas de la diabetes.

Como una visión general, Mirsk (1948), quien estudió la DM desde las perspectivas tanto endócrinas como psicoanalíticas, conceptualizó a la DM como un síndrome con determinantes genéticos que afectan y son afectados por disfunciones fisiológicas y psicológicas dentro del entorno ambiental.²⁶

²⁵ Polaino_Lorente Aquilino. Op. Cit.

²⁶ Kellerman, J. Zelter, L.L. Op Cit

Belmonte observó varios problemas emocionales severos en niños con diabetes enfatizando que los problemas psicológicos más serios tienen sus raíces más profundas en conflictos psicológicos preexistentes donde la enfermedad sólo sirvió para reforzarlos. De acuerdo a Davis (1965) los niños pueden ser ayudados a considerar la diabetes como una parte normal de sus vidas y no alcanzan a comprender la seriedad de este desorden. Travis (1963) señaló que en la adolescencia la situación es más seria, con sentimientos de inadecuación así como diferencia, producen actitudes de rebelión como defensa inmediata ante estas emociones. El grado de rebelión muchas veces varía con la cantidad de rigidez del manejo de la diabetes en los años preadolescentes.²⁷

Swift y Seidman (1964) en su estudio de problemas de ajuste con jóvenes que padecen diabetes, encontraron que los niños tenían mayor ansiedad, una imagen menos adecuada de sí mismos, un inadecuado balance de la

²⁷ Ch. F., Estein, H. Adjustment Problems in Juvenil Diabetes. Psychosomatic Medicine, 1967, 6:55-571

dependencia independencia, y una mayor preocupación moral de lo que es esperado para una población normal.²⁸

El control de la diabetes se relacionaba significativamente al ajuste social y emocional a la enfermedad, el nivel de ansiedad, la imagen corporal, el sentimiento del estado de salud en general, la duración de la enfermedad, la severidad de la diabetes y la situación emocional en casa.

A más temprana edad de diagnóstico, más reducida será la posibilidad para regular la diabetes. Es importante conocer cuáles características del niño, su situación familiar y qué cualidades de los padres están relacionadas con estas variables. Se encontró que la autopercepción se encuentra asociada al grado de independencia de los sujetos.²⁹

Asimismo, se ha encontrado que los pacientes jóvenes tienen una actitud más positiva hacia la diabetes que aquellos de más edad. Esto puede ser debido tanto a un

²⁸ Ch. F., Estein, H. Adjustment Problems in Juvenil Diabetes. Op. Cit.

²⁹ Ch. F., Estein, H. Adjustment Problems in Juvenil Diabetes. Op. Cit.

efecto del optimismo juvenil y al hecho de que la enfermedad se encuentra en una etapa temprana.³⁰

Se ha mencionado que tanto niños como adolescentes con DM t1 parecen ser más difíciles de controlar y parecen tener más problemas psicosociales que otros que también padecen alguna otra enfermedad crónica, lo anterior se reafirma con ciertos estudios que sugieren que entre más joven se esté cuando se diagnostique la diabetes, es más probable que se desarrollen problemas conductuales y cognitivos cuando se llegue a la adolescencia. Algunos estudios han comprobado que existe una relación entre el tiempo de padecimiento y problemas emocionales en adolescentes, como son los logros académicos y otros problemas relacionados con la escuela.³¹

Un factor de riesgo para desarrollar dificultades psicosociales identificado por Mrazek (1986) es el padecer una enfermedad que comience a partir de la niñez o al

³⁰ Gafvels C., Lithner F., Börjeson B. Living with diabetes: Relationship to Gender, Duration and Complications. A Survey Norther Sweeden. 1993. 10:768-773.

³¹ Ryan M.C., Morrow A.L. Self Esteem in Diabetic Adolescents: Relationship Between Age at Onset and Gender. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1986 54:730-731.

principio de la adolescencia, esto aunado a los procesos que se presentan en esta etapa del desarrollo como son la lucha por lograr cierto grado de independencia, imagen corporal, aprobación y aceptación por parte de sus congéneres. Todos estos factores dificultan el llevar un régimen estricto y ordenado cuando se padece DM t1; esto causa problemas de una falta de control sobre ciertas conductas como “comilonas”, reportes falsificados de pruebas de orina, el “olvidar” aplicar insulina y olvido constante de citas médicas, por enumerar algunas de las conductas más frecuentemente citadas por los médicos. Reportes de suicidio y persistentes episodios de cetoacidosis causados por abandono del tratamiento, apoyan la noción de que la diabetes tiene una fuerte relación con un desajuste psicosomático.³²

Los médicos están de acuerdo que la adolescencia es un estadio particularmente difícil del desarrollo y particularmente para la persona con DM tipo 1. El periodo de la adolescencia significa pasar por una importante

³² Sullivan J.B. Adjustment in Diabetic Adolescents Girl. Psychosomatic Medicine 1979. 41:127-137

transición, durante el cual, tienen lugar muchos cambios tanto físico, cognitivos y psicosociales; en este momento de la vida, se cree que estará lleno de estrés y se cree que el adolescente es vulnerable a disfunciones sexuales. Los adolescentes que padecen una enfermedad crónica pueden encontrarse con mayores riesgos, porque no sólo enfrentan los procesos de desarrollo normales y el estrés que éstos producen, sino que también deben enfrentar las demandas de una enfermedad y su tratamiento. Por ejemplo Hauser, Jacobson, Noam y Powers (1983) compararon el desarrollo del Yo de adolescentes con una enfermedad crónica y muchachos normales, encontrando que los adolescentes con DM tenían un Yo significativamente más vulnerable que el grupo control.³³

2. 4. LA SEXUALIDAD EN EL ADOLESCENTE

Algunos psicoanalistas opinan que “la madurez sexual influye en la aparición o mengua de ciertos intereses y

³³ Silver J.E., Barman J.L., Coupey M.S Op. Cit.

actitudes, e inicia mutaciones y cambios en la vida mental del niño pubescente". (Blos, 1962).

En los hombres, la primera indicación de la pubertad es el crecimiento acelerado de los testículos y el escroto. Aproximadamente un año después se advierte un crecimiento rápido en la talla y en el pene así como un desarrollo de las vesículas seminales y la próstata. Comienza a aparecer vello tanto en pubis, axilas como en la cara.

En las mujeres, se observa un crecimiento, tanto de senos así como del útero, la vagina, un aumento en las dimensiones del clítoris y los labios genitales, pero la menarca es la señal más contundente del cambio que tiene lugar en esta etapa. Según Spanier (1977), al llegar a la pubertad y adolescencia, los cambios biológicos de la maduración suscitan un nuevo interés por la sexualidad agravando el problema de integrar estos impulsos con los otros aspectos de la personalidad, a este proceso lo llamó socialización sexual. Consta de 5 componentes:

- 1) escoger una preferencia por el objeto sexual

- 2) asumir una identidad sexual
- 3) aprender los papeles propios del sexo
- 4) entender la conducta sexual
- 5) adquirir las destrezas y el conocimiento sexuales

En general el grado de sexualidad de hombres y mujeres siempre depende de las normas predominantes y cambia cuando ellas también lo hacen. Algunas sociedades reservan la sexualidad exclusivamente para la procreación, mientras que otras ven esta limitación contranatura.

2.5. LA SEXUALIDAD Y EL ROL DE GÉNERO

Las estructuras anatómicas que diferencian al varón de la mujer no determinan también si una persona actuará como masculina o femenina. “No hay ningún mecanismo primario, genético o innato, que preordene la masculinidad o la femineidad de la diferenciación psicosexual”. La imagen de un niño respecto de su género y el modo como supone que los demás le piden que desarrolle su rol sexual sufren influencia de lo que entienda qué es actuar como

muchacho o como muchacha. Brown y Lynn (1966) defienden la idea de que la diferenciación del rol sexual queda bien plasmada hacia los cinco años y que es raro que exista un reajuste básico durante la adolescencia o posteriormente.³⁴

El rol sexual se compone de actuaciones y actitudes que coinciden con los estereotipos culturales de la masculinidad y de la feminidad. La masculinidad adulta, según el estereotipo, está orientada hacia el logro, la autonomía, el dominio, la racionalidad, la eficiencia y la resistencia o aguante; el estereotipo de la feminidad adulta, por otra parte, se caracteriza a diferencia por la sumisión, socorro y adhesión.³⁵

El padre es el prototipo del rol instrumental y masculino, toma las decisiones en la familia y limita la actividad de los niños, es quien resuelve las necesidades y ha de centrar su atención en el mundo de las ocupaciones. La madre, en cambio ejerce, el rol expresivo, como es la que atiende a cada miembro de la familia, ha de centrar su atención en

³⁴ Kellerman, J. Zelter, L.L. Op Cit.

