

878525

3  
rej.

**UNIVERSIDAD DEL NUEVO MUNDO**

ESCUELA DE PSICOLOGIA  
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO



EL AUTOCONCEPTO EN ADOLESCENTES CON DIABETES  
MELLITUS JUVENIL

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
AREA CLINICA  
P R E S E N T A I  
EVA BERENSTEIN NANKIN

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

# I N D I C E

| CAPITULO |   | PAG |
|----------|---|-----|
| I        | METODOLOGIA .....                                 |     |
| 1.1      | ANTECEDENTES .....                                | 2   |
| 1.2      | PLANTEACION DEL PROBLEMA .....                    | 6   |
| 1.3      | JUSTIFICACION A LA INVESTIGACION .....            | 6   |
| 1.4      | REVISION DE INVESTIGACIONES PREVIAS .....         | 9   |
| 1.5      | DEFINICION DE OBJETIVOS .....                     | 17  |
| 1.6      | HIPOTESIS .....                                   | 17  |
| II       | PROCEDIMIENTO .....                               |     |
| 2.1      | DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES .....          | 23  |
| 2.2      | SUJETOS .....                                     | 25  |
| 2.3      | MUESTRA .....                                     | 26  |
| 2.4      | IDENTIDAD ADOLESCENTE .....                       | 26  |
| 2.5      | ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION ..... | 29  |
| 2.6      | TIPO DE MUESTREO .....                            | 30  |
| 2.7      | TIPO DE ESTUDIO .....                             | 31  |
| 2.8      | PROCEDIMIENTO .....                               | 32  |
| 2.9      | INSTRUMENTO .....                                 | 34  |
| 2.10     | HISTORIA DE LA ESCALA .....                       | 37  |
| 2.11     | NATURALEZA Y SIGNIFICADO DE LOS PUNTAJES .....    | 40  |
| 2.12     | INSTRUCCIONES PARA CALIFICAR LA ESCALA .....      | 46  |

# I N D I C E

| CAPITULO |  | PAG |
|----------|--|-----|
| III      | DIABETES .....   |     |
| 3.1      | HISTORIA .....   | 52  |
| 3.2      | EL PAPEL DE LA INSULINA FISIOLOGIA NORMAL .....  | 53  |
| 3.3      | DEFINICION .....   | 54  |
| 3.4      | MAGNITUD DEL PROBLEMA, EPIDEMIOLOGIA .....   | 56  |
| 3.5      | DIABETES INSULINO DEPENDIENTE .....  | 58  |
| 3.6      | DIABETES: FACTORES PREDISPONDIENTES .....  | 59  |
| 3.7      | ADOLESCENCIA (12 A 16 AROS) .....  | 64  |
| 3.8      | DIABETES EN EL CONTEXTO PSICOSOCIAL ;<br>LA REPERCUSION EN LA AUTOESTIMA .....                     | 68  |
| 3.9      | STRESS Y DIABETES .....  | 71  |
| FIG      |  |     |
| 1        | HISTORIA DE LA DIABETES MELLITUS .....   | 72  |
| 2        | HEMOGLOBINA GLUCOSILADA .....  | 72  |
| 3        | ETIOPATOGENIA .....  | 72  |
| TABLA    |  |     |
| 2        | PRINCIPALES ALTERACIONES DE LA DIABETES<br>MELLITUS Y SU CORRELACION CLINICA Y DE LABORATORIO .... | 73  |
| 3        | CARACTERISTICAS DE LA DIABETES JUVENIL Y DEL ADULTO ...<br>(DIFERENCIAS PRINCIPALES .....          | 74  |

# I N D I C E

| TABLA           |   | PAG |
|-----------------|---|-----|
| 4               | SECUENCIA EN ACIDOSIS DIABETICA (COMA DIABETICO) .....  | 75  |
|                 | ASPECTOS PSICOLOGICOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ..... |     |
|                 | DIABETES MELLITUS JUVENIL IDDM .....                    | 76  |
| <b>CAPITULO</b> |   |     |
| IV              | ADOLESCENCIA .....                                      |     |
| 4.1             | RECETA PARA UN ADOLESCENTE .....                        | 79  |
| 4.2             | CONCEPTO DE ADOLESCENCIA .....                          | 82  |
| 4.3             | DEFINICION Y ENFOQUES .....                             | 82  |
| 4.4             | CAMBIOS FISICOS Y PSICOLOGICOS EN LA ADOLESCENCIA ..... | 86  |
| 4.5             | CRECIMIENTO O CAMBIO PSICOLOGICO .....                  | 90  |
| 4.6             | CRISIS SEXUAL .....                                     | 93  |
| 4.7             | CRISIS FAMILIAR .....                                   | 93  |
| 4.8             | CRISIS SOCIAL .....                                     | 94  |
| 4.9             | CRISIS DE IDENTIDAD .....                               | 95  |
| V               | EL AUTOCONCEPTO .....                                   |     |
| 5.1             | REVISION LITERARIA .....                                | 97  |
| 5.2             | DISTINTAS DEFINICIONES .....                            | 99  |
| 5.3             | COMPONENTES DEL AUTOCONCEPTO .....                      | 100 |
| 5.4             | DIVISION TEORICA .....                                  | 101 |

# I N D I C E

| CAPITULO | PAG   |
|----------|---|
| 5.5      | CONCEPTO DE IDENTIDAD ..... 105   |
| 5.6      | QUE ES EL SELF ? ..... 109  |
| 5.7      | DIMENSIONES DE LA AUTOESTIMA ..... 109  |
| 5.8      | DIMENSIONES INTERNAS DEL SELF ..... 112   |
| 5.9      | AUTOESTIMA Y ACTUALIZACION DEL SELF ..... 116   |
| 5.10     | DIMENSIONES EXTERNAS DEL SELF ..... 117   |
| 5.11     | CONCLUSION ..... 124  |
| VI       | RESULTADOS ..... 126  |
|          | HOJAS DE LA COMPUTADORA ..... 131   |
| VII      | CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS ..... 141  |
| APENDICE |   |
| 1        | INSTRUCTIVO DEL TEST DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE .....<br>HOJA DE RESPUESTAS ..... 147 |
| 2        | GRAFICAS DE LOS TEST'S APLICADOS ..... 156  |
|          | REVISION BIBLIOGRAFICA ..... 188  |

## CAPITULO I

### M E T O D O L O G I A

- 1.1 ANTECEDENTES
- 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
- 1.3 JUSTIFICACION A LA INVESTIGACION
- 1.4 REVISION A INVESTIACIONES PREVIAS
- 1.5 DEFINICION DE OBJETIVOS
- 1.6 HIPOTESIS

1.1. ANTECEDENTES. La publicación de los factores psicológicos de la diabetes datan de 30 años a la fecha aproximadamente, aún cuando ya Thomas Willis, notable médico Inglés, hace trescientos años al hacer referencia al sabor dulce de la orina de los diabéticos señaló que el padecimiento se debía a un "prolongado sufrimiento".

Con el auge de la medicina psicosomática se empezaron a publicar trabajos que trataban de encontrar una relación entre cuadros psiquiátricos, o psicológicos precisos con la diabetes. Posteriormente se procedió a la investigación de aspectos de diabéticos como son inteligencia, adaptación a su enfermedad, personalidad, etc. Estos aspectos son los que han sido estudiados con preferencia por los médicos y estudiosos de la materia.

En México encontramos que el Dr. Agustín Palacios, realizó un trabajo sobre "aspectos psicológicos de la Diabetes Mellitus", éste trabajo tiene enfoque psicodinámico y se llevó a cabo en el Hospital de Enfermedades de la Nutrición. (Palacios Agustín, "Aspectos Psicológicos de la Diabetes Juvenil").

Bibace y Walsh en 1981 (Campbell 1975, Simeonsson et al 1979, Neuhauer 1978) realizaron investigaciones tendientes de demostrar que el adolescente alcanza en este período la capacidad de razonamiento y conceptualización de lo que significa "enfermedad", de lo que se desprende que tiene la conciencia de que su pronóstico de vida es pobre.

Mary C. Cerreto y Luther B Travis (Pediatrics Clin North 1984) nos dicen "Por eso el régimen particular de salud requerido para el cuidado del diabético y la naturaleza pública de los comportamientos que intenten cuidar la salud interaccionarán con algunas de las tareas más vitales que-



un adolescente debe superar en su progresión hacia el desarrollo saludable psicológico y físico: independencia, imagen corporal, identidad, sexualidad, responsabilidad, autoestima". Este mismo autor continúa diciendo: "Aquellos investigadores que estudian muestras de adolescentes se encuentran con el problema de no poder identificar con precisión los factores que contribuyen al aumento en la incidencia de los niños en un control inadecuado en la adolescencia. Esto podría atribuirlo a los cambios hormonales que se dan en ésta etapa, pero también a un incremento de estrés que se padece diariamente durante la adolescencia". Los niveles de glicemia en los pacientes diabéticos fueron hallados más variables, por lo que estos resultados sugieren que la estabilidad diabética se puede ver influenciada por los efectos metabólicos directos de estrés en la adolescencia.

Sullivan B.J. (Self-esteem and depression in adolescent girls. *Diabetes Care* 1: 18-22, 1978) no encontró diferencias significativas en cuanto a la autoestima.

Mientras que la mayoría de las evidencias disponibles apoyan una imagen de adolescentes diabéticos psicológicamente saludables, se puede apreciar excepciones en cuanto a los hallazgos de sentimientos de imagen corporal dañada, niveles bajos de desarrollo del ego y una menor complejidad de la autoimagen en comparación con compañeros normales. (Mary C. Cerreto y Luther B. Travis).

Factores psicológicos característicos en los enfermos con diabetes.

Investigaciones en las que los autores consideran los factores psico-

lógicos como desencadenantes de la diabetes, encontraron que los conflictos emocionales no solo desencadenan la enfermedad sino que están íntimamente relacionados con la presencia de cetoacidosis diabética. Observaciones hechas por Daniel, nos dicen que probablemente exista una vía de interrelación entre la diabetes y los problemas emocionales. Wolf realizó un estudio con diabéticos, en el cual concluye que los estados de estrés llevan a un desequilibrio en el metabolismo de las grasas y los hidratos de carbono.

En una conferencia acerca de los problemas en la diabetes Juvenil desde el punto de vista psicológico (Harvey, C. Danowski, T.S. Krosnich, A.; Diabetes, 13, 649, 1964) varios participantes opinaron que el concepto de "Personalidad Diabética" no debía ser descartado. Es probable que las características comunes en los pacientes diabéticos se deba a las alteraciones metabólicas, las presiones y frustraciones psicológicas.

A este respecto Slawson y colaboradores (Slaxson P.F. William F., Kollar, E.J.; J.A.M.A. 187, 166, 1963) mencionan que los estados depresivos son muy frecuentes en los diabéticos y que el cambio psicológico más notable se daba con el uso de la insulina y que éste era la aparición de estados depresivos.

Las presiones y frustraciones a las que debe someterse el adolescente diabético son: restricción diabética, inyección de insulina, determinación diaria de azúcar en orina, restricciones en el tipo y cantidad de actividad a realizar, etc. Todas éstas van a repercutir en menor o mayor grado en su ambiente social, familiar y la aceptación de ser un enfermo crónico.

Al respecto de la existencia de una personalidad diabética no se ha llegado a un acuerdo. Swift, C.R.: J. Child Psych. 3: 501, 1964) encontró en niños diabéticos: Mayor inteligencia en el aspecto creativo, dependencia ansiedad prevalente, inadecuada percepción de su imagen corporal, autosuficiencia, pensamiento mágico, hostilidad, preocupaciones orales, mecanismos de negación para el manejo de su enfermedad.

El trastorno cetoacidótico o acidosis diabética, puede darse por la omisión en la aplicación de la insulina, por razones culturales, emocionales o económicas. Nuevamente nos encontramos que las alteraciones emocionales son de gran importancia en la presencia de la cetoacidosis, como lo establece la tesis de Araujo U.N.A.M. 1966 (11), ya que se ha demostrado que la ingestión exagerada de carbohidratos aumenta las tasas de glucosa sanguínea sin que sobrevengan manifestaciones de cetoacidosis, en cambio al comer dulces lo que implica una violación al régimen, la cetoacidosis se desarrolla. Hinkle L.E. y Wolff S. citados en esta misma tesis nos dicen: "Se ha establecido, experimentalmente, que la manipulación psicológica intencionada, de un diabético por psiquiatras, lleva a la elevación de la concentración sanguínea de glucosa, pero particularmente de cetonas, y que con el empleo de técnicas psiquiátricas estos niveles, descienden a los basales". Esto es obvio, ya que el efecto de un estado de estrés en el organismo afecta el metabolismo de la glucosa y se requiere de una mayor cantidad de insulina.

Para concluir, quisieramos hacer notar nuevamente que para poder seguir lo mejor posible las restricciones de esta enfermedad se requiere -

de una voluntad como la descrita por Piaget (Seis Estudios de Psicología - ensayo Saix Barral 1981, p. 101) "Formar un programa de vida Lebensplan) - que a la vez sea fuente de disciplina para la voluntad e instrumento de - cooperación"; o sea la elección de lo más positivo en éste caso.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. Es por todos sabido que el periodo llamado - adolescencia trae consigo un sinnúmero de cambios tanto en el aspecto - fisiológico psicológico, así como en lo que se refiere a las exigencias - sociales, que en la mayoría de los casos suelen acompañarse de cambios de - conducta bruscos por parte del adolescente y de variados problemas para la familia que acompaña al joven durante este periodo de transición.

Existe una diferencia significativa en el nivel de autoestima en el - adolescente con diabetes en comparación con el adolescente normal ? Tal vez un mejor planteamiento sería el siguiente: Puede la diabetes - repercutir en el autoconcepto del adolescente que la padece ?

1.3 JUSTIFICACION A LA INVESTIGACION. La diabetes es una enfermedad crónica, que no tiene cura, de tal manera que el individuo que la padece, sabe, que nunca podrá volver a ser como era antes, o sea que ya no podrá pertenecer al grupo de los "normales". Sin embargo, el buen control de la enfermedad asegura un futuro bastante bueno, entendiéndose con esto que debería tener - una vida apegada a la normal y sin muchas complicaciones por lo menos en - su periodo adolescente y de adulto joven.

Por que decimos debería ? Porque si bien aunque el diabético se ape-

que a su dieta, haga ejercicio, etc.. o se cumpla con las demandas propias de su padecimiento, no hay garantía de que el proceso de la enfermedad no se agrave de repente y salga de su control, llevandolo a estados muy críticos y por demás peligrosos. Este fenómeno no le es desconocido al joven diabético, de hecho diríamos que es precisamente en este período de adolescencia cuando adquiere una conciencia real de su enfermedad y al mismo tiempo que esto se da, asume la responsabilidad del buen o mal manejo de ella. De que depende que se cuide o no? Bien, la respuesta a esta pregunta no es sencilla ni creemos que pueda completarse con una sola respuesta. Lo que sí creemos que debe ser tomado en cuenta como un factor de mucho peso durante este período es sin duda el autoconcepto del adolescente; podríamos incluso hacer una fórmula con esto y plantearlo de esta manera "QUE TANTO ME QUIERO O ME ACEPTO, QUE TANTO ME CUIDO.

El joven adolescente responde en su muy peculiar manera a todas estas presiones de su nueva etapa, queriendo enfrentarlo todo y en ocasiones de manera brutal. Para todos es conocida la rebelión adolescente; su música - balles, ropas, etc... que parece enfrentar en cada uno de sus actos a toda la sociedad. De todo esto suponemos que el problema del adolescente diabético y su manejo tiene una trascendencia a nivel social (como se comporta y como lo logra), a nivel educativo y laboral (que estudia y en que trabaja), a nivel económico (si es autosuficiente para comprar sus medicinas) y a nivel familiar (integración y funcionamiento).

En México no se han realizado estudios encaminados a la determinación de los factores predisponentes dentro de nuestra raza.

Dado los resultados de otras razas, se puede asegurar que la enfermedad es altamente determinada por factores genéticos.

El consejo genético y el pronóstico para las familias que tienen un familiar diabético juvenil, es importante desde el punto de vista social, económico y de salud.

Según estadísticas de 1975 la diabetes Mellitus juvenil, ocupa el 14 lugar de mortalidad en la población mexicana, y será la causa de muerte de 1 entre 1000 niños o jóvenes para el próximo año 2000. En un artículo publicado por el periodico Excelsior el 30 de Marzo de 1988 y con el título "De que enferman y mueren los habitantes del país" por Jorge Barrera Vázquez, Presidente de la Sociedad Médica de México. (Excelsior 30 de Marzo de 1988). El I.M.S.S. reporta la diabetes Mellitus como ocupante del sexto lugar en mortalidad dentro de la población Mexicana.

El I.S.S.S.T.E. reporta la principal incidencia de muerte en los casos de parto normal, afecciones obstétricas directas, enfermedades infecciosas intestinales, aborto, hernia de cavidad abdominal, fracturas y diabetes Mellitus.

Este último padecimiento ocupó del primero al décimo lugar como causa de defunciones en 1983 en las diferentes entidades con un promedio de cuarto lugar y como demanda de consulta en instituciones del primero al tercer lugar; y como causa de muerte hospitalaria, el primer lugar.

Desafortunadamente, para la salud del joven, la recompensa inmediata de ser aceptado por sus compañeros o la obtenida al ir a una fiesta, sobre

pasa inmediata y a largo plazo que se consiguen al actuar en forma saludable. Al conseguir un control metabólico adecuado tiene un cuerpo que es saludable pero se cuenta incómodo y diferente. En muchos casos la actitud de experimentación, rebelión e independencia que son parte necesarias en el desarrollo normal del adolescente, en el caso del diabético se manifiesta como un rechazo del programa terapéutico médico en donde las consecuencias son serias y potencialmente fatales.

1.4 REVISIÓN DE INVESTIGACIONES PREVIAS. Tratando de ampliar más lo planteado con anterioridad en el Capítulo I.I Antecedentes y buscando un agrupamiento lógico de las diferentes investigaciones que sobre el niño y el adolescente insulino dependiente se han realizado, hemos tratado de reunir en el presente punto ciertas áreas de interés general, ya que los investigadores no centran su interés en solo un aspecto del problema sino que tratan de revisar los diferentes factores que intervienen en él. Según esto, las investigaciones podríamos dividir las según su énfasis en:

- 1.- Diferencia entre los pacientes diabéticos juveniles y grupos control con respecto al grado de psicopatología, en especial a lo que se refiere a trastornos de personalidad.
- 2.- Participación de factores cognitivos e intelectuales en el entendimiento y manejo de la enfermedad por parte del paciente.
- 3.- Datos estadísticos de los elementos psicosociales que se asocian al control o descontrol del diabético.
- 4.- Análisis de la influencia de familia y extrafamiliares en el cumplimiento del régimen de control.

En el primer punto encontramos que en la actualidad existen una -  
coincidencia en reportar trastornos emotivos y de la personalidad en los -  
diabéticos juveniles en comparación con grupos control.

Swift, Seidman y Stein en 1967 encontraron una diferencia estadística -  
significativa entre pacientes IDDM y controles. Al análisis el grupo diabé -  
tico mostró rasgos como: Dependencia, ansiedad, agresión reprimida y mani -  
fiesta autoagresión, problemas en la identificación sexual, necesidad oral -  
imagen corporal más patológica. También encontrarón que los niveles de -  
enfermedad, con su capacidad intelectual, y con el orden de nacimiento. -  
Los métodos utilizados fueron pruebas proyectivas, psicométricas y la -  
entrevista psiquiátrica.

Peterson en 1971, confirma la importancia del orden de nacimiento en -  
la aparición de ciertos rasgos de personalidad. Fallstrom, Vergelius y -  
Goteborg en 1978 encuentran en los adolescentes IDDM una alteración en su -  
imagen corporal en la prueba de Rorschach. Otros factores comunmente encon -  
trados son: la depresión y a ese respecto, Solórzano afirma que ese -  
factor: "Es creciente en relación a la edad y, así mismo los factores auto -  
agresivos se hacen más patentes o bien están correlacionados ambos aspec -  
tos".

Sauceo y Sobrino, Revista Meciana de Pediatría 45 P.163-168 (1976), -  
de acuerdo con estos datos, observan en un campo de entrenamiento para -  
niños y jóvenes diabéticos, que presentaban en forma conciente reacciones -  
depresivas tristeza, sentimientos de minusvalía conductas autodestructivas  
e irritabilidad, de manera especial se reportó la situación común del -



adolescente que trasgrede el régimen de control como una manera de auto - afirmación.

Sin embargo, Steinhauser, Mushin y Rea Grant (1974), Steinhauser, P.D. Mushin, D.N. Rea-Grant "Aspectos psicológicos de la enfermedad crónica". Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Ed. Interamericana P. 825-840. Nov. 1974, opinan que la depresión no es una característica privativa del diabético, sino que es compartida por todas las enfermedades crónicas, - igualmente lo sería el rechazo, la negación, la ansiedad y la culpa.

Sin embargo las investigaciones tendientes a diferenciar los rasgos - distintivos de los diversos tipos de trastornos crónicos son pocas, y las que se han realizado han encontrado lo anteriormente descrito en ciertos - trastornos incluyendo el diabético. Formando estos padecimientos un grupo diferenciado del control.

Un enfoque diferente que hace hincapié en rasgos de personalidad y - psicopatológicos particulares de los pacientes diabéticos, lo conforma el psicoanalítico. A este respecto el Dr. Agustín palacios (citado en la - Tesis de Araujo 1966), como en el artículo de Solorzano, sostiene que el - paciente diabético tiene características propias de personalidad, y que - además el padecimiento tiene origen en las etapas más primitivas y del - desarrollo humano, etapas en las cuales se fija debido a su necesidad de - afecto y seguridad. Este autor define el trastorno como una melancolía - que se expresa a nivel somático; y que el tiempo en que ésta se presenta - va a estar determinado por factores psicológicos que el tiempo en que ésta se presenta va a estar determinado por factores psicológicos como son:

frustración y un Yo pobremente integrado, más el grado de psicopatología - de los padres.

De hecho, la tesis de Araujo, sigue esta línea, ya que basa su exploración en factores psicopatológicos como determinantes del proceso diabético, reporta que no existe una personalidad característica del diabético, pero - concluye afirmando la existencia de factores emotivos coincidentes en el - padecimiento.

Turganova y Habinakova 1974 señalan la contribución de factores psico genéticos como participantes. Este dato es ampliado por lo encontrado por Stein y Charle 1975, hallando cierta susceptibilidad psicológica que - acompaña a disfunciones orgánicas previas a la aparición de la diabetes - como son los trastornos de hambre y ansiedad y la regulación de peso. El método utilizado fué la entrevista y la historia clínica. el diabético - juvenil presenta características de personalidad alterada lo que no sucede con el diabético adulto tal como lo reportan Koch, Molinar y George 1974. (Tesis Araujo U.N.A.M. 1966).

El segundo punto incluye los factores cognitivo-intelectuales y se - basa en dos grandes aspectos:

Un análisis psicométrico de la inteligencia, en el cual hay diversas opiniones y resultados contradictorios. Ya que mientras Solórzano sostiene que a mayor C.I. hay mejor control de la diabetes, esto lo corroboran - Swift Frances y Stein 1967 los cuales encontraron un C.I. significativamente más alto en el grupo de mejor control en comparación con el descontrolado. Sin embargo en el trabajo realizado por Koski 1969, esta diferencia-

entre los grupos de buen y mal control no aparece.

Sin embargo, los dos estudios se concentraron en un análisis numérico del C.I., por otro lado reportan en general promedios del C.I. totalmente acordes a la Media Poblacional. Por lo cual se determina cierta independencia del factor intelectual con respecto a la enfermedad en sí. Lo que si requeriría mayor atención sería la identificación de las diferentes capacidades que forman la inteligencia y su participación en el control de la enfermedad.

El segundo aspecto lo conforman las observaciones a nivel de Desarrollo Cognitivo, en el cual no existen discrepancias, y aportan una valiosa información al respecto del control del paciente.

En 1972, Partriadge, reporta que la autonomía con respecto al manejo de la enfermedad se relaciona con la edad. Se encontró con significación estadística que a los doce años se inicia y a los quince años el autocontrol es casi completo. De esto se deduce que para que el paciente pueda asumir el control de su conducta con respecto a su enfermedad se requieren de ciertas estructuras cognitivas que solo se dan a partir de ciertos niveles de desarrollo.

Fox en 1976, señala la importancia de una atención adecuada a el nivel del niño y en la cual intervengan todos los profesionales que tengan que ver con el tratamiento.

El tercer tipo de interés contempla las diferentes variables que intervienen en el control o descontrol del diabético. Esta representa la

parte más práctica debido a su aplicación psicológica de orientación y -  
psitoterapia. Sin embargo la investigación a este respecto es escasa.

Koski 1976, utiliza pruebas estadísticas para el análisis de sus re -  
resultados, tratando de relacionar factores sociales, educativos, persona -  
les, familiares, intelectuales y emotivos. Sus principales conclusiones -  
fueron: Los niños de buen control presentan un mejor proceso de adaptación  
interno y externo, se confirman las variables de edad de diagnóstico y -  
tiempo de evolución, igualmente el orden de nacimiento y el nivel socioeco  
nómico. Igualmente este grupo presentó una mejor capacidad ideacional. El -  
grupo formado por los descontrolados presentó menos integración, menor -  
sensibilidad e imaginación y una fuerte agresividad.

En otros estudios, Guthrie y Guthrie 1975, realizados sobre adolescen  
tes diabéticos, con una larga historia de enfermedad, reportaron que aque -  
llos bien controlados se caracterizaban por un buen desempeño escolar en -  
oposición a los descontrolados. De igual manera señala que un mal control -  
de la infancia da lugar a complicaciones y por ende a un pésimo control -  
durante la adolescencia. Los otros aspectos que favorecen el buen control -  
son básicamente: la influencia del medioambiente familiar y extrafamiliar -  
del enfermo. Este punto se tratará más ampliamente en el punto que va a -  
continuación.

Casi todas las investigaciones tratan de alguna manera de señalar la  
participación de la familia en el control de el padecimiento.

En ocasiones un problema familiar que pueda no tener que ver con el -

enfermo puede acarrearle al diabético juvenil descontrol en su manejo. También existen ciertas conductas típicas de las familias para con el paciente como son la sobreprotección y el rechazo. Siguiendo este parámetro están las reflexiones de Solórzano, el cual señala que a mayor patología familiar existirá mayor labilidad en el proceso diabético. El Dr. Palacios afirma que las condiciones de la madre son depresión y angustia, haciéndose posible una relación de tipo simbiótico Madre-Hijo. En relación al padre, dicho autor encuentra que puede ser agresivo o bien estar en ausencia emocional o física. La tesis que cita estos datos (Solórzano) no está totalmente de acuerdo con lo que se encontró en los otros autores, ya que ella obtuvo resultados diferentes en los padres de familia que ella investigó en los cuales encontró las siguientes características y los agrupó así:

- 1.- Madre-angustiada, rígida, rechazante.
- 2.- Madre ausente física o emocionalmente, obsesiva, sobreprotectora o poco afectiva.
- 3.- Madre autoritaria, agresiva, perfeccionista, ambivalente y culpígena.

En el control del padre se observaron en general la misma tendencia al poco interés por el problema de los hijos. Tal vez esto tenga que considerarse como una forma cultural y no como estructura familiar privativa del diabético. En otros casos, el padre mostró características como son:

- 1.- Adecuado, afectuoso e interesado.
- 2.- Agresivo, culpígeno.
- 3.- Sobreprotector con sentimiento de culpa.

A excepción de lo reportado por Palacios, los demás informes eliminan la posibilidad de una estructura familiar típica del diabético. Sin embargo todas coinciden en mencionar la importancia de la salud mental en la participación y apoyo de la familia en el control del padecimiento. Esto es tan cierto que se han cansado de señalar tanto médicos como todos aquellos que tienen que ver con el tratamiento de la enfermedad que de la actitud reforzadora de padres, maestros y médicos va a depender el buen manejo de la enfermedad.

En el aspecto dinámico de la familia, tenemos que Hodosi 1968, explica como la familia del diabético se ajusta a la enfermedad promoviendo nuevas formas de conducta. De tal manera que no solo el sujeto va a mostrar cambios de personalidad, sino que la estructura familiar se modifica sustancialmente. Otros autores eligieron parámetros familiares específicos como son el dominio-sumisión y el de protección-descuido; en los que encontrarán diferencias significativas al comparar las familias control con las que tienen hijos diabéticos. En ella se encontró que, un ajuste adecuado en estos extremos daba como resultado un buen control para el diabético.

Existen otros estudios en los cuales se pretende hacer observaciones más controladas y dirigidas al estudio de las características de la familia del diabético. En ellas se encontró que con respecto al buen o mal control hay características significativas y distintivas entre ambos subgrupos de diabéticos no controlados. Se encontrarán formas más patológicas en las familias de los diabéticos no controlados, en la manera como enfren

taban la ansiedad y depresión, utilizando principalmente la negación, los sentimientos de omnipotencia, depresión crónica y reacciones fóbicas.

Salvador Minuchin 1979 (Representante de la Escuela Estructural de la Terapia Familiar) observó que en el caso de las familias que tenían algún miembro diabético, el control del paciente dependía básicamente de la funcionalidad del sistema familiar y con ello de la forma en que el sujeto participe o interaccione. El enfoque que este autor utiliza, presenta los conceptos de la familia en forma tan objetiva que permite y facilita el análisis de la funcionalidad familiar a través de una serie de indicadores.

- 1.5 DEFINICION DE OBJETIVOS. OBJETIVO GENERAL. El Conocer el nivel de autoestima en los adolescentes con diabetes Mellitus juvenil nos proporciona una mejor base para que en un futuro nos permita desarrollar programas y terapias específicas para ello en las que se les ayude a manejar de la mejor manera su padecimiento.

OBJETIVO ESPECIFICO. Este será el de conocer, estudiar y analizar el nivel de autoestima en los adolescentes con diabetes y normales; a través de la escala de autoconcepto de Tennessee.

#### 1.6 HIPOTESIS.

- A) HIPOTESIS CONCEPTUAL. Cada paso adelante en el desarrollo y maduración traen consigo cambios que implican conquista, pero también nuevos problemas: cambios yoicos, metas ideales, etc. Estos cambios pueden

ser cualitativos y cuantitativos. Las reacciones adolescentes como prototipo de perturbaciones del desarrollo: en el aspecto físico: vamos a encontrar cambios en fuerza, tamaño y aspecto. Cambios endocrinológicos que provocan una auténtica revolución sexual. Reorientación en relaciones sociales. La imagen del niño desaparece. (Anna Freud, P.A. Osterrieth, J. Piaget y otros. El desarrollo del adolescente. Edit. Horme).

Para Blos (1967) la adolescencia y la formación del carácter son sinónimos y dice que en ésta etapa se inicia el mantenimiento de una homeostasis psicósomática en la cual se van a regular las pautas de autoestimación.