³⁵ Kellerman, J. Zelter, L.L. Op Cit.

las relaciones emocionales que reinan entre ellos. Mediante la concesión de placeres y su solicitud, sus instancias y comprensión, pueden fomentar patrones de comportamiento satisfactorio en sus hijos. La esencia de la masculinidad y de la feminidad estriba quizá en las orientaciones instrumentales y expresivas, respectivamente. Las relaciones maternas tempranas permiten a los niños de ambos sexos aprender el comportamiento expresivo y entablar patrones interpersonales que puedan durar a lo largo de la vida; las relaciones del rol con el padre, son la clave para la identificación con el rol masculino, en el caso de los varones y la madre en el rol femenino, en el caso de las mujeres.³⁶

Los estudios realizados por Kinsey de 1948 a 1953 junto con sus colaboradores indican que los varones adolescentes difieren de las mujeres tanto en la rapidez de la excitabilidad como en los niveles de excitación. La

³⁶ Kellerman, J. Zelter, L.L. Op Cit

capacidad que los hombres tienen para ser estimulados parece aumentar de manera notable en los inicios de la adolescencia, alcanzando su cima tres o cuatro años después. Tal capacidad parece decrecer firmemente a continuación, hasta un nivel bajo pero constante en los cincuenta. Por otra parte, las mujeres muestran progresivo incremento en la excitabilidad y en la excitación desde un nivel bajo en la adolescencia hasta alcanzar el vértice hacia los veintes o los treintas, en el que quedan por varios años.³⁷

Los niveles de excitación sexual parecen estar determinados por los sistemas endocrino y nervioso, así como por factores sociales. Quizá las hormonas sexuales, que están en diferentes proporciones en un sexo y otro, producen umbrales distintos. La excitabilidad, parece estar influida por las hormonas lo mismo que por la retroalimentación de la estimulación sexual. La excitación será suprimida en la medida en que la excitabilidad sea censurada socialmente.

³⁷ Kellerman, J. Zelter, L.L. Op Cit

Money (1963) dice que las diferencias sexuales en la excitabilidad se deben en primer lugar a la biología y que el andrógeno es su causa en ambos sexos.

Si suponemos que las influencias hormonales son el factor dominante para el control de la excitabilidad y de la excitación, las descripciones de Kinsey sobre el desarrollo sexual, que corresponden más o menos a los moldes de desarrollo establecidos, manifiestan una incompatibilidad fundamental entre los dos sexos durante la adolescencia y la adultez. Sin embargo, estas diferencias se pueden deber en parte a las distintas expectativas que tanto los hombres como las mujeres han aprendido respecto del comportamiento sexual. Si bien esas variaciones se podrían atribuir a diferencias fisiológicas, el aprendizaje social no deja de ser importante.

En las sociedades urbanas y tecnológicas, se enseña a los niños desde temprano a inhibir los impulsos abiertamente sexuales hacia los miembros de la familia, suprimir la autoestimulación y a evitar toda forma de juego sexual con los demás niños. (Sears, Maccoby y Levy, 1957) Las

expresiones incestuosas hermano-hermana, padre-hija, madre-hijo, son tabú. Sin embargo, los investigadores de otras culturas han mostrado de manera irrefutable que la conducta sexual de niños y adolescentes varía inmensamente según la cultura, incluso hay sociedades que permiten la autoestimulación y el juego sexual y que son menos restrictivas (Ford y Beach, 1951).

2.6. EL COMPORTAMIENTO SEXUAL

El significado que el comportamiento sexual tiene para la gente depende del contexto social en el que se da su aprendizaje. Durante mucho tiempo se creyó que las diferencias sexuales hacían que los varones reaccionaran de manera diferente a como lo hacían las mujeres frente a las experiencias sexuales. La diferencia en los apetitos sexuales se ha explicado diciendo que la excitabilidad del varón está más condicionada ante la estimulación social que la de la mujer. El varón puede entregarse a los placeres eróticos con menos probabilidad de repercusiones negativas que la mujer, independientemente de si está

determinado biológica o socialmente. La experiencia sexual para el varón parece tener dos significados principales. El primero es pasarla bien -"puro placer visceral"- a veces sin relación alguna con las mujeres; es asunto de gran interés antes de que tengan lugar las experiencias heterosexuales. En segundo lugar es un aspecto del status masculino que versa sobre la "conquista" de las mujeres. Elias y Gebhard (1969), empleando datos no reseñados antes, del estudio Kinsey (1953) hallaron que hacia los nueve años puede empezar el juego homo y heterosexual entre los niños, aunque sin las características eróticas de las actividades sexuales de los adultos. Antes de la llegada de la pubertad, cerca del 52% de los muchachos entrevistados habían participado en juegos homosexuales y el 34% en los heterosexuales. Por otro lado, sólo un tercio de las muchachas prepuberes, habían participado en este tipo de actividades. La masturbación, era más común entre los hombres que entre las mujeres en todas las edades. Cerca del 50% de los muchachos, frente a un 30% de muchachas, informaron

que se habían masturbado en la niñez, estas diferencias son significativas aún después del matrimonio. Para los varones, más que para las mujeres, el amor viene muchas veces en un contexto sexual; tanto antes como después del matrimonio, los varones suelen ver el sexo como “juego, como una forma favorita de recreo”. Allen, Haput y Jones (1964) obtuvieron protocolos anónimos de “experiencias cumbres” de muchachas y muchachos universitarios. Los varones solían informar con mayor frecuencia que ellas de que la “sensualidad sexual” era la experiencia más interesante de sus vidas. Por otra parte, Cameron (1967) preguntó a 238 hombres y mujeres, desde 10 a 60 años, que estimaron el tiempo que cada día habían dedicado a pensar en el sexo. Halló que ambos sexos, en cada edad, mostraban igual preocupación, excepto en la preadolescencia y en la senectud.

2.7. LIBERALISMO EN LO REFERENTE AL SEXO

Las sociedades occidentales se han regido por la ética judeocristiana en cuanto a la conducta sexual. Tanto para

los hombres como para las mujeres rige un único patrón:

La gratificación sexual era sólo para el matrimonio y antes había que ser continentes. Esta ética, tan bien plasmada entre los antiguos puritanos, rechazaba por completo el contacto sexual como objeto de placer; sin embargo, como de ordinario es deleitoso, había anchas brechas entre lo que se profesaba y lo que se practicaba. Consiguientemente, fue apareciendo un doble patrón, según lo cual le permitía el coito premarital para los hombres, más no para las mujeres. Reiss (1960) "en el meollo del doble estándar parece haber la noción de la inferioridad de la mujer" Kirkendal (1965) cree que, al hacer responsable a la muchacha exclusivamente en la determinación de los estándares de conducta, el doble patrón es "una de las inmoralidades más grandes". Vincet (1960) observó que las mujeres no sólo son juzgadas más duramente que los hombres en cuanto a la práctica sexual prematrimonial, sino que el embarazo ilícito se juzga más reciamente que la unión sexual ilícita.

Ni la familia ni la iglesia tienen los poderes coercitivos y amplios que se requerirían en una sociedad compleja para obligar a ceñirse a la ética puritana. Así, la abstinencia prematrimonial ya no es criterio de moralidad sexual, sino que va surgiendo un nuevo punto de vista, según el cual la moralidad se juzga por la madurez. Según este punto de vista, la expresión de la sexualidad tiene un rol en el desarrollo de la personalidad, por cuanto ayuda al individuo a adaptarse a las costumbres de sus grupos sociales. Es posible que la persona totalmente desarrollada reúna sus apetitos sexuales junto con otras necesidades y goce la satisfacción más profunda de expresarlas todas a la vez. Kirkendall y Libby (1966) señalan que la moralidad sexual no tiene por qué requerir total abstinencia, ni que las experiencias sexuales premaritales necesariamente significan inmoralidad. El sexo deriva su significado del grado en que contribuye o substraer calidad a la relación dada.³⁸

³⁸ Kellerman, J. Zelter, L.L. Op Cit

Smigel y Seiden (1968) describen el actual éthos³⁹ como “un doble estándar de transición en el que el coito es lícito para los jóvenes en toda circunstancia, mientras que es aceptable para las mujeres si están “enamoradas”. En general, “la expresión sexual de la mujer se relaciona primaria y profundamente con el estar enamorada y con la misma persona”, mientras que la “sexualidad masculina está asociada de manera más indirecta y menos exclusivamente con el romanticismo y con las relaciones íntimas”. Resultado de la “liberalidad con afecto” parece ser que los varones ya no insisten en lo que hasta ahora era inviolable prerrogativa masculina, a saber, que la novia sea virgen.⁴⁰

La actual generación adolescente es más liberal que sus padres y estos menos liberales que cuando eran jóvenes. Si bien los padres se percatan de la liberalidad reinante, no necesariamente la aprueban, aunque el nuevo liberalismo

³⁹ Cualidades inherentes de belleza de una obra que producen impresión de nobleza ideal y universal en oposición a las cualidades emocionales y transitorias. Gran Diccionario Enciclopédico Ilustrado Tomo V Selecciones del Readers Digest

⁴⁰ Kellerman, J. Zelter, L.L. Op Cit

de los adolescentes pudo cooperar a cambiar los valores adultos entre 1970 y 1980.