#### B) HIPOTESIS DE INVESTIGACION.

- 1) H.1 Habrá diferencias estadísticamente significativas en la hiler  
1 ra de la autocrítica entre los adolescentes diabéticos y los no diabéticos.
- 2) H.2. Habrá diferencias estadísticamente significativas en la suma  
1 de Total Positivo (Self Total) entre el grupo de adolescentes con diabetes y los no diabéticos.
- 3) H.3. Habrá diferencias estadísticamente significativas en el Self-  
1 de identidad entre los adolescentes diabéticos y los no diabéticos.
- 4) H.4. Habrá diferencias estadísticamente significativas en la colum  
1 na de Autosatisfacción entre los adolescentes con diabetes y los no diabéticos.



- 5) H.5. Habrá diferencias estadísticamente significativas en el Self-  
I de Conducta entre el grupo de adolescentes con diabetes y los  
no diabéticos.
- 6) H.6. Habrá diferencias estadísticamente significativas entre el -  
I Self físico de los adolescentes con diabetes y los no diabé-  
ticos.
- 7) H.7. Habrá diferencias estadísticamente significativas entre el -  
I Self Etico-Moral de los adolescentes con diabetes y los no -  
diabéticos.
- 8) H.8. Habrá diferencias estadísticamente significativas entre el -  
I Self Personal del adolescente diabético con el no diabético.
- 9) H.9. Habrá diferencias estadísticamente significativas entre el -  
I Self Familiar del adolescente con diabetes y el no diabético.
- 10) H.10. Habrá diferencias estadísticamente significativas entre el -  
I Self Social del joven diabético y el no diabético.
- 11) H.11. Habrá diferencias estadísticamente significativas.

1

#### C) HIPOTESIS NULAS

- 1) H.1. No habrá diferencias estadísticamente significativas en la -  
O hilera de Autocrítica entre los adolescentes con diabéticos -  
y los normales.
- 2) H.2. No habrá diferencias estadísticamente significativas en el -  
O Total positivo entre el grupo de diabéticos y los no diabéti-  
cos.

- 3) H.3. No habrá diferencias estadísticamente significativas en el -  
0 Self de identidad entre el grupo de adolescentes diabéticos  
y los normales.
- 4) H.4. No habrá diferencias estadísticamente significativas entre la  
0 Autosatisfacción de los adolescentes con diabetes y los norma  
les.
- 5) H.5. No habrá diferencias estadísticamente significativas entre el  
0. Self de conducta de los adolescentes diabéticos y los no dia  
béticos.
- 6) H.6. No habrá diferencias estadísticamente significativas entre el  
0 Self Físico del adolescente diabético y el no diabético.
- 7) H.7. No habrá diferencias estadísticamente significativas en el -  
0 Self Etico-Moral del adolescente diabético y el normal.
- 8) H.8. No habrá diferencias estadísticamente significativas en el -  
0 Self Personal del adolescente diabético y el normal.
- 9) H.9. No habrá diferencias estadísticamente significativas entre el  
0 Self Familiar del diabético y el normal.
- 10) H.10. No habrá diferencias estadísticamente significativas entre el  
0 Self Social del adolescente diabético y el normal.

#### D) HIPOTESIS SECUNDARIA

- 11) H.11. Esperamos encontrar diferencias estadísticamente significati  
vas entre la media de la suma del nivel de autoestima de las  
mujeres con diabetes y el nivel de autoestima de los hombres  
con diabetes.
- H.11. No esperamos encontrar diferencia estadísticamente significa-

O . tiva entre la media de la suma de nivel de autoestima de las-  
mujeres con diabetes y el nivel de autoestima de los hombres-  
con diabetes.

**CAPITULO II**  
**PROCEDIMIENTO**

- 2.1 DEFINICION CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES**
- 2.2 SUJETOS**
- 2.3 MUESTRA**
- 2.4 IDENTIDAD ADOLESCENTE**
- 2.5 ALCANZES Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION**
- 2.6 TIPO DE MUESTREO**
- 2.7 TIPO DE ESTUDIO**
- 2.8 PROCEDIMIENTO**
- 2.9 INSTRUMENTO**
- 2.10 HISTORIA DE LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE**
- 2.11 NATURALEZA Y SIGNIFICADO DE LOS PUNTAJES**
- 2.12 INSTRUCCIONES PARA CALIFICAR LA ESCALA**

## 2.1 DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES.

**AUTOCONCEPTO.-** "Es una configuración organizada de percepciones acerca de sí mismo, que son parcialmente concientes." Se compone de percepciones de las características propias y habilidades, preceptos y conceptos de sí mismo en relación a los demás y a el ambiente; los valores que son percibidos y asociados con experiencias objetos y las metas e ideales que perseguimos ya sean positivos o negativos. (Carl Rogers).

**EL SELF.-** Diversos autores manejan éste término como: "el sí mismo", "estilos de vida", individualización", "introspección", "autoimagen", e "identidad". Es lo que define a la persona como un todo.

**SELF FISICO.-** La concepción que tenemos de nuestro cuerpo, incluyendo los sentimientos hacia él.

**SELF SOCIAL.-** Las diversas funciones que se dan en nuestra cultura y que nos permiten desarrollar los distintos roles y la integración a los distintos grupos.

**AUTO-SATISFACCION.-** Refleja el nivel de autoaceptación del individuo el como se siente respecto a "sí mismo".

**SELF ETICO-MORAL.-** Satisfacción con la religión y la percepción de ser una persona "buena o mala".

**YO FAMILAR.-** La percepción del individuo en relación a su círculo de familiares o amigos más allegados.

**IDENTIDAD.-** "Lo que yo soy". La identidad básica del individuo basada en como él se ve.

**DEFINICION DE ADOLESCENTE.-** Se considera adolescencia a el período comprendido entre los 13 a 19 años, aunque los límites de inicio o terminación varía según los distintos autores. Para Hurlock: La adolescencia abarca hasta la madurez sexual y hasta el logro de la independencia respecto a los padres. Para Blos es la última etapa del desarrollo psicosexual donde ocurren los procesos psicológicos de adaptación a las condiciones de la pubertad. En lo que coinciden la mayoría de los autores es en considerar a la adolescencia como un período de transición entre la niñez y la edad adulta.

**DEFINICION DE DIABETES JUVENIL.-** Es la que se presenta en época de crecimiento hasta los 15 años. Es característico de ésta el ser muy inestable, ya que los requerimientos de insulina van a ser muy variables y esto hace el control muy difícil. Las complicaciones de acidosis y coma son las más frecuentes debido a la dificultad del paciente de llevar una dieta estricta y por el otro lado a la secreción de la hormona de crecimiento.

**DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES.-** Los adolescentes diabéticos juveniles serán aquellos que hayan sido previamente diagnosticados a través de pruebas de laboratorio (que incluyen una curva de tolerancia a la glucosa) y examen del médico encargado de su manejo y haya sido determinado su estado de salud como de pacientes con diabetes mellitus juvenil.

ADOLESCENTES NORMALES.- Serán aquellos que cumplan el requisito de la edad que corresponde a ésta investigación y que ya se mencionó con anterioridad y que no padezcan diabetes, ni ninguna otra enfermedad crónica.

2.2. SUJETOS. Los adolescentes con diabetes que fueron escogidos para la presente investigación, padecen la enfermedad por lo menos 4 años, y han sido diagnosticados como diabéticos juveniles, (basado éste diagnóstico en los criterios médicos que prevalecen en la actualidad). La edad de los sujetos se encuentra entre los 12 y 20 años.

La gran mayoría de ellos, son adolescentes inscritos al grupo de jóvenes llamado PRODINDE I.A.P. (Fundación Pro-Diabético Insulino Dependiente) y que son activos dentro de esta Institución; así como otros que pertenecieron a un grupo que trabajó bajo las ordenes del Dr. Cliserio González, en un estudio de seguimiento longitudinal en el Hospital General. Una pequeña parte de la muestra fué proporcionada por el Dr. Eduardo Zorilla que es uno de los fundadores y dirigentes de la Asociación Mexicana al Servicio del Diabético.

Los adolescentes normales se encuentran dentro del mismo rango de edad.

SEXO.- Se incluyen 8 mujeres y 8 hombres en cada uno de los grupos; sumando un total de 32 sujetos en total.

2.3 MUESTRA. Para efectos del presente estudio, la muestra fué seleccionada en base a los criterios arriba mencionados. La muestra se encuentra constituida por 32 sujetos. El primero de 16 (8 mujeres y 8 varones) que padecen diabetes Mellitus Juvenil y el segundo grupo también de 16 sujetos, compuestos por adolescentes normales, en la cual incluyen también 8 mujeres y 8 varones.

ESCOLARIDAD.- En su totalidad, el grupo con el que se trabajó, es un grupo activo desde el punto de vista de escolaridad, es decir que en su totalidad asisten a la escuela o bien terminaron sus estudios. Todos cursaron como mínimo la secundaria y la gran mayoría se encuentra cursando el bachillerato.

2.4 IDENTIDAD ADOLESCENTE. El tema central de la adolescencia es el hallazgo de sí mismo. El adolescente debe aprender a conocer su cuerpo totalmente nuevo y sus potencialidades para los sentimientos y la conducta, ajustándolo a su propia imagen. Todas las facetas de la adaptación social y de la personalidad, están afectadas por la configuración y el funcionamiento del cuerpo: primero la impresión que una persona les causa a los demás, y segundo, el modo en que su cuerpo se le aparece a ella misma, o sea, la imagen corporal. La imagen corporal fué definida como "la imagen que forma mos mentalmente de nuestro cuerpo, el modo en que lo vemos"; sin embargo, abarca la visión que tenemos de nosotros mismos, no sólo físicamente, sino también fisiológica y psicológicamente.

Los adolescentes piensan que ser diferentes, equivale a ser inferior -



res. No obstante no todos los adolescentes que tienen deficiencias reales de maduración, tienen perturbaciones en su imagen corporal. Por lo tanto, conviene evaluar la medida en que obvios defectos de la configuración corporal suscitan tales perturbaciones y no limitarse a suponer una interacción de la estructura y la conducta. Debe también definirse el lugar que ocupará en la sociedad adulta.

La adolescencia es un período en el cual es importante dejar establecidas comunicaciones acerca de su identidad como el aspecto psicosocial de la adolescencia.

Por otro lado, el nivel de aspiración del adolescente influye en su autoconcepto y determina si se verá a sí mismo como triunfante o fracasado.

La mejor forma de controlar el perjuicio psicológico resultante de fracasos o éxitos excesivos, es incitar al individuo a hacer una evaluación realista de sus aptitudes y de sus aspiraciones faltas de realismo, en cualquier dirección se hará resistente al cambio.

El adolescente que puede verse tal como es no quisiera ser o como su familia y sus amigos quisieran que fuese-realizará adaptaciones a la vida, mucho más satisfactorias que aquel, cuyo concepto de sí mismo ha sido deformado por el optimismo; a la mejor adaptación se debe una vida más feliz.

Entendiendo por adaptación, para el presente trabajo, el fenómeno por el que un ser vivo se acomoda al medio en que vive, ajustando sus propias-tendencias a las limitaciones que este medio le exige.

Tal vez el marco de referencia mejor conocido sea el que presentó -  
Havighurst (1943) en su libro sobre la conducta y el desarrollo humano.  
Enumera las siguientes diez tareas principales de desarrollo de la adoles-  
cencia:

- 1.- Lograr relaciones nuevas y más maduras con iguales de los dos sexos.
- 2.- Lograr un papel social masculino o femenino.
- 3.- Aceptar el físico que se tiene y usar con frecuencia el cuerpo.
- 4.- Alcanzar la independencia emocional respecto de los padres y de otros  
adultos.
- 5.- Lograr una seguridad de independencia económica.
- 6.- Elegir y prepararse para una ocupación.
- 7.- Prepararse para el matrimonio y la vida familiar.
- 8.- Desarrollar capacidades y conceptos intelectuales necesarios para la-  
competencia cívica.
- 9.- Desear y lograr una conducta socialmente responsable.
- 10.- Adquirir una serie de valores y un sistema ético como guía de la -  
conducta.

Cada una de estas tareas, se analiza en relación con la naturaleza de  
la misma, de la base psicológica, de la base cultural, de la estructura -  
de la clase social y de las implicaciones educativas.

La prueba conocida como Escala de autoconcepto de Tennessee mide preci-  
samente estas distintas áreas que sumadas nos dan el autoconcepto, o el -  
"sí mismo" que del adolescente queremos conocer en la presente investiga-  
ción. La prueba se detalla en el punto 2.9.

## 2.5 ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION

**ALCANCES.-** Se pretende a través de esta investigación sentar bases o proporcionar una metodología que sirva para ayudar a estos jóvenes, ya que en México no se han realizado estudios que analicen en los adolescentes con diabetes su nivel de autoestima. Esta variable es básica para poder en un momento determinado enfocar los esfuerzos tanto de psicólogos como de médicos, en la elaboración de programas para la educación y ayuda a los adolescentes con diabetes. En la medida que este estudio alcance a diferentes poblaciones de otras esferas, éstos se podrán generalizar.

**LIMITACIONES.-** 1.- Como no se utilizó un muestreo probabilístico no se van a poder generalizar resultados al resto de la población que no fué estudiada.

2.- Aunque existe la tendencia de que los pacientes que acuden a consulta al hospital son de estado socio económico medio-bajo ésta es una variable que no se puede controlar, y por lo tanto los resultados no se pueden generalizar y serán específicos de ésta clase.

### DE LIMITACION TEMPORAL Y ESPACIAL

**LIMITACION TEMPORAL:** Esta investigación se inició a cabo entre el periodo comprendido de Febrero de 1986 a Noviembre de 1987.

**LIMITACION ESPACIAL:** Esta será llevada a cabo en el D.F. México.

Los pacientes fueron atendidos en:

1.- La Asociación Pro-Insulino Dependiente, Constituyentes 345-404

Atención Dr. Cliserio González.

2.- Asociación Mexicana al servicio del diabético.

Atención Dr. Eduardo Zorrilla, Dr. Alfredo Hernández y Dr. Miguel

Angel Guillén.

## 2.6 TIPO DE MUESTREO: NO PROBABILISTICO ALEATORIO Y DE POBLACIONES MOVILES.

---

Este será de este tipo, ya que nos encontramos con dificultades de tipo administrativo por parte de varias instituciones para conseguir a los sujetos objeto de ésta investigación, por lo que se recurrió, a dos profesionales de la medicina los cuales proporcionaron su ayuda. Nos encontramos también con el problema que no todos los adolescentes con diabetes recurren a los Centros de Salud, por lo que la capacitación de pacientes con ésta característica es en ocasiones pobre.

Esta muestra no probabilística quedará integrada por:

- Los adolescentes con diabetes mellitus juvenil.
- Los adolescentes normales.

Los adolescentes no diabéticos sujetos de ésta investigación, y con el objeto de no alterar las condiciones experimentales de la misma, serán buscados de tal forma que cumplan con ciertas condiciones semejantes a los adolescentes con diabetes como son: nivel socio-económico, estructura

familiar, escolaridad, entre otras.

## 2.7 TIPO DE ESTUDIO: CUASIEXPERIMENTAL

**TIPO DE DISEÑO:** De dos muestras independientes, constituyendo la - integrada por adolescentes diabéticos juveniles como el grupo experimental y los sujetos sanos (no diabéticos), como el grupo de control; siendo la - variable dependiente la autoestima y la variable independiente la Diabetes.

Para la medición de la autoestima se utilizará La Escala de Autocon - cepto de Tennessee, La Escala se puede autoadministrar o aplicar en forma - grupal. Consiste en cien afirmaciones autodescriptionales que el sujeto utili - za para describir la imagen que tiene de sí mismo.

La versión y adaptación al castellano de la Escala, fué elaborada por Blanca M. de Alvarez y Guido A. Barrientos; es distribuido y publicado - para Hispanoamérica por el Instituto Interamericano de Estudios Psicológi - cos y Sociales que se encuentra en la Cd. de Chihuahua, Chih. México.

Se combina con la aplicación de un pequeño cuestionario con preguntas que nos lleven a la medición de los aspectos socio demográficos de los - sujetos de ésta investigación, que exploran los siguientes indicadores:

- 1.- Escolaridad.
- 2.- Vive con sus familiares o es independiente.
- 3.- Cuantos hermanos tiene.
- 4.- Viven sus padres.
- 5.- Tipo de trabajo desempeñado por su padre o madre.

- 6.- La casa donde habita es propia o rentada.
- 7.- Tiene algún pasatiempo o practica algún deporte.

2.9 PROCEDIMIENTO. Para la aplicación de la Escala de Autoconcepto de Tennessee y la aplicación del cuestionario, acudimos a las instituciones mencionadas con anterioridad, en donde se nos facilitó un cubículo para la aplicación del test. Después se procedió a dar las instrucciones.

La aplicación del cuestionario y la prueba de Tennessee en los adolescentes no diabéticos se efectuó con adolescentes que cursaban sus estudios de bachillerato en el Colegio de Bachilleres, en esta ciudad, lugar al que acudimos para la aplicación de los instrumentos.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS. El procedimiento de datos se llevó a cabo a través del paquete Estadístico Computarizado de la U.A.M.

Se llevaran a cabo dos tipos de análisis fundamentalmente:

- 1.- Análisis Descriptivo.
- 2.- Análisis Inferencial.

Análisis Descriptivo.- Se obtendrán frecuencias, medidas de tendencia central y de dispersión, con el objeto de tener un panorama general del comportamiento de las variables de la presente investigación.

Análisis Inferencial.- Se hará con el objeto de comprobar las hipótesis planteadas en el presente capítulo. Para ello se utilizó la Prueba T de Student. Por medio de esta intentamos probar la hipótesis nula que supo

ne la igualdad de las medidas de ambos grupos. Esta probabilidad debe ser mayor de .05 para que la hipótesis se pueda aceptar.

$$T \text{ Student } \quad \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{(1) S_1^2 + (2) S_2^2}{N_1 + N_2}}}$$

En donde  $\bar{X}_1 - \bar{X}_2$  = el valor de T para las dos series de datos

1.  $S_1$ ,  $S_2$  = Desviación estándar de las series de datos respectivamente.

$N_1$ ,  $N_2$  = Número de datos de las series.

También utilizamos la Correlación de Pearson.- Este coeficiente mide la fuerza de la relación entre dos variables. Sus valores pueden fluctuar entre -1 y 1.

Un coeficiente de relación positivo significa que en la medida en que crece una variable, crece también la otra; un coeficiente de relación negativo significa que en la medida en que una variable crece la otra disminuye.

La hipótesis nula en esta prueba estadística es:  $H_0: r=0$  que significa que no existe relación entre el par de variables que se está analizando. Para que esta hipótesis sea verdadera su probabilidad tiene que ser mayor a .05.

ANÁLISIS DISCRIMINANTE. Esta es una prueba por medio de la cual se trata de encontrar aquellas variables que mejor nos permiten discriminar o predecir si una persona padece o no de diabetes.

Un análisis discriminante es bueno si el porcentaje final de casos - clasificados correctamente es mayor o igual al 70%.

CUASIEXPERIMENTAL. Estudio de campo cuasiexperimental tal como lo - explican Stanley y Campbell (1979) "Son muchas las situaciones sociales en que el investigador puede introducir algo similar al diseño experimental - en su programación de procedimientos para la recopilación de datos. (Por - ejemplo el cuando y el a quien de la medición). Aunque carezca de control - total acerca de la programación de estímulos experimentales (el cuando y - el a quien de la exposición) y la capacidad de aleatorizar".

2.9 INSTRUMENTO. Para la medición de la autoestima, tema central de la presen - te investigación se utilizó La Escala Tennessee de Autoconcepto, desarrolla - da por William H. Fitts en 1965. La Escala puede administrarse en forma - individual o grupal. Consiste en 100 afirmaciones autodescriptivas que el - sujeto utiliza para describir la imágen que tiene de sí mismo.

La versión y adaptación al castellano de la Escala, fué elaborada por Blanca M. de Alvarez y Guido A. Barrientos; es distribuida y publicada - para Hispanoamérica por el Instituto Interamericano de Estudios Psicológi - cos y Sociales que se encuentra en la Cd. de Chihuahua, Chih. México.

También se elaboró un pequeño cuestionario tendiente al esclarecimien - to de los aspectos sociodemográficos de los sujetos de la presente inves - tigación.

1.- Escolaridad.



- 2.- Vive solo o con sus familiares.
- 3.- Cuantos hermanos tiene.
- 4.- Trabaja o estudia.
- 5.- Trabajo del padre.
- 6.- Trabajo de la madre.
- 7.- Casa propia o rentada.
- 8.- Practica algún deporte.
- 9.- Tiene algún hobbie.

Y para el caso de los adolescentes con diabetes, se agregaron las siguientes preguntas.

- 1.- Tiempo de padecimiento de la enfermedad.
- 2.- Antecedentes familiares.
- 3.- Hospitalizaciones debidas al padecimiento.
- 4.- Glucosa en ayunas.
- 5.- Hemoglobina Glucosilada.

La determinación de la glucosa en ayunas y de la hemoglobina glicosilada nos fué de utilidad para seleccionar al grupo con diabetes que estuviera en su generalidad ubicado en el mismo rango de cuidado dentro de su enfermedad.

La escala Tennessee está disponible en dos formas que utilizan el mismo libreto pero difieren en su forma de calificación. La de Consulta Psicológica y la forma clínica. En éste trabajo se utilizará la forma de Consulta Psicológica.

Originalmente ésta escala surgió por la necesidad de reunir los distintos conceptos que existían de lo que es autoimagen, y en ello copiar los diferentes resultados experimentales y clínicos. Esta escala se forma a partir de Instrumentos previos como fueron los desarrollados por Balester (1956), Engel 1956 y Taylor (1953).

El autor, comenzó a desarrollar la escala desde el año de 1955, en el departamento de salud mental de Tennessee. Los distintos reactivos fueron extraídos de las autodescripciones de pacientes sanos y enfermos. Conforme a esto se redactaron los ítems y se pusieron de acuerdo. Algunos ítems como los que aparecen en el punteo de Autocrítica, fueron tomados del MNPI. Se hicieron correlaciones con otras escalas para corroborar la validez del instrumento, siendo éstas positivas.

Existen 1,300 artículos en los que se usa La Escala de Tennessee de Autoconcepto, para todo tipo de estudios: delincuentes, adolescentes, ancianos, etc. Todos ellos publicados en la bibliografía de Estudios de Investigación, 1980 (Western Psychological Services).

En México encontramos estudios realizados por Alvarez B. 1985. Este estudio se avoca al estudio de los efectos de los grupos de orientación en el autoconcepto de jóvenes estudiantes y en 1969, de la misma autora encontramos otro de autoconcepto de jóvenes delincuentes y normales.

En 1980 Henze García realiza un estudio sobre autoconcepto en adolescentes y en 1985 en la tesis de Kaiser S. y Ramus M. la autoestima en pacientes drogadictos en función de sus relaciones familiares.

En la tesis de Elizabeth Rodríguez y Guadalupe L. Rodríguez en 1985 - utilizan La Escala para medir autoconcepto de dos grupos de adolescentes - epilépticos y no epilépticos.

2.10 HISTORIA DE LA ESCALA. Durante los últimos años se han estado utilizando una gran variedad de instrumentos para medir la autoimagen. Sin embargo, - ha continuado la necesidad de disponer de una escala que sea sencilla para el sujeto, ampliamente aplicable y multidimensional en su descripción de - la autoimagen.

La escala de autoconcepto de Tennessee fué desarrollada para satisfacer esta necesidad, puesto que la autoimagen se ha convertido en un medio - tan popular y tan importante para estudiar y comprender el comportamiento humano. Además se pensó que una escala adecuada para medir el autoconcepto proporcionaría el lazo que ligaría los descubrimientos que se han realizado a través de las investigaciones y del trabajo clínico.

Se ha demostrado que la imagen que el individuo tiene de sí mismo es - de gran influencia en su comportamiento y está directamente relacionada - con su personalidad y con el estado de salud mental. De tal manera que - "las personas que se ven a sí mismas como indeseables o malas, tienden a - actuar de acuerdo con esta idea; y aquellas que tienen un concepto poco - realista de sí mismos, tienden a enfocar la vida y a otras personas en - forma también poco realista". Así pues, el conocimiento de cómo el individuo se percibe a sí mismo es muy útil para poder ayudarle o para evaluar - lo.

El autor William H. Fitts empezó a trabajar en el desarrollo de esta escala en el Departamento de Salud Mental de Tennessee en 1955. El propósito original era desarrollar un instrumento de investigación que pudiera contribuir al difícil problema de criterio de investigación en salud mental, pero en realidad ha resultado útil en otros propósitos.

En el desarrollo original de la escala, el primer paso fue compilar un gran conjunto de ítems autodescriptivos. El conjunto original de ítems se derivó de otros instrumentos que medían el autoconcepto, incluyendo los desarrollados por Balester (1956), Engel (1956) Taylor (1953); los ítems también se derivaron de autodescripciones escritas por pacientes y no pacientes.

Después de un análisis considerable se desarrolló un sistema fenómeno lógico para clasificar los reactivos sobre la base que ellos mismos decían esto evolucionó hasta el esquema bidimensional  $3 \times 5$ , empleado en la hoja de puntajes de ambas formas, esta parte de la escala contiene 90 ítems divididos por igual en positivos y negativos, los 10 restantes componen la escala de autocrítica.

2.- Descripción de la Escala.- La Escala puede usarse para varios propósitos: consulta psicológica, evaluación y diagnóstico clínico, investigación en las ciencias del comportamiento y selección del personal. Se puede administrar en forma individual, de grupo y autoadministrada. Puede usarse con sujetos de 12 años o más, que tengan un nivel de lectura por lo menos de 6o. año de primaria. También es aplicable a todo rango de ajuste-

psicológico, desde sujetos sanos y bien adaptados hasta sujetos psicóticos.

La escala se cuenta disponible en dos formas: La forma para consulta psicológica u de orientación y la forma clínica y de investigación.

La forma de consulta psicológica consiste en 100 afirmaciones que el sujeto usa para describir la imagen que tiene de sí mismo. El test consta de un formato de reactivos, una hoja de respuestas y una hoja para graficar los resultados, que proporciona una visión completa de autoconcepto. La escala se autoadministra y no requiere más instrucciones que las que están indicadas en la cubierta inferior del formato. Sin embargo, es conveniente hacer notar un punto que requiere atención especial del examinado. La hoja de respuestas está organizada de tal forma que el sujeto responda en forma alternada a los items en la Hoja de Respuestas. Algunos sujetos pueden confundirse momentaneamente en relación a este punto, y es por tanto conveniente que el examinador esté preparado para esta disponibilidad.

La escala para ambas formas usa el mismo folleto y los mismos reactivos, la diferencia se centra en la calificación y en los perfiles.

En la forma para Orientación ó consulta psicológica (que es la que utilizamos) se califica más rápido y fácilmente pues incluye menos variables y puntajes, es apropiada para la autointerpretación y por retroalimentación a el paciente requiere menos sofisticación en psicometría y psicopatología.

La forma Clínica y de Investigación es más compleja en calificación, en análisis e interpretación y no es indicada a autointerpretación por retroalimentación directa al sujeto.

La calificación para ambas formas se puede realizar en forma manual y computarizada. La mayoría de los sujetos contestan la escala en 10 ó 20 minutos.

La calificación manual requiere de 6 a 7 minutos para la forma de Orientación y aproximadamente 20 minutos para la forma Clínica y de Investigación.

La escala Clínica mide escalas defensivas, de ajuste general, escala de psicosis, escala de desórdenes de la personalidad, escala de neurósis, escala de integración de la personalidad y punteo de signos de investigación.

## 2.11 NATURALEZA Y SIGNIFICADO DE LOS PUNTAJES. (FORMA PARA ORIENTACION)

- A) El puntaje de Autocrítica (A-C). Esta escala compuesta por: 10 ítems tomados de la mayoría de la gente que acepta como ciertas con respecto a ellas mismas. Los individuos que niegan la mayoría de estas afirmaciones son generalmente defensivos y están realizando un esfuerzo deliberado para presentar una imagen favorable de sí mismos. Los puntajes altos generalmente indican una apertura normal y saludable y una capacidad para la autocrítica. Los puntajes extremadamente altos (sobre el percentil (99)) indican que al individuo pueden -

faltarle defensas y puede, de hecho, encontrarse patológicamente indefenso. Los puntajes bajos indican defensividad, y sugieren que los Puntajes Positivos pueden estar artificialmente elevados a causa de esta defensividad.

- B) Los puntajes Positivos (P). Estos puntajes derivan directamente del esquema de clasificación fenomenológica ya mencionado. En el análisis original del conjunto de ítems las afirmaciones parecían comunicar tres mensajes primarios: (1) Esto es lo que yo soy. (2) Esto es como yo me siento conmigo mismo, y (3) Esto es lo que yo hago. Sobre la base de estos tres tipos de afirmaciones se formaron las tres categorías horizontales. Estas aparecen en la Hoja de Puntajes como Hilera 1, Hilera 2 e Hilera 3 y así nos referimos a ellas de aquí en adelante. Los Puntajes-Hilera entonces, constituyen tres sub-puntajes que, al sumarse, dan por resultado el Total Positivo o Puntaje Total P. Estos puntajes representan un marco interno de referencia dentro del cual el individuo se describe a sí mismo.

El estudio más profundo de los ítems originales indicó que éstos también variaban considerablemente en términos de un marco de referencia más externo. Aún dentro de la misma categoría de hilera las afirmaciones pueden variar ampliamente en cuanto a su contenido. Por ejemplo, con la Hilera 1 (la categoría Lo que yo soy) las afirmaciones se refieren a lo que yo soy físicamente, moralmente, socialmente, etc. En consecuencia, el conjunto de ítems fue ordenado de nuevo de acuerdo a estas categorías verticales, que son los cinco Puntajes

Columna de la Hoja de Puntajes. Así el conjunto total de ítems se encuentra dividido en de dos maneras, verticalmente en columnas (marco externo de referencia) y horizontalmente en hileras (marco interno de referencia) contribuyendo cada ítem y cada celdilla a dos puntajes diferentes.

1. Puntaje Total P (T P) Este es el puntaje que puede considerarse por sí solo como el más importante de la Forma para Orientación-Refleja el nivel total de autoestima. Las personas con puntajes altos tienden a estar contentas consigo mismas, sienten que son personas dignas y valiosas, tienen confianza en sí mismas y actúan de acuerdo con esta imagen. La gente con puntajes bajos dudan de su propio valer; se ven a ellos mismos como indeseables con frecuencia se sienten ansiosos, deprimidos e infelices; y tienen poca fé o confianza en ellos mismos.

Si el puntaje de Auto-crítica (A-C) es bajo, los Puntajes P altos se tornan sospechosos y son probablemente el resultado de una distorsión defensiva. Los puntajes extremadamente altos (generalmente sobre el 99' percentil) son anormales y suelen encontrarse solamente en personas perturbadas tales como esquizofrénicos paranoides quienes, como grupo, muestran muchos puntajes extremos, tanto altos como bajos.

2. Hilera 1 Puntaje P - Identidad (I B). Estos son los reactivos "Lo que yo soy". Aquí el individuo describe su identidad básica lo que él es. Basado en como él se ve.