2.8. EL DESARROLLO SEXUAL EN EL ADOLESCENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 1

En el período temprano de la adolescencia (de los 11 a los 13 años de edad) se presentan los cambios físicos asociados con la pubertad, los cuales tienen una gran importancia en la percepción de la imagen corporal. Los problemas psicosexuales más significativos que pueden presentarse en la primera fase de la adolescencia están relacionados en gran medida con el impacto de la enfermedad o el tratamiento sobre el desarrollo de la pubertad. Estos efectos pueden incluir retraso en la aparición de las características asociadas a los rasgos sexuales secundarios.⁴¹

En la fase media de la adolescencia (de los 14 a los 16 años) se intensifican las relaciones con el grupo de referencia y existe un aumento en las respuestas sexuales,

⁴¹ James L. M.D. Psychosexual Development in Adolescents with Chronic Medical Illnes Psychosomatic. 1998. 39:349

las cuales incluyen una conducta de "ligue", el despertar subjetivo de la orientación sexual y las experiencias exploratorias sexuales.

La auto-confianza y autoestima se relacionan con el ajuste sexual y la habilidad de negociar relaciones. En esta fase existe un aumento en las comparaciones de sí mismo con el grupo de referencia, lo cual permite al adolescente llevar a cabo el proceso de auto-valoración, necesario para la formación del autoconcepto.

Durante este período del desarrollo psicosexual se presenta la separación de la familia. La necesidad creciente de independencia del adolescente puede causar problemas en casa, el desafío abierto hacia los padres y el no querer convivir o acompañar a la familia en las actividades sociales no es un evento raro.

Las consecuencias de una enfermedad orgánica en la fase media de la adolescencia se encuentran relacionadas con el impedimento para desarrollar grupos de referencia y conductas sexuales. Esta limitación se asocia a la dependencia hacia los miembros de la familia e

instituciones que prestan la atención a su salud, a los períodos prolongados de aislamiento del grupo de referencia, a la disminución en la capacidad sexual debido a la enfermedad física y por la vergüenza que experimentan por padecer una enfermedad física.⁴²

En la fase tardía de la adolescencia (de los 17 a 19 años), las respuestas sexuales involucran principalmente los intentos para alcanzar un nivel de intimidad interpersonal más profunda. Esta fase se caracteriza por deseos, habilidades incrementadas hacia la intimidad emocional y sexual y a la disminución de las necesidades de una base familiar.

La mayoría de los muchachos ha establecido un modelo regular de conducta sexual. La masturbación y las caricias mutuas son una actividad frecuente incluso con parejas informales, practicando el sexo oral como una opción al coito. Sin embargo, los adolescentes ante la urgencia sexual que experimentan intentan persuadir, manipular y coaccionar a las muchachas hacia un coito real. Ahora

⁴² James L. M.D. Op. Cit.

ellas deben tratar con las necesidades, expectativas y requisitos de los muchachos que son la otra mitad necesaria de la diada. Es un dilema social al que deben enfrentarse las adolescentes, deben negociar la relación de acuerdo a su grupo social y a un sentido de valor personal.⁴³

Así mismo, las variaciones de los valores hacia la sexualidad, dentro de la misma cultura pueden incrementar la confusión del adolescente acerca de como entender la sexualidad y la conducta sexual. Las actitudes de los padres basadas en varios sistemas de creencias culturales pueden estar en desacuerdo con las del grupo de referencia de sus hijos, aumentando su confusión.

Las consecuencias sexuales para el adolescente en la última fase con una enfermedad médica, se relacionan con la ansiedad acerca de transferir necesidades de dependencia hacia los amigos íntimos y estos adolescentes algunas veces tienen dificultad para desarrollar los roles adultos requeridos para la intimidad

⁴³ James L. M.D. Op. Cit.

sexual, debido a su posición y dependencia crónica hacia sus familiares por asistirlos cuando tienen limitaciones físicas, discapacidad y dolor.⁴⁴

El aprendizaje del rol sexual de la joven consiste en las relaciones interpersonales, mientras que el de los jóvenes va dirigido al logro, la eficiencia y el dominio racional del ambiente.

La imagen de la familia nuclear como valuarte de la ética instrumental y de logro - donde padre y madre ejecutan roles distintos- se puede criticar duramente por parte de quienes secundan la liberación de las mujeres. Hoy, las mujeres disponen de más libertad y autoridad y la mutación de su status ha influido en la estructura familiar. Hasta cierto grado, esto ha minado el rol del padre como sostén, cabeza de hogar y portador de valores instrumentales. Bronfenbrenner (1961) observó que en los últimos 25 años ha ocurrido un cambio en los patrones de diferenciación del rol de los padres. El balance del poder ha cambiado. Los padres han cedido algo de su autoridad paterna a las

⁴⁴ James L. M.D. Op. Cit.

madres y han asumido algunas de las funciones de afecto y cariño que tradicionalmente correspondían a la mujer. Lo que ocurre realmente en una familia depende de las relaciones generacionales e instrumental-expresivas entre los padres.

2.9 COMPLICACIONES SEXUALES EN EL ADOLESCENTE CON DIABETES TIPO 1

Las investigaciones relacionadas con enfermedades médicas y desarrollo psicosexual en adolescentes, publicadas entre 1986 y 1997, han encontrado que, las personas con enfermedad médica, son socialmente más aislados que sus iguales y tienen oportunidades limitadas para el desarrollo psicosexual. Los adolescentes con una enfermedad crónica también están limitados tanto por una sobreprotección paternal, así como por las complicaciones propias de su enfermedad, por lo que limitan su o sus expresiones sexuales.⁴⁵

⁴⁵ Ryan M. C., Morrow A.L. Op. Cit.

Las enfermedades crónicas como la diabetes amenazan los más importantes recursos de una persona como son la autovaloración, identidad, el control del propio cuerpo, relaciones íntimas y la vida misma; aunque siempre se deja de lado la importancia del área sexual, existen varias razones para dejar de lado esta área: primero, existe una concepción errónea de que las enfermedades crónicas sólo son exclusivas del paciente geriátrico y dentro de este mismo rubro, se ha sugerido que existen varias razones por qué los profesionales al cuidado de la salud fallan al no dar la debida consideración a los aspectos sexuales que enfrenta una persona, por un lado, la sexualidad es vista como un área no vital para la recuperación y el mantenimiento de una buena salud, otro aspecto más, es que los profesionales de la salud no se encuentran en una posición cómoda o no son competentes en confrontar aspectos de la sexualidad, las reacciones psicológicas de los pacientes y la familia raramente son consideradas como una parte fundamental en las dificultades sexuales de los pacientes.

El diagnóstico de una enfermedad crónica, es una crisis que dispara fuertes emociones y desequilibrio psicológico, los fuertes sentimientos puestos en marcha por el diagnóstico de una enfermedad crónica como la Diabetes Mellitus puede ser tan amenazante, que las reacciones psicológicas (ejem. como la ira, miedo, ansiedad o depresión) pueden causar problemas en la sexualidad en lugar de otras complicaciones de origen más orgánico.

Una enfermedad crónica amenaza al menos cuatro áreas personales básicas: la autoestima, la sexualidad el control sobre las respuestas sexuales, las funciones corporales y la intimidad.

Los problemas de la diabetes con relación a la sexualidad, pueden ir desde una falta de identidad a partir de la imagen que se tiene del propio cuerpo, lo cual es importante para el adolescente en esa etapa de su vida; hasta la baja estima causada por disfunción eréctil (de 2 a 5 veces más común en pacientes con diabetes que en sanos), o eyaculación retrógrada, la cual consiste en que al momento

de eyacular el semen se dirige hacia la vejiga en vez de hacerlo hacia el pene.⁴⁶

Se ha estimado en estudios, que el 50% de los hombres con DM que padecen impotencia, tienen relación con estrés, ansiedad, depresión o miedo, elementos que contribuyen a la disfunción eréctil, por otro lado la pérdida de libido no es una secuela de la DM, el interés por el sexo puede estar disminuido por un letargo de los niveles de glucosa, ansiedad y estrés producidos por la condición del diabético, así como miedo a la impotencia.⁴⁷

El deterioro de la función sexual en hombres ha sido bien documentado, pero la frecuencia de la disfunción sexual en mujeres diabéticas no ha sido previamente reportada. A pesar de la prolífica literatura que trata sobre la reproducción y diabetes no hay estudios publicados sobre los patrones de función sexual en mujeres con diabetes en los años reproductivos.

⁴⁶ Alvarez-Gayou, Elementos de Sexología. McGraw-Hill, México.1990.

⁴⁷ Anderson J.B. Wolf M.F. Chronic Physical Illness and Sexual Behavior. Psychological Issues. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1986 54:168-175.