3. Hilera 2 Puntaje P - Auto Satisfacción (A-S). Este puntaje viene resultado de aquellos items en los que el individuo describe como se siente con respecto al "sí mismo" que percibe. En general este puntaje refleja el nivel de auto-satisfacción o auto-aceptación. Un individuo puede tener puntajes muy altos en las Hileras 1 y 3 y puntuar bajo en la Hilera 2 debido a los estándares y expectativas demasiado altos que tiene sobre sí mismo. O bien, puede tener una pobre opinión de sí mismo, indicada por los puntajes de Autosatisfacción altos según la Hilera 2. Por lo tanto, los subpuntajes son mejor interpretados cuando se comparan el uno con el otro y con el Puntaje Total P (T P).
4. Hilera 3 Puntaje P Conducta (C). Este puntaje proviene de aquellos items que dicen "esto es lo que yo hago, o ésta es la manera en que yo actúo". Entonces este puntaje mide la percepción en la que yo actúo. "Entonces este puntaje mide la percepción del individuo sobre su propia conducta o de la forma en que él funciona.
5. Columna A Yo Físico (YO FIS). Aquí el individuo presenta su visión sobre su cuerpo, su estado de salud, su apariencia física habilidades y sexualidad.
6. Columna B Yo Etico-Moral (YO MOR). Este puntaje describe al yo desde un marco de referencia ético moral-valía moral, relaciones con Dios, sentimientos de ser una persona "buena" o "mala" y satisfacción con la propia religión o la falta de ella.

7. Columna C Yo Personal (YO PER). Este puntaje refleja el sentido- que el individuo tiene de su valer personal, su sentimiento de - adecuación como persona y su evaluación de su personalidad inde- pendiente de su cuerpo o de sus relaciones con otros.
  8. Columna D Yo Familiar (YO FAM). Este puntaje refleja los propios sentimientos de adecuación, mérito y valor como miembro de una - familia. Se refiere a la percepción que el individuo tiene de sí mismo en relación a su círculo de allegados más cercano e inme- diato.
  9. Columna E Yo Social (YO SOC). Esta es obra categoría del "yo - como se perciba en relación a otros" pero pertenece a los - "otros" en un sentido más general. Refleja el sentido de adecua- ción y valer de la persona en su interacción social con otras - personas en general.
- C) Los puntajes de Variabilidad (V). Los puntajes V proporcionan una - medida simple de la cantidad de variabilidad, o inconsistencia, de - una área de autopercepción a otra. Los puntajes altos significan que- el sujeto es muy variable en este aspecto, mientras que los puntajes- bajos indican una variabilidad baja que puede ser considerada como - rigidez si es extremadamente baja (por abajo del primer percentil).
1. V Total (V). Esta representa el monto total de variabilidad para todo el registro. Los puntajes altos indican que el autoconcepto de la persona varía tanto de una área a otra que refleja poca -

unidad o integración. Las personas con altas puntuaciones tienden a encasillar ciertas áreas de su autoimagen y a visualizar como muy separadas del resto del yo. Las personas bien integradas generalmente obtienen una puntuación por debajo de la media, pero por encima del primer percentil.

2. V Total Columna (V COL). Este puntaje mide y resume las variaciones dentro de las columnas.
3. V Total Hileras (V HIL). Este puntaje es la suma de las variaciones a través de las diferentes hileras.

D) El puntaje de Distribución (D). Este puntaje representa la suma que el individuo obtiene por la manera en que distribuye sus respuestas entre las cinco opciones que se le presentan para contestar a los ítems de la Escala. Se puede interpretar también como una medida adicional de la autopercepción: la certeza o seguridad sobre la manera en que uno se ve a sí mismo. Un puntaje alto indica que el sujeto está muy definido y seguro y en lo que dice sobre sí mismo, mientras que un puntaje bajo significa todo lo contrario. También, a veces se encuentran bajas puntuaciones en personas que asumen actitudes de defensa y reserva. Estas se evaden y evitan entregarse, confiarse realmente mediante el empleo de opciones "3" en la Hoja de Respuestas. Los puntajes extremos en esta variable, en cualquier dirección, son poco deseables y generalmente se obtienen en personas perturbadas. Por ejemplo, a menudo los pacientes esquizofrénicos usan casi exclusivamente respuestas "5" y "1", dando lugar a Puntajes D muy altos.

Otros pacientes perturbados son extremadamente inseguros y desconfiados en sus autodescripciones con predominancia de las respuestas "2", "3" y "4" y Puntajes D muy bajos.

- E) El Puntaje de Tiempo. Este puntaje es simplemente una medida del tiempo que el sujeto requiere para completar la Escala. Sólo recientemente el autor ha realizado algún estudio de esta variable, y hasta el momento es poco lo que se sabe con respecto a su significado o significancia, la mayoría de los sujetos completan la escala en menos de 20 minutos. Se ha encontrado que los pacientes psiquiátricos en general requieren más tiempo que los no-pacientes. Esto es particularmente cierto con respecto a aquellos que son exageradamente compulsivos, paranoides o depresivos. (19).

- 2.12 INSTRUCCIONES PARA CALIFICAR LA ESCALA. Generales: La calificación a mano de la escala se facilita por la forma en que está integrado el juego de hojas, que hace posible que las contestaciones se registren directamente a través de una hoja de papel carbón en la hoja de punteos. La calificación por computadora de 50 o más escalas, puede lograrse a través del editor. Para la calificación de grandes cantidades, éste método es más económico que la calificación a mano.

Las instrucciones en el folleto de pruebas requieren que no se omita ningún ítem. Es indispensable que el examinador haga hincapié en este punto. Sin embargo, a pesar de estas precauciones, el sujeto puede omitir algunos ítems. El procedimiento a seguir en caso de omisiones, es marca el

punto medio de la escala (que es el 3) para cada ítem omitido, antes de computar el punteo.

Los procedimientos de calificación se han explicado dentro de lo posible en las hojas de respuestas y en las claves de calificación de las escalas empíricas de la forma C. y R. Sin embargo, las instrucciones se dan específicamente a continuación. Estas pueden seguirse y comprenderse mejor si se estudian junto con una copia de la hoja de punteos. En la hoja de punteos, los 90 ítems básicos están en negro (ítem positivos) y en rojo (ítems negativos), por partes iguales. (Ver hoja de punteo en apéndice 1).

Los números en la escala de respuestas para los ítems negativos han sido invertidos en la hoja de punteos para permitir un sistema de calificación sencillo y unificado. Por este sistema, una persona que contesta completamente falso a un ítem negativo, obtiene un punteo alto igual que cuando contesta completamente verdadero a un ítem positivo. Por lo tanto los punteos altos significan descripciones positivas del yo.

#### 1.- Forma de Consulta Psicológica.

A- Punteo de Auto-crítica (AS ó SC). Sume todos los puntos marcados por un círculo, de los ítems 91 al 100. Anote la suma en la casilla marcada SC. Este es el punteo SC.

B- Punteos Positivos: Punteos de Hileras, Punteos de Columnas.  
Punteos P. Total.

Tómese nota que la Hoja de Punteos tiene tres hileras horizontales y cinco columnas verticales. Esta combinación presenta 15 -

celdas de seis ítems cada una.

1. Súmese los seis punteos marcados por un círculo en la primera celda. Anótese la suma enseguida de la letra P en la parte inferior de la celda. Haga lo mismo con cada una de las 14 celdas. (Nota: En la forma C y R, los punteos de ítems positivos y negativos se computan separadamente y se combinan en un punteo  $P + N$  que es lo mismo que el punteo P de la forma Counseling).
2. Punteos de las Hileras. Sume en forma horizontal la suma de las cinco celdas para la primera columna (Hilera de Identidad). Anote el número resultante en la hilera denominada Total de Hileras. Haga lo mismo con las demás Hileras.
3. Punteo de Columnas. Sume verticalmente la suma de las tres celdas de la Columna A (Yo físico). Anote la suma en la sección Total de Columnas. Haga lo mismo con las otras cuatro columnas.
4. Punteo Total P. Dado que este punteo representa el Punteo Total-Positivo, se puede computar su mando ya sea el Total P de las Hileras o el Total P de las Columnas. Las sumas obtenidas deben ser iguales. Se aconseja obtener la suma en las dos formas, para probar la exactitud en las computaciones. Anótese el resultado en la celda marcada Total Positivo o P.
- C- Punteo de Variabilidad (V). Para la línea 1 (Identidad) encuentrese el número más bajo de los cinco totales en las celdas P. Réstese este punteo al más alto de los cinco punteos totales en las Celdas. El resultado anótese en la columna de la extrema derecha de la hoja de punteo.

Haga lo mismo con las siguientes dos líneas. Súmese las cantidades de las tres líneas y anótese la cifra en la celda llamada - Total V. de Hileras.

2. Punteo V. de las columnas. Para la columna A encuéntrase el punteo más bajo de las tres celdas P. Réstese esta cantidad del - punteo más bajo de las tres celdas. El resultado se anota en el - Total V. de columnas para la Columna A.

Haga lo mismo con las siguientes cuatro columnas. Sómese los números de las cinco columnas y anótese la cantidad en la celda - marcada Total Col. V.

3. Total V. Sume los subtotales del Total V. de Hileras y Total V. de columnas. Anote la cantidad obtenida en Total V. Estos dos - subtotales para vez son iguales y por tanto no sirven para determinar la exactitud de la prueba.

D- Punteo de Distribución (D). Para computar este punteo debe usarse la Hoja de Respuestas.

1. Cuente las veces que el número cinco (5) ha sido utilizado por - el sujeto en la hoja de respuestas. Anote esta cifra en el margen inferior izquierdo de la Hoja de Punteo en la línea marcada - Totales. Saque separadamente las veces que los números 4, 3, 2 y 1 han sido empleados y anote cada suma en la línea de totales - correspondientes.

2. Haga las operaciones indicadas para la línea de Totales, esto es multiplique la suma de cincos (5) por dos (2) y anote el resultado en la línea D, copie la suma de cuatros (4), omita la suma -

correspondiente al tres (3), copie la suma correspondiente al dos (2) y multiplique la suma correspondiente al uno (1) por dos (2). Sume los cuatro resultados para obtener el puntaje D.

#### Datos Psicométricos de la escala

Normas: El grupo estandarizado en donde a partir del cual se desarrollaron las normas, fué una amplia muestra de 626 sujetos. Esta muestra incluyó gente de varias partes de La Unión Americana, las edades fluctuaban entre los 12 y los 68 años. Contenia aproximadamente el mismo número de sujetos de diferente sexo, individuos blancos y negros, representantes de todos los niveles sociales, económicos e intelectuales y niveles educativos desde sexto grado hasta personas con doctorado.

Actualmente sería posible ampliar el grupo normalizado, pero no se ha realizado porque se ha visto que muestras de otras poblaciones no difieren de las normas existentes en forma apreciable, considerando que son muestras lo suficientemente amplias (75 o más sujetos) y porque los efectos de las variables demográficas tales como el sexo, edad, raza, educación e inteligencia sobre los puntajes de la escala son insignificantes. De modo que las evidencias sugieren que no es necesario establecer normas por separado por edad, sexo raza u otras varias. Sin embargo el grupo normal no refleja a la población como un todo en proporción de su composición nacional.



**CAPITULO. III**  
**D I A B E T E S**

**3.1 HISTORIA**

**3.2 EL PAPEL DE LA INSULINA**

**3.3 DEFINICION**

**3.4 MAGNITUD DEL PROBLEMA**

**3.5 DIABETES INSULINO - DEPENDIENTE**

**3.6 DIABETES: FACTORES PREDISPONENTES**

**3.7 ADOLESCENCIA (12 A 16 AÑOS)**

**3.8 DIABETES EN EL CONTEXTO PSICOSOCIAL: LA REPERCUSION EN LA AUTOESTIMA**

**3.9 STRESS Y DIABETES**

**TABLAS Y FIGURAS**

3.1 HISTORIA. El conocimiento de la diabetes se remonta a siglos antes de Cristo, así encontramos que en Egipto hacia 1500 antes de Cristo en el Papyrus Eberest se describe una enfermedad asociada con el exceso de orina. Celsus (30 A.C.) reconoce también a la enfermedad, pero no es sino hasta dos siglos después que otro médico griego Aretaeus of Cappaducia, le llama diabetes a éste padecimiento (un sifón). El hace la primera descripción clínica completa de la diabetes describiéndola como una mezcla de la carne y partes del cuerpo del individuo en la orina.

Entre el siglo 3 y 6 después de Cristo estudiosos de China, India y Japón describen la condición de poliuria en la cual la orina se encuentra espesa y dulce. Sin embargo aunque había sido conocido por siglos que la orina de éstos individuos tenía un sabor dulce, se quedó así hasta que en 1674 Willis añade la observación "como si estuviera diluido de miel y azúcar". El nombre de diabetes-Mellitus (Mellitus igual a miel) fue entonces establecido.

Un siglo después de Willis, Dobson demostró que lo dulce en realidad se debía a la presencia de azúcar en la orina. El progreso y entendimiento de la enfermedad hasta mediados del Siglo 19 ha sido lento, pero gradualmente se ha ido entendiendo el curso y las complicaciones que trae consigo. También se ha enfatizado su tendencia hereditaria y más recientemente tenemos su clasificación en 2 grandes grupos: Diabetes tipo I ó IDDM (que es a la que se va a enfocar la siguiente investigación) insulino dependiente y la Diabetes tipo II ó NIDDM ó diabetes de adulto (no insulino dependiente).

Durante el último siglo se ha establecido una Asociación entre la Diabetes Mellitus y las células que se agrupan en células beta que se agrupan en el páncreas. Estas isletas que fueron descubiertas a principio del Siglo 19 por Brockman pero obtuvieron el nombre de Langerhans quien las describió en mamíferos en 1869, poco después los científicos alemanes Mering y Minkowski, encontraron que la pancreotomía producía diabetes en el perro.

El mundo recibió con júbilo cuando en 1921 un joven cirujano Fredrick Banting, y su asistente Charles Best prepararon extractos activos de páncreas que lograron bajar los niveles de glucosa elevados en los perros diabéticos. En cuestión de meses, niños con diabetes que poco a poco se iban acabando debido a que su carne (sus tejidos) literalmente se deshacía dentro de una orina azucarada recuperaron fuerzas después del inicio del tratamiento a base de insulina. En cuestión de semanas o meses la vida regresó casi a lo normal, a excepción de la necesidad de la inyección de la insulina. (FIG.1)

Por sus contribuciones científicas, más tarde McLeod y Banting recibieron el Premio Nobel de Medicina.

3.2 EL PAPEL DE LA INSULINA FISIOLÓGICA NORMAL. La insulina provoca en el cuerpo una señal cuya concentración controla tanto el almacenamiento como la movilización de los energéticos. Niveles elevados de insulina promueven el almacenamiento en los tejidos mientras que niveles bajos favorecen una entrada en los energéticos al torrente sanguíneo. Por esto después de una

comida, un aumento en la liberación de la insulina desde las células beta resulta en un nivel alto de insulina en la sangre, éste es la señal para el hígado, músculo y grasa para captar el exceso de energía especialmente de la glucosa derivada de la ingestión de carbohidratos.

La deficiencia en la liberación de la insulina se traduce en una señal inadecuada a los tejidos para que remuevan los diferentes energéticos como la glucosa de la sangre. El nivel de glucosa en sangre por esto se mantiene alta y se queda elevada por períodos más largos, esto es lo que en términos generales le sucede al individuo diabético.

En una persona o animal con poca o nada de producción de insulina la glucosa en ayunas rebasa la concentración a la cual los riñones pueden retenerla (arriba de 180 mg/dl la glucosa que filtra dentro de la orina) seguida por la producción de mas glucosa por el hígado a expensas de las proteínas.

En los estados severos de deficiencia insulínica cualquier exceso de glucosa ingerida eleva a niveles tan altos la glucosa en sangre provocando mayor pérdida de glucosa en la orina, deshidratación hipovolemia y Shock. Como resultado del metabolismo incrementado de las grasas, se produce como sobre producto de la degradación de las reservas grasas, los llamados cuerpos cetónicos que integran: La acetona, el ácido aceto y el ácido aceto-acético y el ácido Beta-hidroxi-butírico Betahidrox.

**3.3 DEFINICION.** La diabetes es en realidad un síndrome, o sea, un conjunto de alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos y los lípidos caracte-

rizados todos por la elevación de la glucosa sanguínea (Hiperglucemia).

Como resultado de la variedad que agrupa el síndrome Diabetes Mellitus se ha establecido una clasificación de estas entidades que ahora se encuentra aceptada internacionalmente: La Diabetes Mellitus Juvenil o Tipo I que es la que se presenta generalmente antes de los 15 años (IDDM insulino dependiente) en ella encontramos ausencia de insulina circulante por lo tanto se comporta en forma inestable y es imprescindible el uso de insulina. Las estadísticas muestran una incidencia máxima a los 16 años con una variabilidad de los 12 a los 13 años.

En contraste con la Diabetes Tipo II o de adulto con predominancia para el sexo femenino, en la Diabetes Juvenil se ha encontrado una ligera frecuencia para el sexo masculino. Los datos sobre frecuencia global por antecedentes raciales y étnicos son incompletos, pero los encontrados en los E.U. son muy semejantes a los reportados en Inglaterra y Suecia.

En ellos se demuestra una incidencia mayor en la raza caucásica o blanca.

Chavarría Bonequi englobando las principales características del trastorno nos dice "entendemos por Diabetes Mellitus una enfermedad hereditaria, crónica, caracterizada por alteraciones de la insulina efectiva y del metabolismo energético, acompañada de daño vascular".

La diabetes Tipo II o no insulino dependiente engloba al individuo que desarrolla la enfermedad después de los 50 ó 60 años, estas personas

muestran sólo una relativa deficiencia en la producción de la insulina. En muchos encontramos un aumento en los niveles de insulina en comparación de los normales pero ésto generalmente se acompaña de obesidad o inactividad-física. Los datos sugieren que la vasta mayoría de niños diagnosticados con diabetes eventualmente dependerán de insulina y la vasta mayoría de niños diagnosticados con diabetes eventualmente dependerán de insulina y la vasta mayoría de adultos padecerán las formas más suaves de la deficiencia de la insulina. Estos forman las bases para la terminología sugerida tanto en los E.U. como en el extranjero de: Diabetes Mellitus insulino-dependiente (IDDM Tipo 1) para la Diabetes Juvenil, y la Diabetes Mellitus no insulino-dependiente (NIDDM Tipo 2) para la diabetes del adulto. Para mayor claridad consultar tabla 3.

#### 3.4 MAGNITUD DEL PROBLEMA EPIDEMIOLOGIA.

INCIDENCIA. Los números absolutos de diabéticos en los E.U. puede darse solo aproximadamente debido a que no existe una clara distinción entre el diabético y el normal particularmente en gente vieja. Aproximadamente uno punto 25 millones utilizan insulina, de los cuales 200 mil a 300 mil pueden considerarse como verdaderos IDDM. Estudios en Michigan y Minnesota encontraron aproximadamente que uno de cada 600 niños de edad escolar van a desarrollar diabetes. En la variación moderna de la diabetes aproximadamente de uno a uno y medio millones utilizan hipoglucemiantes orales y otros dos a tres millones están solamente a dieta. Sin embargo como los criterios son tan variables y en algunos casos la enfermedad se

presenta asintomática y por ello no es diagnosticada sobre todo (en el adulto) nos encontramos con cifras arbitrarias. Se estima que un total de diez millones de personas en los E.U. tienen la enfermedad.

**PREVALENCIA.** Una estimación anual de 4 billones de Dllrs. se ha atribuido a las complicaciones resultado directo de la diabetes: desde el tratamiento de una gangrena del pie puede costar 10,000.00 Dllrs. solamente de hospitalización. De los miles de diabéticos juveniles, 40 ó 50% van a morir como resultado de nefropatía, de 10 ó 20% quedarán ciegos, y todos van a padecer una prematura arterioesclerosis y un acortamiento del promedio de vida de dos tercios menor al no diabético. Esperamos que la aplicación de las nuevas técnicas nos den un mejor panorama de esperanza en estos casos.

**HEMOGLOBINA GLICOSILADA: UN INDICE DE CONTROL.**— Desde hace más de una década, se ha encontrado un tipo especial de hemoglobina (A<sub>1c</sub>). Como el 5% de la hemoglobina en los glóbulos rojos contenidos en una persona normal, pertenece a esta variedad. En las personas diabéticas, este puede encontrarse entre 2 y 4 veces más alto, éste incremento se debe a la unión de una molécula de glucosa químicamente unida a la hemoglobina. Entre más alta sea la concentración de glucosa, mayor producción de hemoglobina A<sub>1c</sub>. se forma en los glóbulos rojos. Esto produce una pequeña alteración dentro de los glóbulos rojos que afecta su capacidad de llevar oxígeno a los tejidos. Sin embargo el punto importante de todo esto es que si la hemoglobina se conecta a la glucosa debido a la alta concentración de la misma: ¿Qué pasa con las otras proteínas? Tal vez por esto ciertos animales llegan a

extremos psicológicos con tal de mantener sus niveles de glucosa por abajo de ciertos niveles críticos. Tal vez ésta sea la razón por la cual muchas de las membranas como las que se encuentran en las venitas de ojo de ríñones entran en problemas en el paciente diabético.

Sin embargo, todo esto es muy nuevo y falta mucho por esclarecer. Lo importante para este trabajo es que el control de el diabético por medio de análisis periódicos de medición de la Hemoglobina Glicosilada nos da un parámetro más para juzgar el buen o mal control del individuo; ya que el resultado nos habla del promedio de glucosa mantenida durante los 3 meses anteriores a la toma de la muestra. (FIG.2)

- 3.5 DIABETES INSULINO - DEPENDIENTE. La diabetes insulino juvenil o IDDM, se acompaña de los siguientes síntomas: Polidipsia (mucho sed), Polifagia (mucho hambre), y Poliuria (mucho orina) que corresponden a la hiperglucemia imperante. Si el descontrol continua puede sobrevenir deshidratación y cetoacidosis diabética (CIT) Tabla 4.

Ya se ha mencionado con anterioridad la importancia de las células Beta en la producción de la insulina, pues bien los individuos con diabetes juvenil estas células empiezan por fallar hasta llegar a su total destrucción o inutilización. A que se debe este fenómeno? Bueno, una respuesta concreta no se ha podido dar, sin embargo últimamente se le ha asociado con una etiología de tipo Viral. Gamble y Taylor en 1960 encontraron en un grupo de diabéticos juveniles recién diagnosticados, una alta alteración con el Virus Coxsackie B, lo que sugería altamente su preponderancia-



en la aparición del padecimiento, conclusiones semejantes fueron encontradas en los Estados Unidos en el Estado de Erie, New York y Florida.

Por ahora existe una hipótesis de que algún virus puede iniciar el daño en las células Beta en la diabetes juvenil, y que éste puede llevar a un cierto proceso destructivo que eventualmente va a ser el causante de la muerte de todas o casi todas las células Beta. Mucho más importante que todo lo anterior dicho, es que el entendimiento de estas cadenas nos puede proporcionar la clave de como interrumpir éste proceso.

Hay evidencia que sugiere una predisposición determinada genéticamente y asociada al...Plotipo HLADR3 y HLADRA4 (FIG.3).

3.6 DIABETES FACTORES PREDISPONDIENTES. La naturaleza familiar el padecimiento ha sido muy enfatizada, estudios hechos con gemelos idénticos que desarrollarán NIDDM ambos la padecieron, lo cual no ocurrió con la IDDM, o sea que en el segundo caso uno solo de los gemelos desarrolló IDDM y el segundo gemelo si no desarrolló la enfermedad a los 2 ó 3 años de su hermano ya no se presentó después. Esto parece sugerir que el aspecto hereditario de la diabetes es más preponderante en la aparición de la NIDDM. El medio ambiente (virus) jugaría un papel más importante en la gestión de la IDDM.

La Diabetes Mellitus es una de los desórdenes endócrinos más frecuentes en la niñez y adolescencia. En 1973 13 niños por cada 10,000 menores de 17 años padecen diabetes. Estimamos entonces, que aproximadamente 86,000 de los 66 millones de niños menores de 17 años en los Estados Unidos han sido diagnosticados con diabetes.

La incidencia de diabetes es mucho más alta dentro de sociedades industrializadas. La facilidad de atención médica y de pruebas de laboratorio sugieren que estos puedan contribuir a la detección y diagnóstico de la enfermedad.

El estudio de 624 casos de IDDM realizado en la Joslin Clinic (Joslin Diabetes Center) demostró que la incidencia de diabetes en los niños aumentaba si estos eran hijos de madres mayores. Esto era mucho más marcado en aquellas familias numerosas, en las cuales el niño afectado con diabetes solía ser el número 5 ó 6. La aparición de la diabetes se debía más a la edad de la madre, que a el lugar que ocupaba el hijo en el orden de nacimiento. Inclusive en el afán de esclarecer la etiología de la diabetes se a sugerido que los aditivos contenidos dentro de los alimentos pudieran ser un factor preponderante en la aparición de la misma, este estudio se realizó en Islandia.

Obesidad.- Aproximadamente el 75% de los adultos que desarrollan diabetes son o fueron obesos. En el niño diabético la obesidad no es frecuente.

Sexo.- Es más frecuente en las mujeres después de los 45 años lo que hace suponer que la menopausia juega un papel muy importante.

Edad.- La incidencia aumenta con la edad.

Raza.- Ningún pueblo está exento de ella y las posibilidades de contraer la aumentan entre los matrimonios consanguíneos. Es más frecuente entre gente sedentaria y de posición elevada.

**Sintomatología.**- La Diabetes puede manifestarse abruptamente a raíz de un choque emocional importante. Se acompaña de una sed excesiva (polidipsia), una mayor necesidad de comer o hambre (polifagia). La falta de aprovechamiento normal de los glúcidos y la alteración del metabolismo en general de la grasa y proteínas ocasionan pérdida de peso.

**Diagnóstico.**- La historia de los antecedentes familiares y la valoración de la sintomatología orientarán el diagnóstico. Se solicitan análisis clínicos y una Curva de tolerancia a la Glucosa.

**Tratamiento.**- Se Divide en tres partes:

- 1) **Higiénico** .- Se instruye a los familiares y al enfermo acerca de su enfermedad y se pide que practique algún deporte.
- 2) **Dietético** .- La regulación de las grasas, proteínas e hidratos de carbono, van a constituir la base de la dieta, que es lo más importante.
- 3) **Medicamento.**- Hipoglucemiantes Orales: Los que están contraindicados en los casos de Diabetes inestable, Acidosis y Coma, - Diabetes Complicadas, Diabetes con más de cinco años de evolución y en la que se requerirán más de 40 unidades de insulina.

**Insulina.**- De acción rápida, de acción lenta y de acción intermedia.

Esta clasificación se basa en múltiples criterios, entre los que destacan: la edad de inicio y las características bioquímicas.

DIABETES JUVENIL O INFANTIL.- Se presenta en las etapas de crecimiento hasta los 15 años, es inestable y de difícil control IDDM.

DIABETES DEL ADULTO.- NIDDM

PRONOSTICO.- Este se basa en los siguientes puntos:

- a) Época de aparición. Entre más joven el pronóstico es peor.
- b) Tiempo de evolución.
- c) Cooperación del enfermo en su tratamiento.
- d) Respuesta a la terapia empleada.

El programa terapéutico debe ser integral manejando los factores primordiales en el manejo de la diabetes que son: la inyección de la dosis adecuada de insulina, un plan de ejercicio constante y la observación de la dieta. El plan alimenticio que se desarrolle debe ser acorde a la edad del joven, tanto en cantidad de alimentos como en el número de veces que va a comer al día.

Antiguamente el plan alimenticio incluía una dieta muy estricta y con poca flexibilidad tanto en el horario como en la ingestión de calorías; sin embargo en los últimos años se ha contemplado la posibilidad de llevar un régimen más flexible que le permite al joven comer según los hábitos de su familia y los suyos propios contemplando por supuesto su apetito y el consumo de calorías por día, de tal manera que muchos médicos han permitido a sus pacientes adolescentes comer de todo lo que en su casa comen (exceptuando azúcares, dulces y postres), consumiendo varios (refrigerios) durante sus horas de trabajo o ejercicio para prevenir hipoglucemia y utilizar la dosis de insulina adecuada para sus necesidades. Esta manera de

llevar el control, contempla que el diabético que no se encuentra tan presionado por un sistema rígido de alimentación, libera a su organismo de una fuerte carga emocional y esto lo ayuda a mantener niveles de glucosa - más bajos que aquellos jóvenes que aunque llevan una dieta más estricta - sus niveles se ven afectados por la rigidez de la misma. Tanto una como - otra teoría tienen algo de razón, aunque no se ha visto que una sea mejor - que la otra, ya que desafortunadamente la complejidad del sistema metabóli - co en el paciente diabético aunado a la multiplicidad de los distintos - nutrientes contenidos en los alimentos hacen que el control "libra" por - parte del paciente sea muy difícil.

Con mucha frecuencia el exceso en comer es uno de los problemas más - graves entre los adolescentes diabéticos. Este sobre-comer comienza con un requerimiento tremendo de calorías por parte del adolescente activo diabéti - co o no diabético. Los varones parece que no engordan, sin embargo esto - no sucede en las mujeres que en la mayoría de los casos sí suben de peso. Aunado a esto algunos jóvenes tratan de provocar a sus padres que "no hay nada malo" en ellos. El consumo de grandes cantidades de comida, particu - larmente de carbohidratos es utilizado para probar este punto.

Una discusión abierta y buenos consejos encaminados para tratar un - plan integral de alimentación son los puntos básicos en la prescripción de la dieta a seguir por parte del adolescente. Otro factor importante a - considerar en la sobre-comida por parte del joven, es el miedo a la hipo - glicemia, complicación muy frecuente en el adolescente. Las celebraciones, las fiestas y los cumpleaños son ocasiones en las cuales la sobre-comida - se da en todas las casas, por ello estos días son de extrema dificultad - para el niño o el joven diabético. Esta inhabilidad de participar del dia - bético en ocasiones como ésta le causa mucho resentimiento, por lo cual se

ha encontrado mejor el planear esos días permitiendo el aumento de comida en ocasiones especiales. (A)

Ya que el presente trabajo se basa en la investigación realizada en adolescentes diabéticos, el término de diabetes que utilizaremos en lo futuro se refiere a la diabetes tipo I o Juvenil.

FACTORES PSICOLOGICOS DENTRO DE LA DIABETES. Burch y Phillips clasifican los problemas psicológicos en la siguiente forma:

1. Factores psicologicos como precipitantes o desencadenantes de la Diabetes.
2. Factores psicologicos intimamente ligados con el tipo de evolución.

3.7 ADOLESCENCIA (12 A 16 AÑOS). El desarrollo del adolescente es de por sí tumultuoso, el joven se esfuerza por establecer una identidad. Durante este proceso el adolescente se desprende gradualmente de la satisfacción de haber sido niño y mira hacia adelante con ansiedad y expectación el tiempo en que será autosuficiente. Muchos adolescentes sienten que tanto el diagnóstico como el tratamiento de su diabetes los separa de sus padres. Durante éste periodo el cuerpo sufre generalmente de cambios físicos muy importantes. Muchos adolescentes con diabetes son especialmente vulnerables en este sentido sintiéndose menos en comparación con aquellos que no lo son. El juntarse con los amigos, beber alcohol o ingerir droga es una manera de querer lograr la aceptación social y demostrar su similitud a los amigos.