Un estudio que toma en cuenta a las mujeres diabéticas reportó que 125 presentaron una completa ausencia en la respuesta orgásmica mientras que solo 6 no diabéticas lo presentaron. Las mujeres diabéticas anorgásmicas habían sido orgásmicas en el pasado y habían desarrollado un patrón de disfunciones sexuales. El principio de las dificultades orgásmicas fue siempre gradual, en la mayoría se desarrolló en un período de 6 meses a un año, en todos los casos ocurrió después de que se presentó la diabetes. Historias sexuales tomadas con sumo cuidado no encontraron evidencia que apoyara una etiología psicógena, solo en algunas mujeres diabéticas la religión ortodoxa con actitudes rígidas antisexuales desarrolladas durante la infancia se asumía como el determinante así como fuertes sentimientos negativos hacia la pareja fueron considerados como el factor principal en la presentación de la anorgasmia. Una variedad de factores etiológicos son de importancia al respecto incluyendo la neuropatía, susceptibilidad a la infección, cambios microvasculares, la cronicidad y la atención psicológica para adaptarse a la

enfermedad; sin embargo no se puede implicar a ninguno de estos factores como el determinante mayor en las mujeres diabéticas con disfunción sexual.⁴⁸

Debe considerarse también para entender los casos de disfunción psicógena la historia del paciente poniendo particular atención hacia la actitud que éste tiene hacia su pareja y otros factores que generan traumas severos emocionales después de un encuentro sexual negativo.⁴⁹

Por el lado femenino, existen pocos estudios relacionados con DM y sexualidad, aunque se ha encontrado que el miedo y la aprehensión de transmitir la DM u otra enfermedad al propio hijo, puede contribuir a una disfunción sexual. Otros estudios demuestran que tanto en diabéticos como en la población en general la ansiedad y la depresión son mayores en las mujeres. Esta depresión se debe a que se tienen un menor control metabólico, así como altos niveles de hemoglobina glucosilada.

El rol de mujer probablemente les permitía compartir sentimientos inducidos por la enfermedad de una manera

⁴⁸ Kolodny C.R., Boston M.D. Sexual Dysfunction in Diabetic Females. *Diabetes*. 1971, 20:557-559.

en que al rol masculino no y esto puede tener efectos
positivos en sus relaciones.⁵⁰

⁴⁹ Kolodny C.R., Boston M.D. Op. Cit

⁵⁰ Gafvels C., Lithner F., Börjeson B. Op. Cit.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACION

La DM tipo 1 tiene un impacto importante en la vida del adolescente, en sus relaciones familiares, sociales y en su desarrollo psicológico y sexual. Sin embargo, la discusión sobre los temas relacionados con la sexualidad del paciente adolescente está ausente tanto en el ámbito familiar como en el clínico.

En las investigaciones disponibles, se trata el problema de la sexualidad de manera indirecta: a través de la evaluación de la autoestima, la imagen corporal y el funcionamiento social, sin tomar en cuenta las actitudes del paciente adolescente ante la sexualidad y su percepción de cómo su padecimiento influye sobre esta área tan importante, aún y cuando la experiencia del adolescente con DM tipo 1 puede ser diferente de los otros adolescentes sin este padecimiento.

Los pacientes pueden confiar más en el médico o en algún otro miembro del equipo de atención a la salud, si saben que los problemas sexuales son frecuentes en la diabetes y se dispone de diversas opciones de tratamiento. Por lo anterior, existe la necesidad de conocer y obtener mayor información acerca de si los adolescentes con diabetes tipo 1 ven afectadas sus actitudes hacia la sexualidad y su autoconcepto debido a este padecimiento. Además esta información es particularmente importante para el psicólogo, el cual contará con los elementos necesarios para brindar al adolescente con diabetes tipo 1 un tratamiento adecuado.

3.2 OBJETIVO GENERAL

El objetivo de este trabajo fue comparar y describir las diferencias en las actitudes hacia la sexualidad y el autoconcepto que tienen los adolescentes con diabetes tipo 1 y adolescentes libres de esta patología, en esta etapa de la vida donde se presentan cambios tan importantes en los aspectos biológico, psicológico y social.

3.3 HIPOTESIS

Ho Los pacientes adolescentes con Diabetes Mellitus tipo 1 no presentan diferencias estadísticamente significativas en sus actitudes hacia la sexualidad y autoconcepto con respecto a los adolescentes libres de esta patología.

H1 Los pacientes adolescentes con Diabetes Mellitus tipo 1 presentan diferencias en sus actitudes hacia la sexualidad y autoconcepto en comparación a los adolescentes libres de esta patología.

3.4 VARIABLES

Variable Independiente.- Diabetes Mellitus tipo I

Variables Dependientes.- Actitud hacia la sexualidad.

Autoconcepto.

Variables Conceptuales

- Adolescencia: el término denota el período de desarrollo psicosexual desde que se inicia en el principio de la pubertad y concluye al comienzo de la madurez, generalmente comienza a los 14 años en hombres y a los 12 en mujeres. (23)

- Autoconcepto.- La imagen que el individuo tiene de sí mismo, es de gran influencia en su comportamiento y esta directamente relacionada con su personalidad y con su estado de salud mental. (23)

- Sexualidad: función de relación con los demás, caracterizadas por la búsqueda de comunicación, afectividad y placer. Complementariamente puede implicar reproducción. Es una constante del ser humano desde su nacimiento hasta la muerte. Su estructuración integra lo social, cultural, psicológico y biológico. (25)

- Actitud hacia la sexualidad: disposición a responder en una forma determinada que se manifiesta exteriormente y que se forma a través de la familia, grupos de amigos, de las instituciones sociales como la escuela y/o la iglesia y de los medios masivos de comunicación; estas influencias dependen de la cultura y el subgrupo al que le individuo pertenece, intervienen los sentimientos y las emociones. (25)

3.5 TIPO DE ESTUDIO

Comparativo

3.6 ESTIMACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

De acuerdo a la fórmula para la comparación de proporciones, teniendo una proporción esperada de trastornos de la sexualidad en un 30% de los pacientes con Diabetes tipo 1 y una diferencia esperada entre los dos grupos del 30%, se requiere de 33 sujetos por grupo (21).

3.7 DISEÑO DE INVESTIGACION: CASOS Y CONTROLES.

A.- Selección de los casos:

Los casos fueron seleccionados de la consulta del servicio de Pediatría del Hospital Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI y Centro Médico la Raza, en un campamento que se realiza anualmente en el Centro Vacacional de Oaxtepec. Fueron reclutados los casos de

reciente diagnóstico establecido de Diabetes Mellitus tipo

1, ya que a ellos es dirigido el campamento.

Criterios de inclusión y exclusión de los casos

1.- Criterios de Inclusión

- pacientes con diagnóstico establecido de Diabetes Mellitus tipo 1 de reciente diagnóstico (hasta 1 año)
- ambos sexos
- de 14 a 19 años
- que aceptaron participar

2.- Criterios de Exclusión

- con complicaciones secundarias de la enfermedad.

B. – Selección de los Controles no Hospitalarios

1.- Los controles para cada paciente fueron adolescentes que acuden a una institución educativa similar a los casos (Colegio de Bachilleres), los cuales fueron pareados por sexo, edad y escolaridad.

1.- Criterios de Inclusión de los Controles

- ambos sexos

- de 14 a 19 años
- adolescentes sin diabetes
- que acepten participar

3.8 INSTRUMENTOS DE MEDICION

Se aplicó una versión modificada del Cuestionario autoaplicable de Actitudes Sobre Sexualidad (22), el cual consta de 24 preguntas estructuradas en forma de afirmación. Cada ítem tiene cinco alternativas de respuesta tipo Likert (totalmente de acuerdo, acuerdo, indeciso, desacuerdo, totalmente en desacuerdo), los reactivos están agrupados en las siguientes dimensiones: masturbación, relaciones sexuales premaritales, embarazo y anticoncepción. La calificación se obtiene por medio de una escala ordinal de 1 a 5 puntos. Este instrumento se aplicó a 480 adolescentes (240 hombres y 240 mujeres) entre los 15 y 20 años de la Escuela Nacional Preparatoria; para así poder obtener la confiabilidad y la validez del instrumento.

Escala de Autoconcepto de Tennessee.- La Escala consiste en 100 afirmaciones autodescriptivas que la persona usa para describir la imagen que tiene de sí mismo. Se encuentra disponible en dos formas, una para orientación y otra forma clínica y de investigación. Ambas formas usan el mismo folleto y reactivos, pero las diferencias se centran en la calificación y en los perfiles. La forma para orientación se califica más rápida y fácilmente pues incluye menos variables y puntajes, es apropiada para la autointerpretación y retroalimentación.

La forma clínica y de investigación es más compleja en términos de calificación análisis e interpretación y no es apropiada para la autointerpretación o para la retroalimentación directa del sujeto; en la presente investigación se utilizó esta forma.

Sub-escala de Autocrítica.- Esta escala está compuesta por 10 ítems tomadas de la Escala L del MMPI, todos ellos son afirmaciones ligeramente derogatorias que la mayoría de la gente acepta como ciertas con respecto a ellas mismas.

El conjunto total de ítems se encuentra dividido de dos maneras, verticalmente en columnas (marco externo de referencia) y horizontalmente en hileras (marco interno de referencia), correspondiendo cada ítem y cada celdilla a dos puntajes diferentes. Sobre la base de las tres categorías horizontales, que al sumarse dan por resultado el Total Positivo o Puntaje Total P. Estos puntajes representan un marco interno de referencia dentro del cual la persona se describe así misma.

Hilera 1.- Identidad. Estos son los reactivos “lo que yo soy”. Aquí la persona describe su identidad básica, lo que él es basado en como él se ve.

Hilera 2.- Autosatisfacción. Este puntaje viene resultando de aquellos ítems en los que la persona describe cómo se siente con respecto del “sí mismo” que percibe. En general este puntaje revela el nivel de autosatisfacción o autoaceptación.

Hilera 3.- Conducta. Este puntaje proviene de aquellas que dicen “esto es lo que yo hago”, o “esta es la manera en la que yo actúo”. Entonces este puntaje mide la percepción

de la persona sobre su propia conducta o de la forma en que funciona.

Columna A.- Yo Físico. Aquí la persona presenta su visión sobre su cuerpo, su estado de salud, su apariencia física, habilidades y sexualidad.

Columna B.- Yo Ético Moral. Este puntaje describe al yo desde un marco de referencia Ético-Moral, su valía moral, sus sentimientos de ser una persona “buena” o “mala” y su satisfacción con la propia religión o la falta de ella.

Columna C.- Yo Personal. Este puntaje refleja el sentido que la persona tiene de su valor personal, su sentimiento de adecuación como persona y la evaluación de su personalidad independientemente de su cuerpo o de sus relaciones con otros.

Columna D. Yo Familiar. Este puntaje refleja los propios sentimientos de adecuación, méritos y valor como miembro de una familia. Se refiere a la percepción que la persona tiene de sí misma en relación a su círculo de allegados, los más cercanos e inmediatos.

Columna E.- Yo Social. Esta es otra categoría del Yo, cómo se percibe en relación a otros perteneciendo a los “otros” en un sentido más general. Refleja el sentido de adecuación y valor de la persona en su interacción social con otras personas en general.

Aplicación y Calificación

La Escala de Autoconcepto de Tennessee es autoaplicable. Puede usarse en personas desde los 12 años que tengan un nivel de lectura por lo menos de sexto grado. También es aplicable a todo el rango de ajuste psicológico, desde personas sanas y bien ajustadas hasta psicóticos. La mayoría de las personas contestan la Escala en 10 o 20 minutos y el rango de autoconcepto normal va de 40 a 60.

3.9 DISEÑO ESTADISTICO

Inicialmente, se llevó a cabo un análisis univariado para la descripción de las variables del estudio y en el análisis variado, se calculó la razón de momios, para determinar el

grado de asociación entre la diabetes mellitus tipo I y las actitudes hacia la sexualidad y autoconcepto. Posteriormente se aplicó la ji cuadrada (χ^2), para comparar los dos grupos tanto en el área de autoconcepto, como en las actitudes hacia la sexualidad.

Para aplicar la prueba de χ^2 se deben cumplir los siguientes cinco requisitos los cuales los cumple el presente estudio:

- 1.- Los elementos que constituyen la muestra aleatoria, deben haber sido extraídos de la población de estudio.
- 2.- Las observaciones dentro y entre las muestras, deben ser mutuamente independientes.
- 3.- Distribución normal de las observaciones.
- 4.- Datos nominales, sólo se requieren frecuencias de casos o respuestas.
- 5.- Muestras independientes.

3.10 PROCEDIMIENTO

Los pacientes fueron captados en el transcurso del campamento al que asistieron como parte de la educación con respecto a su enfermedad en el centro vacacional de Oaxtepec que organizan el Centro Médico la Raza y Centro Médico Siglo XXI. Se explicó el objetivo del estudio y los procedimientos de éste (llenado de dos cuestionarios que contestaron de forma individual); posteriormente se les solicitó que leyeran y firmaran (en caso de aceptación) las cartas de consentimiento tanto para el paciente como para el padre o tutor que se dieron antes de salir hacia el campamento (ver anexo).

El grupo de control fue captado en el Colegio de Bachilleres donde se localizó a los estudiantes y se les pidió que contestaran los cuestionarios siguiendo el mismo procedimiento empleado con el grupo de adolescentes diabéticos.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 DESCRIPCIÓN DE LOS SUJETOS DEL ESTUDIO

Durante el período comprendido del 16 al 9 de agosto del 2001, de acuerdo a los criterios de inclusión de la muestra, se seleccionaron y entrevistaron a 40 adolescentes con diabetes tipo 1. Asimismo se evaluaron 100 adolescentes estudiantes de nivel bachillerato a los cuales se les aplicaron en su salón de clases los cuestionarios tanto de actitudes hacia la sexualidad, como el del autoconcepto de Tennessee. (ver anexos)

Las características sociodemográficas de ambos grupos de adolescentes se presentan en la tabla 1. Como puede observarse ambos grupos fueron muy similares en el promedio de edad y escolaridad, lo cual fue uno de los criterios del estudio implementado con el fin de que los resultados estuvieran más relacionados con las características psicológicas de los adolescentes, más que con sus características sociodemográficas.

TABLA 1 Características sociodemográficas de los adolescentes con y sin diabetes.

Variable	Adolescentes con diabetes	Adolescentes sin diabetes
Edad (X, DE)	14-17	15-19
Sexo (%)		
Femenino	42%	58.53%
Masculino	58%	41.46%
Escolaridad (X, DE)	9-12 años	9-13 años

4.2 COMPARACIÓN DE LAS CALIFICACIONES EN AUTOCONCEPTO DE LOS DOS GRUPOS DE ADOLESCENTES

En las gráficas 1 a la 10 se exponen los resultados de la evaluación del autoconcepto de los adolescentes. Las diferentes áreas del autoconcepto que fueron evaluadas muestran que entre ambos grupos de adolescentes existen

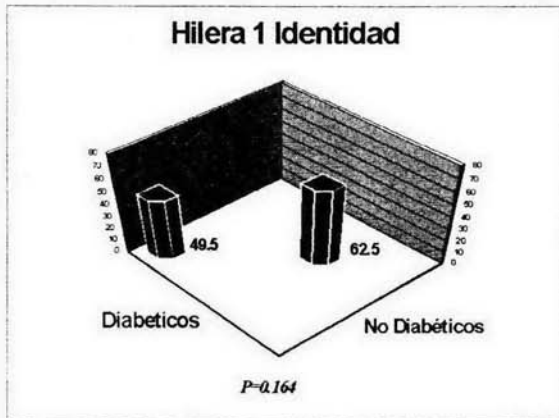
ciertas diferencias, no obstante, éstas no fueron estadísticamente significativas por lo que se Acepta H_0 .



Grafica 1.-
Como se ve en la gráfica, un mayor número de adolescentes sin diabetes tiene una ligera diferencia en cuanto a autoconcepto total.



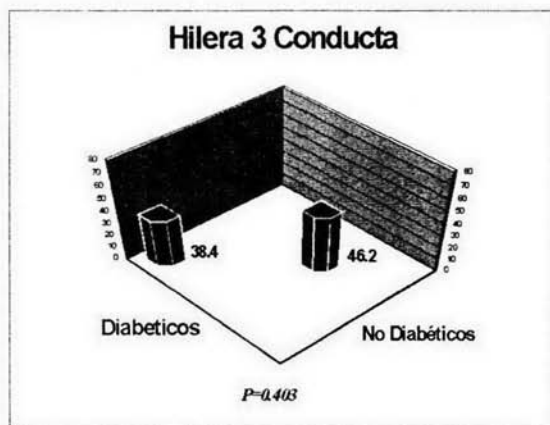
Gráfica 2.-
Un número ligeramente mayor de adolescentes con diabetes respondió de forma verídica.



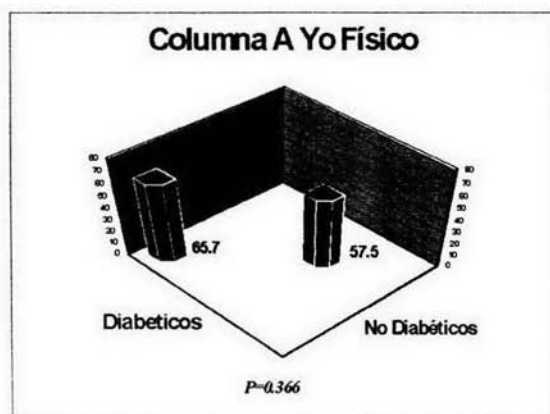
Gráfica 3.- Un mayor número de adolescentes sin diabetes tienen una mejor autopercepción con respecto a los adolescentes con diabetes.



Gráfica 4.- Los adolescentes sin diabetes tienen una mejor autoaceptación que los adolescentes con diabetes.



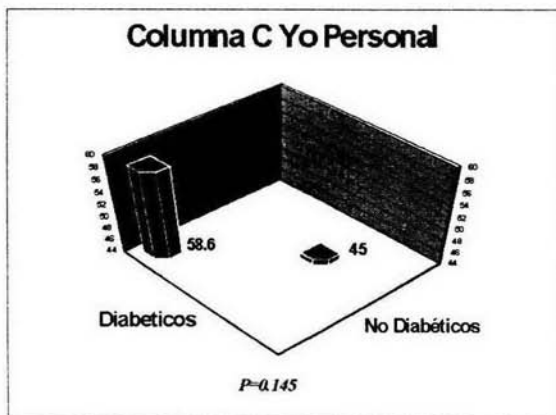
Gráfica 5.- Los adolescentes no diabéticos tienden a presentar ligeramente una mejor conducta que los adolescentes con diabetes.