El adolescente normalmente tiende a reaccionar con miedo y confusión ante su creciente interés sexual. La tarea de calmar esta ansiedad y de disminuir la distorsión de fantasías en el adolescente acerca de la relación de la diabetes con la sexualidad no es nada fácil. Los adolescentes son sobre todo muy reservados para platicar sus pensamientos sexuales a otros y sobre todo a los adultos. Otro aspecto importante en la aparición de la sexualidad adolescente es la molestia que les causa la relación directa de los padres con su cuerpo: por ejemplo el que los padres les apliquen la inyección de insulina, que les pidan muestras de orina para efectuar un chequeo de azúcar en ella, de tal manera que para evitar roces que provoquen molestias en el joven y sentimientos de vergüenza, los padres deberán de actuar con gran discreción tratando en lo posible por minimizar el contacto físico.

El esfuerzo del adolescente hacia su IDENTIDAD gira alrededor de la dependencia hacia la familia. Los jóvenes se ven tentados a vivir por ellos mismos los límites del peligro de su condición para así confrontar personalmente la realidad de su diabetes. Con frecuencia el régimen diabético en la percepción del adolescente es asociado con el mundo de los padres y de la autoridad. En el descuido de su manejo, el adolescente trata de librarse de los antiguos "valores" y buscar una identidad personal. Ya que en estos casos el joven se aleja de sus padres, es recomendable que entre él y el médico que lo atiende exista una relación de confianza y amistad, ya que el médico será visto como alguien que no le va a criticar y al que se puede confiar. Para esto será necesario decir a los padres que las visitas que se hagan al médico deberán ser en lo posi

ble sin la presencia de los padres permitiendo así formar el lazo de unión y confianza entre el paciente y el médico. El médico que ha estado en contacto con el paciente y su familia será el indicado en determinar si la conducta del adolescente es solo una fluctuación normal del periodo de "prueba" por el que atraviesa o bien, se sale de ella y su conducta puede ser tachada como auto-destructiva. En este caso la intervención del psiquiatra o de alguna otra psicoterapia tanto para el joven como para su familia van a ser necesarias para prevenir las complicaciones que puedan derivarse de ese tipo de conducta.

Se ha establecido, experimentalmente, que la manipulación psicológica intencionada, de un diabético por psiquiatras, lleva a la elevación de la concentración sanguínea de glucosa, pero particularmente de cetonas, y que con el empleo de técnicas psiquiátricas estos niveles, descenden a los basales. Los resultados anteriores se desprenden como resultado obvio de la repercusión que tiene el Stress en el metabolismo de la glucosa, ya que al inducir una situación stresante hay la necesidad de un mayor requerimiento orgánico de insulina. (B)

El estado emocional del sujeto, como podemos observar, es vital para un buen o mal control de la enfermedad y puede en un momento dado significar la diferencia en la aparición y/o gravedad de aparición de síntomas y complicaciones. Dado que así como intervienen en la cetoacidosis, puede en otras circunstancias, una mala disciplina provoca complicaciones hipoglucémicas. En la cual el sujeto siente sensoperceptualmente características tales como: palidez, dolores de estómago, cambios de carácter, falta de



atención y concentración, somnolencia y, si no es corregida la falta de -  
 azúcar, sobreviene al igual que en el ataque cetoacidótico, un estado de -  
 coma. Resumiendo, las causas comunes que originan estas complicaciones, -  
 nos habla de las limitaciones que por toda su vida, debe someterse el niño  
 o joven diabético, a saber:

- 1.- Una dieta estricta en horario, cantidad y tipo de alimentación.  
 Puesto que el no comer o tomar los alimentos más tarde de lo acostumbrado tiene como consecuencia los síntomas hipoglucémicos, y si por lo contrario hay exceso de comida o carbohidratos, favorece la aparición de síntomas cetoacidóticos.
- 2.- La inyección diaria y regulada de insulina. La carencia de inyección lleva a la cetoacidosis y el exceso de insulina al ataque hipoglucémico.
- 3.- Necesidad de análisis diarios de orina. Para determinar glucosuria (azúcar en la orina), y saber así el requerimiento insulínico así como detectar presencia de cuerpos cetónicos (cetonuria).
- 4.- Análisis periódico de sangre para determinar nivel de azúcar en sangre (glicemia).
- 5.- Control de la cantidad de ejercicio necesario para el metabolismo de azúcar, e inherente en nuestros sujetos niños y adolescentes, su ausencia favorece la hiperglicemia, y un exceso a la hipoglicemia.
- 6.- La necesidad de un riguroso y periódico médico que refuerza la nominación de "Enfermo".

Aunque los efectos que tiene el tratamiento (dieta, ejercicio, vigi -

lancia), tienden a "limitar" el manejo de la circunstancia debe evitar el reforzamiento de "enfermo". Esto es labor de médico y de la familia, y si es el caso de la participación de la Trabajadora Social, la Maestra (o), o bien del terapeuta. En sí, no podríamos hablar de la responsabilidad de una sola persona, ya que es labor de equipo el dar este sentido al padecimiento.

### 3.8 DIABETES EN EL CONTEXTO PSICOSOCIAL: LA REPERCUSION EN LA AUTOESTIMA

En las páginas anteriores, hemos tratado de explicar tanto las causas físicas o químicas que pueden desencadenar la diabetes así como sus consecuencias dentro del propio cuerpo del enfermo, o sea estrictamente a nivel fisiológico. Es de suma importancia destacar tanto los aspectos biológicos sociales y psicológicos que influyen en la calidad y tiempo de vida de una persona con diabetes. El mejor entendimiento del aspecto total: bio-psicosocial de cualquier enfermo crónico debe necesariamente completar un mejor tratamiento.

Diversidad.- Las personas con diabetes pertenecen a un grupo tan diverso, que puede incluir a miembros de ambos sexos, en cualquier nivel de salud y con los más distintos modos de vida; esta diversidad se auna al factor de que la diabetes puede ocurrir en cualquier etapa de la vida, desde la infancia hasta la vejez y además no desaparece nunca.

Estudios retrospectivos de niños con diabetes efectuados en su adultez indican que, tanto en el aspecto psicosocial como en el cognitivo muchos van a superar a sus padres no diabéticos. Pese a esto, muchos padres de los diagnosticados con diabetes frecuentemente reaccionan con

shock y desesperanza. Esto se acompaña de ansiedad, un sentimiento de inutilidad y un hondo pesar por el niño a quien creían sano. Este saber de los padres de que su hijo puede morir prematuramente o bien quedar incapacitado tiende a aumentar los sentimientos de los padres de que han hecho algo malo. Los padres tratan de esconder sus miedos y frustraciones ya sea frente al hijo con diabetes o bien en los otros hijos.

Como se ha mencionado con anterioridad es precisamente en ese momento de su vida en el que necesita sentirse confiado, con suerte e indestructible, el inicio de la diabetes lo confronta con su "mala suerte" y su vulnerabilidad.

La persona que se encuentra bajo un constante stress tiende a percibir una auto-imagen confusa. Esta auto-imagen modificada y las defensas que el adolescente desarrollará cuando se le diagnostica como diabético, tienden a persistir; y se les podrá observar en años adelante, como cuando implantan o imposibilitan la separación de personas de importancia, utilizando la negación, supresión, formación reactiva y defensas contrafóbicas.

Necesitamos entender los mecanismos a través de los cuales la diabetes afecta el desarrollo de una persona en cuanto a su autoestima, imagen corporal y también en su habilidad para vivir y gozar de la vida, convivir con otros, establecer límites, renunciar, identificarse, hacer proyectos y dar rienda suelta a su imaginación y creatividad.

Todo esto sucede especialmente en aquellas personas que desarrollan diabetes antes de los 17 años (en los U.S.A. equivalen al 8% de la población diabética). Hauser y Jacobson, están llevando a cabo un estudio longitudinal en adolescentes diabéticos y sus familias, comparándolos en su desarrollo con adolescentes sin diabetes. Los primeros resultados sugieren -

que la diabetes puede frenar en el adolescente su desarrollo psicológico, más marcado en los varones que en las mujeres. Estos parecían estar más preocupados por la aceptación y el status y menos por su madurez, conciencia de sí mismos, individualidad, factores que parecían interesar más a los adolescentes normales.

Aunque no es el propósito del presente estudio, es preciso recordar la importancia de la familia en el desarrollo y el buen manejo de la enfermedad. Los jóvenes diabéticos necesitan de sus padres principalmente, ya que de ellos van a aprender, de ellos van a emerger y a ellos van a poder preguntar y regresar si es necesario; en su arduo camino para formarse como individuos y poder salir al mundo de los demás. Muchos estudios indican que la madre es la persona más involucrada en la coordinación del cuidado del diabético. (C)

Las circunstancias y actitudes de la familia conforman tanto la salud como el desarrollo psicosocial en aquellos diabéticos juveniles, jugando un papel mucho más importante que la edad en la que se diagnostique la diabetes. El inicio de la diabetes crea en la familia una crisis; marca dos nuevas responsabilidades: una es el manejo de la diabetes en sí, y la segunda, como va esta a afectar la coexistencia con la familia y esto de alguna manera complica el curso del desarrollo psicológico del adolescente.

Al parecer se ha encontrado que los 17 años es una edad muy importante. A la edad de 17 años y hasta los 20 años, los jóvenes sin diabetes usualmente se "desencantan" de los padres, que por lo demás ya no pueden

protegerlos de ese mundo de fuera, al que ellos miran con gran expectativa e interés, mismo al que se van adentrando en compañía de sus padres. Lo que ha llegado a suceder es que el manejo inadecuado del diabético que se ve mucho en el adolescente lo lleva muchas veces a buscar los beneficios de un buen manejo de su enfermedad que lo hace sentir bien físicamente y resignarse a poder romper el "cordón familiar". De hecho parece que los 17 años es la edad en la que el joven logra formarse una representación de sí mismo, y empieza a aceptarse como diabético y a reconocer sus implicaciones. Este proceso se completa aproximadamente a la edad de 35 años.

- 3.9 STRESS Y DIABETES. Idealmente, para minimizar las fluctuaciones de la glucosa en sangre, el paciente no solo deberá mantener un balance adecuado en su medicación, dieta y ejercicio, sino también deberá reguardarse de estar en "stress". Las situaciones interesantes y los distintos estados psicológicos en una persona con diabetes pueden llevarlo a producir cambios muy considerables en los niveles de hormonas circulantes y de esto a la desviación de un nivel normal de glucosa en sangre a uno muy por arriba de lo esperado aun estando bajo tratamiento insulínico, en dieta, haciendo ejercicio, etc. Estas hormonas a las que nos referíamos en los párrafos anteriores incluyen cortisol, catecolaminas, glucógeno, la hormona de crecimiento, entre otras. Los cambios más comunes debido a el stress pueden verse en problemas en la menstruación, infecciones, fiebre, lesiones.

HISTORIA DE LA DIABETES MELLITUS

|      |      |                         |                |  |
|------|------|-------------------------|----------------|--|
| 1500 | A.C. | EGIPTO                  | PAPIRO EBEREST | Descripción de algo-<br>semejante a la -<br>Diabetes.                                    |
| 300  | A.C. | CHINA<br>INDIA<br>JAPON |                | Descripción en docu-<br>mentos que podrian -<br>corresponder a DM, -<br>orina dulce.     |
| 1000 | A.C. | AVICENNA                |                | Habla de la gangrena -<br>como una complica -<br>ción del padecimien-<br>to.             |
| 1674 | D.C. | WILLIS                  |                | Acuña el término -<br>Mellitus que viene -<br>de miel.                                   |
| 1921 | D.C. | F. DANTING<br>CH. BEST  |                | Descubren la utiliza-<br>ción de la insulina-<br>para el tratamiento-<br>de la diabetes. |

FIGURA NO. 2

HEMOGLOBINA GLUCOSILADA

NORMAL:

Hemoglobina  
15 gr./100 ml

Glucosa  
100 mg/dl

Hemoglobina Glucosilada  
4-5%

DIABETES CONTROLADA:

Hemoglobina  
15 gr./100 ml

Glucosa  
300 mg/dl

Hemoglobina Glucosilada  
15%

FIGURA NO. 3

ETIOPATOGENIA: Modelo Conceptual Vigente

Sensibilidad (propensión)  
genética

Factores Medio Ambientales

Respuesta Inmune

Infección Viral asociado HLA DR3 HLADRA

Células DM

TABLA 2

PRINCIPALES ALTERACIONES FISIOPATOLÓGICAS DE LA DIABETES MELLITUS Y SU CORRELACION CLÍNICA Y DE LABORATORIO.

|  | Alteraciones Metabólicas      | Laboratorio                  | Cuadro Clínico                          |
|--|-------------------------------|------------------------------|---|
|  | Acción insulínica deficiente. |                              |   |
|  | Utilización de glucosa        | -----                        | Polifagia                               |
|  | Gluconeogenesis.              |                              |   |
|  | Hiperglucemia                 | Hiperglucemia<br>Glucosuria  |   |
|  | Diuresis Osmótica             | -----                        | Poliuria                                |
| Lipolisis                                | -----                         | Acidos grasos libres         |   |
|  | Deshidratación                | -----                        | Polidipsia                              |
|  | Hipovolemia                   | Vol. _____<br>Plasmático     | Hipotensión arteria                     |
| Cuerpos cetónicos                        |                               | Cetonemia _____<br>Cetonuria | Aliento cetónico                        |
| Acidosis                                 | CO y PH en<br>2               | sangre _____                 | Hiperventilación<br>vómitos (Kussmaul). |
| Alteración del Sistema Nervioso Central. | -----                         |                              | Estupor - coma                          |
|  | Filtración glomerular         | -----                        | Oliguria-anuria.                        |

\* Fuente: Dr. César Chavarría Bonequi. Diabetes Mellitus en el niño y el Adolescente. (Edit. Asociación de Médicos del Hospital Infantil de México, Impresiones modernas, sin fecha).

TABLA 3  
 CARACTERISTICAS DE LA DIABETES JUVENIL Y DEL ADULTO  
 (DIFERENCIAS PRINCIPALES)\*

|  |  |   |
|--|--|---|
| CARACTERISTICAS  | .DIABETES DE TIPO JUVENIL<br>.DEPENDIENTE DE INSULINA  | . DIABETES DE TIPO ADULTO NO<br>. DEPENDIENTE DE INSULINA.  |
| EDAD   | .CUALQUIER EIAAD, AUNQUE GENE-<br>.RALMENTE ENTRE LOS 5-14 AÑOS                                  | . CUALQUIER EIAAD, AUNQUE GENE-<br>.RALMENTE ENTRE LOS 40 Y 59<br>. AÑOS.   |
| FORMA DE PRESENTACION                                      | .BRUSCA  | . LENTES Y NO RARAS VECES LOS<br>. SINTOMAS SE ATRIBUYEN A<br>. OTRAS ENFERMEDADES  |
| SINTOMAS   | .ORINA FRECUENTEMENTE, TOMAR MUCHA<br>.AGUA APETITO VARIABLE Y PERDIDA<br>.RAPIDA DE PESO.       | . LO MISMO DE LA JUVENIL PERO<br>. NO RARAS VECES NINGUNA<br>. MOLESTIA   |
| HISTORIA FAMILIAR  | .COMUNMENTE POSITIVA   | . COMUNMENTE POSITIVA   |
| CRECIMIENTO DEL HIGADO                                     | .COMUN   | . POCO COMUN  |
| ESTABILIDAD Y CONTROL                                      | .GENERALMENTE DIFICIL  | . GENERALMENTE FACIL  |
| COMAS DIABETICOS<br>(HIPOGLICEMIAS)                        | .MAS FRECUENTES  | . POCO FRECUENTES   |
| NIVELES DE INSULINA<br>EN SANGRE                           | .AUSENTES  | . PRESENTES   |
| COMPLICACIONES<br>CIRCULATORIAS Y<br>CAMBIOS DEGENERATIVOS | .PUDIERAN PRESENTARSE DESPUES DE<br>.15 O MAS AÑOS DE TENER DIABETES<br>.PERO NO TODOS LOS CASOS | . FRECUENTES MAS TEMPRANAMEN-<br>.TE PORQUE ES DIFICIL EL<br>. INICIO DE LA ENFERMEDAD  |
| DIETA  | .OBLIGATORIA PARA TODOS LOS<br>.PACIENTES  | . OBLIGATORIA, PUEDE SER LA<br>. DIFERENCIA EN NECESITAR<br>. INSULINA O PASTILLAS.   |
| NECESIDAD DE INSULINA                                      | .PRACTICAMENTE EN 100% DEPENDEN DE<br>.INSULINA PARA VIVIR.                                      | . UN 10% ES IGUAL QUE LOS<br>. JUVENILES Y ALREDEDOR DE<br>. UNA CUARTA PARTE NECESITAN<br>. INSULINA PARA UN MEJOR<br>. CONTROL. |

\* Fuente: Dr. Alberto Solano Sánchez  
 Diabetes (1a. Edición. Guadalajara: Ed. U.A.G. 1977).