Gráfica 6.- Como se ve en la gráfica, un número ligeramente mayor de adolescentes con diabetes tiene una mejor visión sobre su propio cuerpo.



Gráfica 7.- La gráfica muestra un número ligeramente mayor de adolescentes sin diabetes que se sienten más satisfechos con su conducta ético-moral.



Gráfica 8.- Un número ligeramente mayor de adolescentes con diabetes, se perciben en la esfera personal mejor que los adolescentes sin diabetes.



Gráfica 9.- Hay un número mayor de adolescentes sin diabetes que se perciben de manera adecuada como miembros de su familia.



Gráfica 10.- Hay un número ligeramente mayor de adolescentes sin diabetes que reflejan una mejor relación social que los adolescentes con diabetes

4.3 COMPARACIÓN DE LAS ACTITUDES HACIA LA SEXUALIDAD DE LOS DOS GRUPOS DE ADOLESCENTES

En las gráficas 11 a 21, se muestran cuáles son las actitudes de ambos grupos hacia la sexualidad encontrándose diferencias no significativas entre los grupos por lo que se acepta H_0 .

Comparación entre grupos en el área de:		Tabla 2
Autoconocimiento Corporal		
Grupo	Desacuerdo	De Acuerdo
Diabéticos	4.10%	95.89%
No Diabéticos	8.82%	91.17%

$P=0.216$

Como se puede observar, el grupo de adolescentes con diabetes obtuvo una ligera diferencia entre los grupos a favor del Autoconocimiento Corporal.

Comparación entre grupos en el área de:		Tabla 3
Masturbación		
Grupo	Desacuerdo	De Acuerdo
Diabéticos	64.28%	35.71%
No Diabéticos	46.66%	53.33%

$P=0.462$

En esta tabla el grupo de adolescentes sin diabetes obtuvo una ligera diferencia entre los grupos estando estos más a favor en el área de la Masturbación.

Comparación entre grupos en el área de:		Tabla 4
Coqueteo		
Grupo	Desacuerdo	De Acuerdo
Diabéticos	2.94%	97.05%
No Diabéticos	3.44%	96.55%

P=0.953

Aquí se observa que los adolescentes con diabetes obtuvieron una ligera diferencia entre los grupos estando estos más a favor en el Coqueteo

Comparación entre grupos en el área de:		Tabla 5
Ternura		
Grupo	Desacuerdo	De Acuerdo
Diabéticos	25.49%	74.50%
No Diabéticos	20.00%	80.00%

P=0.430

En estos resultados se puede observar, que el grupo de adolescentes sin diabetes obtuvo una ligera diferencia entre grupos estando estos más a favor de la Ternura.

Comparación entre grupos en el área de:		Tabla 6
Relaciones Premaritales		
Grupo	Desacuerdo	De Acuerdo
Diabéticos	7.22%	92.77%
No Diabéticos	2.77%	97.22%

P=0.269

Se puede observar en la gráfica, que el grupo de adolescentes sin diabetes obtuvo una ligera diferencia entre los grupos estando estos más a favor de las relaciones premaritales.

Comparación entre grupos en el área de:		Tabla 7
Roles Sexuales		
Grupo	Desacuerdo	De Acuerdo
Diabéticos	15.78%	84.21%
No Diabéticos	9.00%	90.90%

P=0.485

Aquí el grupo de adolescentes sin diabetes obtuvo una ligera diferencia entre los grupos en cuanto a los Roles Sexuales.

Comparación entre grupos en el área de:		Tabla 8
Anticoncepción		
Grupo	Desacuerdo	De Acuerdo
Diabéticos	8.33%	91.66%
No Diabéticos	0.00%	100.00%

P=0.263

En esta gráfica se puede observar, que el grupo de adolescentes con diabetes obtuvo una ligera diferencia entre grupos estando estos más a favor de la Anticoncepción

Comparación entre grupos en el área de:		Tabla 9
Homosexualidad		
Grupo	Desacuerdo	De Acuerdo
Diabéticos	16.36%	83.63%
No Diabéticos	12.50%	87.50%

P=0.737

En esta área el grupo de adolescentes sin diabetes obtuvo una ligera diferencia entre los grupos estando estos más a favor hacia la Homosexualidad.

Comparación entre grupos en el área de:		Tabla 10
Pornografía		
Grupo	Desacuerdo	De Acuerdo
Diabéticos	79.68%	20.31%
No Diabéticos	86.36%	13.63%

P=0.532

Esta gráfica presenta que el grupo de adolescentes sin diabetes obtuvo una ligera diferencia entre los grupos estando estos más en contra de la Pornografía.

Comparación entre grupos en el área de:		Tabla 11
Aborto		
Grupo	Desacuerdo	De Acuerdo
Diabéticos	66.10%	33.89%
No Diabéticos	60.86%	39.13%

0.904

Aquí el grupo de adolescentes con diabetes obtuvo una ligera diferencia entre los grupos hacia su actitud en contra del Aborto.

Comparación entre grupos en el área de:		Tabla 12
Placer Sexual		
Grupo	Desacuerdo	De Acuerdo
Diabéticos	3.52%	96.47%
No Diabéticos	6.45%	93.54%

P=0522

Como se puede observar, el grupo de adolescentes con diabetes obtuvo una ligera diferencia entre los grupos en su actitud a favor del Placer Sexual.

DISCUSION

Los resultados encontrados en esta investigación, sugieren que el asistir regularmente a una institución de salud para supervisión y control de la diabetes permite a los adolescentes tener un grado mayor de conocimiento de su propio cuerpo, a diferencia del área psicosexual se ve implicada en otro tipo de proceso debido a la enfermedad.

Klinefelter (1995) menciona que aunque no se han identificado estudios sistemáticos, los reportes de casos han mencionado que existen ciertas dificultades de índole sexual en adolescentes con endocrinopatías; también Davies (1965) menciona que algunos adolescentes con padecimientos crónicos, tienden a ocultar o minimizar su estado de salud debido a rebeldía y/o a sentimientos de inadecuación, los resultados del presente estudio pueden reflejar esto, indicando una neurosis en los adolescentes diabéticos de la muestra pues pueden no estar contactados consigo mismos. Gode y Smith (1989) describen mecanismos de defensa usados por

adolescentes y también adultos con enfermedades crónicas:

Negación.- frecuentemente se presenta cuando se diagnostica o en aquellos que han pasado a través de períodos de dificultad a un período de aparente remisión.

Intelectualización.- puede ocurrir a la mitad o en la adolescencia tardía, utilizan un entendimiento de los hechos como una manera para evitar sus sentimientos, frecuentemente son etiquetados como buenos pacientes debido a su interés en los detalles concretos de su enfermedad. Esto les permite evitar reacciones emocionales a sus experiencias.

Proyección.- proyecta sus propios sentimientos de ira, resentimiento, frustración, etc. hacia su familia, amigos y profesionales.

Desplazamiento.- por ejemplo; comentar la calidad de la comida del hospital en lugar de lo desagradable del tratamiento.

Regresión.- especialmente durante hospitalizaciones o retrocesos, el reforzamiento de la dependencia por los padres y amigos puede contribuir a la regresión.

Rituales y conductas estereotípicas.- pueden ser adoptadas como medios de enfrentarse con aspectos difíciles de la enfermedad, particularmente en procedimientos dolorosos.

Un fenómeno particular es que existen pacientes que encuentran aspectos positivos al padecer diabetes (Gafvels 1993); ya que les ayuda a tener una vida con más orden, fundamental esto último para tener y/o formar un mejor autoconcepto, a esto puede deberse el que los resultados de ambos grupos sean tan parecidos.

Un factor que hay que tomar en cuenta en nuestro estudio es que la población se encuentra en la etapa de la adolescencia lo cual puede influir en el modo de responder así como en los resultados finales, ya que como se ha mencionado, el comportamiento en ambos grupos son similares, aún cuando se esperaría que dichos resultados

fueran contundentemente a favor de los adolescentes que no presentan diabetes. Gafvels encontró que pacientes jóvenes tienen una actitud más positiva a la diabetes que aquellos con más años, concluyendo que podría deberse a un optimismo propio de la juventud y al hecho de que la enfermedad se encontraba aun en una etapa temprana de evolución. Tavormina (1976) reportó que la autoestima de los adolescentes con diabetes era normal (Ryan et al, 1985), cabe mencionar que nuestros adolescentes con diabetes se encontraban con menos de un año de diagnóstico de la enfermedad.

Tener una enfermedad crónica no garantiza un desorden psicológico para todos los adolescentes, por ejemplo Kellerman no encontró un incremento en la ansiedad o un decremento en la autoestima en un grupo de adolescentes con enfermedad crónica comparado con un grupo de control saludable.

CONCLUSIONES

El objetivo de este estudio fue conocer si la DM tipo1 tiene influencia importante sobre el autoconcepto y la actitud hacia la sexualidad en adolescentes que presentan dicho padecimiento. Esto con el fin de poder implementar algún tipo de tratamiento psicológico específico que permitiera al adolescente mejorar su calidad de vida.

A pesar de que hay muchos estudios sistemáticos del impacto de la enfermedad crónica en el desarrollo psicosexual y conducta éstos no son suficientes y sus conclusiones son limitadas, la mayoría sugiere que los adolescentes con enfermedad médica están deficientemente educados acerca de la sexualidad, restringidos socialmente, y tienen niveles variables respecto y acerca de sus cuerpos y atractivo sexual. Estos resultados sugieren que es importante para el clínico evaluar y asistir a los adolescentes con estos intereses.

Este trabajo intenta dar una visión del manejo psicológico a adolescentes con diabetes, aportando datos para un mejor acercamiento y entendimiento de esta población en

México, ya que el médico no toma en cuenta los aspectos sociales y psicológicos que también son de importancia para el paciente y la familia. Por otro lado, es una aportación importante, no sólo en el campo de la clínica, sino de todos los aspectos relacionados con el tratamiento de esta enfermedad, ya que la información e investigación con este tipo de población y su relación con la diabetes es muy escasa.

La hipótesis de que los adolescentes con diabetes mellitus tipo 1 presentan diferencias en sus actitudes hacia la sexualidad y autoconcepto en comparación a los adolescentes libres de esta patología fue rechazada parcialmente ya que el análisis estadístico indicó que aunque existen diferencias estas no son significativas y creemos que este resultado podría ser influenciado por el momento y lugar de la aplicación, ya que fue en un campamento específicamente realizado para adolescentes con DM tipo1 en donde las actividades estaban orientadas al conocimiento y manejo de la enfermedad, por tanto el contacto con otros adolescentes con diabetes, en un

ambiente “seguro” y actividades no cotidianas, con adolescentes con las mismas características pudieron ser un factor influyente de los resultados.

De lo anterior se puede concluir que este tipo de campamentos ayuda de manera favorable al adolescente con esta enfermedad, se deja abierta la posibilidad de resultados diferentes si la aplicación se hubiera dado en otro lugar que no fueran los campamentos, destacando la importancia de la presencia del apoyo psicológico para este grupo de adolescentes ya que su participación dentro de los mismos es mínima.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

De primera instancia se pensaba realizar la aplicación a pacientes canalizados de la consulta externa del Hospital General de México, pero esto se daba de manera muy esporádica por lo que se acudió a el área de consulta externa de Endocrinología del Centro Médico siglo XXI donde se nos informo de la realización de estos campamentos y se solicito el permiso para realizar la

aplicación de los cuestionarios a lo que hubo una respuesta positiva, por lo que se logró de una manera más rápida reunir la población.

Los resultados obtenidos en esta investigación nos hacen reflexionar sobre la importancia de estos campamentos para un mejor manejo de los pacientes ya que aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas nos permite observar que les ayuda este tipo de espacios por lo que se sugeriría:

- Realizar este tipo de campamentos en todas las instituciones de salud y no solo en algunas del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- La participación del psicólogo en este campo para un mejor manejo multidisciplinario del paciente con diabetes.
- Realizar investigaciones con pacientes fuera de estos campamentos.
- La creación de programas de seguimiento desde el ámbito Psicológico específicos para esta población.

- REFERENCIAS:

1. Diabetes Care. American Diabetes Association (2000) (supp 1); S5-S15
2. Siegel M.D. Adolescents and Chronic Illness. JAMA (1987); 257:3396-3399
3. Revisión Anual de Diabetes 1999. American Diabetes Association; 23-27
4. Atkinson, M.A. Maclaren N.K. (1994). The Pathogenesis of Insulin Dependent Diabetes. N Engl J Med 331:1428-1436.
5. Nishimura M. E. Diabetes Mellitus en la Adolescencia. 2do Curso Actualidades en Endocrinología 2000; 27-37.
6. Para el Médico. Diabetes Hoy. Asociación Mexicana de Diabetes. enero-febrero 2001 No. 27.
7. Polaino-Lorente Aquilino. La Diabetes Infantojuvenil, Ediciones Martínez Roca S.A. Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud serie 2000, Barcelona 1990.
8. Manejo Médico de la Diabetes Insulinodependiente Tipo 1. American Diabetes Association. (1994): 112-115.

9. Grinder, Robert E. Adolescencia. Edit. Limusa S.A. DE C.V. 5ª Reimpresión, México 1986. pp. 33-57.
10. Oñate de Ma. Del Pilar, El Autoconcepto. Narcea S.A. de Ediciones Madrid 1989. pp15-71.
11. Rosenberg, Morris. La Autoimagen del adolescente y la Sociedad. Edit. Paidós Buenos Aires 1ª. Edición 1973, Cáp. 1.
12. Kellerman, J. Zelter, L. L. Effects of Illness in Adolescence. Anxiety, Self-Esteem and Percepción de Control. (1980), 97:126-131.
13. Silver J.E., Bauman J.L., Coupey M.S. Ego Development and Chronic Illness in Adolescence. Journal of Psychology and Social Psychology (1990); 59:305-310.
14. Ch., F., Estein H. Adjustment Problems in Juvenil Diabetes. Psychosomatic Medicine. (1967);6:555-571.
15. Gafvels C., Lithner F., Börjeson B. Living with Diabetes: Relationship to Gender, Duration and Complications. A Survey Norther Sweden (1993); 10:768-773.

16. Ryan M. C., Morrow A. L. Self-Esteem in Diabetic Adolescents: Relationship Between Age at Onset and Gender. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. (1986); 54:730-731.
17. Sullivan J.B. Adjustment in Diabetic Adolescents Girls: II Adjustment, Self-Esteem, and Depression in Diabetic Adolescents Girls. *Psychosomatic Medicine* (1979); 41:127-137.
18. James L. M.D. Psychosexual Development in Adolescents with Chronic Medical Illnesses *Psychosomatic*. (1998); 39:349.
19. Anderson J.B., Wolf M.F. Chronic Physical Illness and Sexual Behavior: Psychological Issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. (1986); 54:168-175.
20. Kolodny C.R., Boston D.M. Sexual Dysfunction in Diabetic Females. *Diabetes* (1971); 20:557-559.
21. Hulley S.B., Cummings S.R., Browner W.S., Grady D., Hearts N, Newman T.B. *Designing Clinical Research* Ed. Lippincott Williams & Wilkins, Second Edition, 2001 Philadelphia, USA.

22. Alfaro, M.B. Sexualidad y SIDA en el Adolescente.
Tesis para obtener el grado de Licenciatura en
Psicología (1991), Facultad de Psicología UNAM.
23. Craig G. Desarrollo Psicológico. México Prentice Hall
Hispanoamericana S.A. (1988) 4ta Ed. 40-47.
24. Manual de Prueba de Tennessee.
25. Crooks R., Baur K. Nuestra Sexualidad, sep. 1999.
México Ed. International 200, 387-400.
26. Alvarez-Gayou, Elementos de Sexología. McGraw-Hill,
México 1990.
27. Craig, Grace. Desarrollo Psicológico. Prentice-Hall
hispanoamericana S.A. Traducción de la cuarta edición
en inglés de Human Development 1986, México. 1988.

ANEXOS

CARTA PARA PADRE O TUTOR

1) Propósito del estudio

Se le ha solicitado la participación de su hijo en el estudio "ACTITUDES HACIA LA SEXUALIDAD Y AUTOCONCEPTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1" es importante que lea y entienda la información que a continuación se le proporciona y sienta la libertad de hacer todas las preguntas que crea convenientes hasta que usted entienda completamente.

Este estudio será realizado para conocer la información que sobre sexualidad y autoconcepto tienen los adolescentes diabéticos de nuestro país.

2) Procedimientos

En el caso de que usted esté de acuerdo en que su hijo participe en el estudio, se le aplicarán dos cuestionarios que contestará de manera confidencial. Uno referente a las actitudes hacia la sexualidad y el otro referente a cómo se está valorando.

3) La duración esperada del estudio será de 5 meses.

4) Posibles riesgos y molestias

Las posibles molestias que su hijo puede presentar al participar en este estudio, es que algunas preguntas de los cuestionarios no le agraden.

5) Posibles beneficios

Si su hijo participa en el estudio, tiene la posibilidad de ser consciente respecto a actitudes hacia la sexualidad y cómo se valora.

6) Derecho de cancelar su participación en el estudio

Tiene toda la libertad de retirar a su hijo del estudio en el momento que usted lo desee y su decisión no afectará la atención médica que su hijo recibe en este hospital.

7) Confidencialidad

Todos los datos que se obtengan en este estudio serán estrictamente confidenciales. Los resultados del mismo podrán ser publicados con fines estadísticos con el entendido de que la identidad de su hijo no será revelada.

PADRE O TUTOR

INVESTIGADOR

Nombre y Firma

Nombre y firma

TESTIGO

TESTIGO

Nombre y Firma

Nombre y firma

CARTA PARA EL PACIENTE

1) Propósito del estudio

Se le ha solicitado la participación en el estudio "ACTITUDES HACIA LA SEXUALIDAD Y AUTOCONCEPTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1" es importante que lea y entienda la información que a continuación se le proporciona y sienta la libertad de hacer todas las preguntas que crea convenientes hasta que usted entienda completamente.

Este estudio será realizado para conocer la información que sobre sexualidad y autoconcepto tienen los adolescentes diabéticos de nuestro país.

2) Procedimientos

En el caso de que usted esté de acuerdo en participar en el estudio, se le aplicarán dos cuestionarios que usted contestará de manera confidencial. Uno referente a las actitudes hacia la sexualidad y el otro referente a cómo se está usted valorando.

3) La duración esperada del estudio será de 5 meses.

4) Posibles riesgos y molestias

Las posibles molestias que usted puede presentar al participar en este estudio, es que algunas preguntas de los cuestionarios no le agraden.

5) Posibles beneficios

Si usted participa en el estudio, tiene la posibilidad de ser consciente respecto a actitudes hacia la sexualidad y cómo se valora.

6) Derecho de cancelar su participación en el estudio.

Tiene toda la libertad de retirarse del estudio en el momento que usted lo desee y su decisión no afectará la atención médica que recibe en este hospital.

7) Confidencialidad

Todos los datos que se obtengan en este estudio serán estrictamente confidenciales. Los resultados del mismo podrán ser publicados con fines estadísticos con el entendido de que su identidad no será revelada.

PARTICIPANTE

Nombre y Firma

INVESTIGADOR

Nombre y firma

TESTIGO

Nombre y Firma

TESTIGO

Nombre y firma

Cuestionario Tennessee

INSTRUCCIONES

Escriba su sexo y edad en los espacios de la hoja de respuesta. Escriba **SOLAMENTE EN LA HOJA DE RESPUESTAS**.

Encontrará una serie de afirmaciones en las cuales usted se describe a sí mismo, tal como usted se ve.

Conteste como si usted se estuviera describiéndose a sí mismo y no ante ninguna otra persona. **NO OMITA NINGUNA AFIRMACIÓN**. Lea cada afirmación cuidadosamente y después escoja una de las cinco respuestas.

Edad: _____ sexo: _____

		Completamente Falso	Casi totalmente falso	Parte falso y parte verdadero	casi totalmente verdadero	Totalmente verdadero
1	Gozo de buena salud					
2	Me agrada estar siempre arreglado(a) y pulcro(a)					
3	Soy una persona atractiva					
4	Estoy lleno (a) de achaques					
5	me considero una persona muy desarreglada					
6	Soy una persona enferma					
7	No soy ni muy gordo(a) ni muy flaco(a)					
8	No estoy ni muy alto(a) ni muy bajo(a)					
9	Me agrada mi apariencia física					
10	No me siento tan bien como debiera					
11	hay partes de mi cuerpo que no me agradan					
12	Debería ser más atractivo(a) para las personas del sexo opuesto					
13	Me cuido bien físicamente					
14	Me siento bien la mayor parte del tiempo					
15	Trato de ser cuidadoso(a) con mi apariencia					
16	Soy malo(a) para el deporte y los juegos					
17	Con frecuencia soy muy torpe					
18	Duermo mal					
19	Soy una persona decente					
20	Soy una persona muy religiosa					
21	Soy una persona honrrada					
22	Soy un fracaso en mi conducta moral					
23	Soy una persona mala					

24	Soy una persona moralmente débil					
25	Estoy satisfecho(a) de mi conducta moral					
26	Estoy satisfecho(a) con mi vida religiosa					
27	Estoy satisfecho(a) de mis relaciones con dios					
28	Quisiera ser más digno de confianza					
29	Debería asistir más a menudo a la iglesia					
30	Debería mentir menos					
31	Mi religión es parte de mi vida diaria					
32	la mayoría de las veces hago lo que es debido					
33	Trato de cambiar cuando sé que estoy haciendo algo que no debo					
34	A veces me viago de de medios injustos para salir adelante					
35	En algunas ocasiones hago cosas muy malas					
36	Me es difícil comportarme en forma correcta					
37	Soy una persona alegre					
38	Tengo mucho dominio sobre mi mismo					
39	Soy una persona calmada y tranquila					
40	Soy una persona detestable					
41	Soy un "Don nadie"					
42	Me estoy volviendo loco(a)					
43	Estoy satisfecho(a) de lo que soy					
44	Estoy satisfecho(a) con mi inteligencia					
45	Mi comportamiento hacia otras personas es precisamente como debería de ser					
46	Me gustaría ser una persona distinta					
47	me desprecio a mi mismo(a)					

48	Quisiera no darme por vencido(a) tan fácilmente					
49	Puedo cuidarme siempre en cualquier situación					
50	Resuelvo mis problemas con facilidad					
51	Acepto mis faltas sin enojarme					
52	Con frecuencia cambio de opinión					
53	Hago cosas sin haberlas pensado bien					
54	Trato de enfrentar mis problemas					
55	Mi familia siempre me ayudaría en cualquier problema					
56	Soy importante para mis amigos y para mi familia					
57	Pertenezco a una familia feliz					
58	Mi familia no me quiere					
59	Mis amigos confían en mí					
60	Siento que mis familiares me tienen desconfianza					
61	Estoy satisfecho(a) con mis relaciones familiares					
62	Trato a mis padres tan bien como debiera					
63	Muestro tanta comprensión a mis familiares como debiera					
64	Me afecta mucho lo que dicen de mi familia					
65	Debería depositar mayor confianza en mi familia					
66	Debería amar más a mis familiares					
67	Trato de ser justo(a) con mis amigos y familiares					
68	Hago el trabajo que me corresponde en casa					
69	Me intereso sinceramente por mi familia					
70	Riño con mis familiares					
71	Siempre cedo a las exigencias de mis padres					

72	No me comporto en la forma que desea mi familia					
73	Soy una persona amigable					
74	Soy popular con personas del sexo femenino					
75	Soy popular con personas del sexo masculino					
76	Estoy disgustado(a) con todo el mundo					
77	Lo que hacen otras gentes no me interesa					
78	Es difícil entablar amistad conmigo					
79	Soy tan sociable como quiero ser					
80	Estoy satisfecho(a) con mi manera de tratar a la gente					
81	Trato de agradar a los demás pero no me excedo					
82	Debería ser más cortés con los demás					
83	Soy un fracaso en mis relaciones sociales					
84	Debería llevarme mejor con otras personas					
85	Trato de comprender el punto de vista de los demás					
86	Encuentro buenas cualidades en toda la gente que conozco					
87	Me llevo bien con los demás					
88	Me siento incomodo(a) cuando estoy con otras personas					
89	Me es difícil perdonar					
90	Me cuesta trabajo entablar conversación con extraños					
91	Algunas veces digo falsedades					
92	De vez en cuando pienso en cosas tan malas que no pueden mencionarse					

93	En ocasiones me enojo					
94	Algunas veces cuando no me siento bien estoy de mal humor					
95	Algunas de las personas que conozco me caen mal					
96	Algunas veces me gusta el chisme					
97	De vez en cuando me dan risa los chistes colorados					
98	Algunas veces me dan ganas de decir malas palabras					
99	Prefiero ganar en los juegos					
100	En ocasiones dejo para mañana lo que debería hacer					

CUESTIONARIO SOBRE SEXUALIDAD

EDAD: _____ SEXO: _____

Instrucciones: contesta las siguientes afirmaciones poniendo una X en el cuadro que mejor refleje tu opinión. No hay respuestas correctas o incorrectas, nos interesa mucho conocer cual es el punto de vista respecto al tema de la sexualidad de las personas de tu edad.

		Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Dudoso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1	Puedo expresar sin dificultad mi ternura con mis amigos y amigas					
2	El coquetear es una conducta natural					
3	Uno no debe expresar su ternura con amigas y amigos					
4	El uso de los métodos anticonceptivos lleva a la promiscuidad sexual					
5	No es adecuado el coqueteo					
6	Conozco muy bien todo mi cuerpo					
7	Sólo se deben tener relaciones sexuales para tener hijos					
8	No me gusta observar mi cuerpo cuando estoy sin ropa					
9	El aborto siempre que sea deseado por la mujer debería ser peremitido					
10	El hombre y la mujer tienen el mismo derecho a tener relaciones sexuales antes del matrimonio					
11	Se pueden tener relaciones sexuales sólo para obtener placer					
12	El hombre siempre debe tomar la iniciativa durante la relación sexual					
13	Por lo general la masturbación es una conducta dañina					
14	Sólo los hombres pueden tener relaciones sexuales antes del matrimonio					
15	Es conveniente que la mujer tenga una participación activa dentro de la relación sexual					
16	Es importante que la mujer y el hombre utilicen métodos anticonceptivos					
17	La búsqueda de diferentes técnicas sexuales es importante para una buena relación de pareja					
18	La masturbación es una forma de obtener placer sexual					
19	La sociedad necesita de la prostitución					
20	Son naturales las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo					

21	La homosexualidad debería ser prohibida por las leyes					
22	La pornografía deforma la conducta sexual de los jóvenes					
23	La pornografía es un medio para que los jóvenes conozcan más sobre las relaciones sexuales					
24	Legalmente no debe permitirse el aborto					