TABLA 4

## SECUENCIA EN ACIDOSIS DIABETICA (COMA DIABETICO) \*

## A) ABANDONO DE TRATAMIENTO

Diabético insulino-dependiente que decide no inyectarse insulina ni seguir dieta. O bien en estado de angustia

## B) HIPERGLICEMIA (Exceso de azúcar en la sangre)

Las células no pueden utilizar el azúcar de la sangre a pesar de que se encuentra elevada y además, el hígado produce grandes cantidades de azúcar pasan a la sangre.

## C) HIPERLIDEMIA (Exceso de grasas)

Las grasas del organismo se queman a gran velocidad para proporcionar energía a las células y pasan a la sangre grandes cantidades de grasa que luego se dirigen al hígado para formar ácidos.

## D) CETOGENESIS (Formación de Cuerpos - Cetónicos).

Los ácidos grasos elevados no los pueden utilizar el organismo y por lo tanto el hígado forma los ácidos llamados genéricamente cuerpos cetónicos que intoxican la sangre ocasionando una acidosis de origen diabético.

## E) SINTOMAS EN ETAPAS INICIALES

- a) Se agudizan los síntomas de diabetes.
- b) Aparecen 4+ (cuatro cruces en la cinta reactiva) de azúcar en orina.
- c) Aparecen cuerpos cetónicos fuertemente positivos en orina.
- d) Náuseas, vómitos y dolor abdominal.
- e) Respiración agitada como sed de aire.
- f) Somnolencia.

## F) SINTOMAS EN ETAPAS TARDIAS.

- a) Deshidratación severa.
- b) Trastornos variables de la conciencia hasta el coma profundo.
- c) Estado general grave.

\* FUENTE: Dr. Alberto Solano Sánchez. Diabetes. (1a. Edición. Guadalajara: Ed. U.A.G. (1979).

## ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DIABETES MELLITUS JUVENIL I.D.D.M.

|                  | PADRES  | NIÑO   | SIGUIENTES ASPECTOS  | PADRES   |   |
|------------------|---|--|--|--|---|
| Debé             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Shock, negación.</li> <li>enojo, culpa</li> <li>depresión.</li> <li>Afecta la</li> <li>capacidad para</li> <li>comprender el</li> <li>regimen</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Responde con</li> <li>aumento de</li> <li>tensión y</li> <li>malestar</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Relaciones confiables.</li> <li>Interacciones con los</li> <li>padres acerca de la</li> <li>comida.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Dificultad para</li> <li>diferenciar las re-</li> <li>acciones hipoglicé-</li> <li>micas de la angus-</li> <li>tia "normal". El</li> <li>monitoreo de la</li> <li>enfermedad vivido</li> <li>como "abrumador".</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Constante disponi-</li> <li>bilidad del equipo</li> <li>médico.</li> </ul>   |
| Niño             |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Regresión</li> <li>motora y de</li> <li>lenguaje, así</li> <li>como en el</li> <li>entrenamiento</li> <li>de dejar el</li> <li>pañal</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasos tempranos hacia</li> <li>la autonomía. Frustra-</li> <li>ción, obstinación.</li> <li>Explora el ambiente sin</li> <li>emitir juicios.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Los berrinches del</li> <li>niño interfieren</li> <li>en distinguir las re-</li> <li>acciones insulini-</li> <li>cas, en inyector y</li> <li>tomar pruebas</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Selección de los</li> <li>sitios menos</li> <li>dolorosos para la</li> <li>inyección y toma</li> <li>de análisis.</li> </ul> |
| Pre-esco-<br>lar |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Regresión en</li> <li>el desarrollo</li> <li>de habilida-</li> <li>des y conduc-</li> <li>la social.</li> <li>Probable</li> <li>aumento de la</li> <li>dependencia.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Intensa preocupación</li> <li>sobre la fuerza corpo-</li> <li>ral "intacto". Puede</li> <li>ver el manejo de la</li> <li>diabetes como "castigo".</li> <li>Temor hacia las inyec-</li> <li>ciones y toma de análi-</li> <li>sis como si fueran</li> <li>heridas causados hacia</li> <li>su cuerpo.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>El humor normal es</li> <li>confundido facil-</li> <li>mente con reaccio-</li> <li>nes hipoglicémicas.</li> </ul>   |   |
| Edad<br>escolar  |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Depresión,</li> <li>Regresión.</li> <li>Distanciamien-</li> <li>to de activi-</li> <li>dades sociales.</li> <li>y deportivos.</li> <li>Afección en</li> <li>el rendimien-</li> <li>to escolar.</li> <li>Conciencia de</li> <li>los factores</li> <li>genéticos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Curiosidad. Desarrollo</li> <li>de habilidades motoras,</li> <li>intelectuales y socia-</li> <li>les. El apego a la</li> <li>familia desliza gradual-</li> <li>mente hacia los pares.</li> <li>Sensación de sentirse</li> <li>"adecuado"</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Apoio al control</li> <li>personal. Reconoci-</li> <li>miento de las</li> <li>reacciones hipoglicé-</li> <li>micas. Participa-</li> <li>ción en la planea-</li> <li>ción de la dieta.</li> <li>Ayuda en las prue-</li> <li>bas de sangre.</li> <li>Supervisar todas</li> <li>las actividades.</li> <li>Dejar pasar alguna-</li> <li>dosis de insulina.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Comienzo de visitas</li> <li>del niño solo al</li> <li>consultorio.</li> </ul>   |
|                  |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Presadumbre</li> <li>asimilar a la</li> <li>del adulto.</li> <li>Reconocimiento</li> <li>de las implica-</li> <li>ciones de la</li> <li>diabetes y sus</li> <li>complicaciones.</li> <li>Concentración</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Formación de la identi-</li> <li>dad. Intensa conciencia</li> <li>del cuerpo. Identidad</li> <li>sexual. Lucha con los</li> <li>padres, autoridades y</li> <li>un desafío constante</li> <li>acerca de su dependen-</li> <li>cia.</li> <li>Conciencia a "medirse"</li> </ul>                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Experimentación:</li> <li>omisión de insulina.</li> <li>no seguir dieta,</li> <li>en situaciones</li> <li>extremas y K.A..</li> <li>Recorrente lo que</li> <li>indica ayuda</li> <li>psiquiátrica. Dis-</li> <li>creción necesaria.</li> </ul>  |   |

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>. del factor</li> <li>. genético.</li> <li>.</li> <li>.</li> <li>.</li> <li>.</li> <li>.</li> <li>.</li> <li>.</li> <li>.</li> <li>.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>. con sus pares, la diabe.</li> <li>. tes puede hacerlo</li> <li>. sentirse menos.</li> <li>.</li> <li>.</li> <li>.</li> <li>.</li> <li>.</li> <li>.</li> <li>.</li> <li>.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>. en el contacto</li> <li>. físico. Información.</li> <li>. sexual y beneficios.</li> <li>. en la diabetes.</li> <li>. Todavía en conjunto.</li> <li>. es necesario la</li> <li>. supervisión del</li> <li>. adulto y su involu</li> <li>. cramiento.</li> </ul> |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>.</li> <li>.</li> <li>.</li> <li>.</li> <li>.</li> <li>.</li> <li>.</li> <li>.</li> <li>.</li> <li>.</li> <li>.</li> </ul>                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Disminución de las</li> <li>. ligas emocionales con</li> <li>. la familia. Desarrollo</li> <li>. profesional. Compromiso</li> <li>. interpersonal. Conciencia</li> <li>. de las posibles</li> <li>. complicaciones de la</li> <li>. diabetes y su efecto en</li> <li>. objetivos futuros.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>. El joven es respon-</li> <li>. sable del manejo de</li> <li>. su diabetes.</li> <li>. Comparte informa</li> <li>. ción con otros.</li> <li>.</li> <li>.</li> <li>.</li> <li>.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Mantenimiento de</li> <li>. una buena relación</li> <li>. como preparación</li> <li>. para posibles</li> <li>. complicaciones</li> <li>. futuras.</li> <li>.</li> <li>.</li> <li>.</li> </ul> |

JOSLIN'S DIABETES MELLITUS

**CAPITULO IV**  
**A D O L E S C E N C I A**

- 4.1 RECETA PARA UN ADOLESCENTE**
- 4.2 CONCEPTO DE ADOLESCENCIA**
- 4.3 DEFINICION Y ENFOQUES**
- 4.4 CAMBIOS FISICOS Y PSICOLOGICOS EN LA ADOLESCENCIA**
- 4.5 CRECIMIENTO O CAMBIO PSICOLOGICO**
- 4.6 CRISIS SEXUAL**
- 4.7 CRISIS FAMILIAR**
- 4.8 CRISIS SOCIAL**
- 4.9 CRISIS DE IDENTIDAD**

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

#### 4.1 RECETA PARA UN ADOLESCENTE

Tome un hijo ... Cuidadosamente mida cantidades iguales de guía paterna y de descuido benigno, añádale cantidades desconocidas de influencia de amigos y de rivalidad fraternal.

Enmantequillo ocasionalmente, acarícielo con regularidad, sacúdalo rara vez y obsérvelo atentamente.

Espolvoréelo con cantidades generosas de valores morales.

Cocínelo a fuego lento sin que ninguno de ustedes se altere. No lo cuide en demasía y en ocasiones permítale que se cueza en sus propios jugos.

Déjelo levantarse al máximo mientras aún conserva la tapadera puesta.

Después de 13 ó 14 años confie que tenga calor, madurez que esté bien sazonado y a punto.

Cóbralo con un aderezo apropiado  
Sírvalo y compártalo orgullosamente  
con amigos y familiares.

Anónimo.

Con la evolución de la ciencia y de los estudios más profundos acerca de lo que significa adolescencia, sabemos que no se trata de un período se parado del resto de la vida, ni que toda la problemática de ésta se centra en los cambios fisiológicos, los cuales además de tener una importancia crucial no son únicos, de ser así podríamos hablar de una adolescencia universal igual o muy parecida en todas las civilizaciones, pero no es así. En estudios donde se relaciona la madurez sexual con las tensiones y perturbaciones de esta etapa del desarrollo, éstas persisten aún después de haberse completado la maduración sexual. Así mismo los descubrimientos de la Antropóloga Margaret Mead nos hablan de una adolescencia totalmente distinta, que es la que ella ha estudiado en tribus aborígenes, en donde la demanda de la sociedad hacia ellos es muy diferente a la de nuestra cultura.

Por esto es importante relacionar que los cambios, las expectativas y metas de nuestros adolescentes está de manera determinante circunscrita a las demandas de su ámbito social.

Si bien lo anterior es cierto, quisieramos remarcar que las características del adolescente mexicano, si bien van a tener connotaciones muy similares a los de otros países van a estar enmarcadas dentro del desarrollo histórico, social, cultural y económico del país.

Dentro de esto se van a dar diferencias de acuerdo a la clase social y subculturas que esté conformado. México es un país capitalista y subdesarrollado, es lo que se dice una sociedad de alto riesgo. En las grandes ciudades, la adolescencia toma aspectos muy peculiares ya que ha medida

que aumenta el desarrollo industrial, la adolescencia se vuelve más conflictiva.

Los pacientes con diabetes Tipo I o insulino dependientes tienen que cumplir con estricto régimen para controlar su diabetes. Esta observancia en las más de las ocasiones se vuelve pobre durante la adolescencia debido a la influencia de los padres. La mayoría de los adolescentes aparentemente saben como controlar su condición pero carecen del deseo y empuje para seguirlo.

Investigaciones relativas al desarrollo del concepto de enfermedad en los niños (Bibace y Walsh 1981, Campbell 1975, Simeonson al 1979, Neuhauser 1978,) han sido de gran utilidad para demostrar la progresión en la conceptualización del niño acerca de lo que significa "enfermedad", paralela a los estados de razonamiento acerca del mundo físico propuesta por Piaget 1930. De esto se desprende que el adolescente puede y de hecho imagina y sueña constantemente con su futuro y por esto también puede ya entender el significado de un pronóstico pobre. (Como lo puede ser su enfermedad). No podemos saber el costo emocional a los beneficiados que pueden tener este entendimiento.

Viendolo de un lado positivo debiera ser, que entre mejor informado esté el paciente deberia participar más de lleno en el tratamiento diario y así prepararse para un mejor futuro; sin embargo dentro de él deben existir miedos y preguntas, dudas.

Dadas las características del adolescente perse, más las que debe

cumplir o se espera que haga con respecto a su condición, se ha visto que adolescentes diabéticos presentan un alto riesgo para desarrollar problemas psicológicos y de desarrollo. Estos problemas pueden afectar el control metabólico y el curso total de la enfermedad.

- 4.2 CONCEPTO DE ADOLESCENCIA. La adolescencia es considerada como uno de los periodos únicos en la vida de un individuo, los motivos para considerar esta etapa una de las principales, son los cambios físicos y las reacciones psicológicas que se producen.

La psicología académica destaca la dolorosa autoconciencia del joven durante esta etapa adolescente, la preocupación por su identidad y por el lugar que ocupa en el mundo. De tal manera que podríamos llamar a este periodo de "tormenta".

Durante la adolescencia el individuo siente una imperiosa necesidad de ser aceptado y comprendido más que en ninguna otra etapa de su evolución. Por ser una etapa de transición, es una etapa difícil: la compleja conducta del adolescente desconcierta a los adultos en todas las épocas.

Por lo tanto se pretende en el siguiente subcapítulo dar un panorama general de los cambios más determinantes característicos de esta etapa incluyendo el aspecto físico como el psicológico y conductual.

- 4.3 DEFINICION Y ENFOQUES. Existen gran variedad de definiciones y por lo mismo una gran polémica sobre la adolescencia; a tal grado que muchos autores dudan de la existencia del fenómeno, así como la posibilidad de generalizar



zar las características fundamentales a todas las poblaciones.

La pubertad es uno de los periódicos de la adolescencia en el cual se produce la maduración sexual. Pero esta no debe confundirse con la adolescencia, ya que esta incluye, tal como ahora la entendemos, todas las diferentes fases de maduración y no solamente la maduración física.

No se puede delimitar de manera exacta la edad en la que se dan las diferentes etapas puesto que estas difieren de persona a persona e incluso como lo anotamos anteriormente de lugar a lugar.

Algunos autores enfatizan el aspecto biológico, otros el psicológico o el social o bien la combinación entre todos, ya que la adolescencia se manifiesta en diversos dominios resultando pequeño el término para enmarcar la magnitud del fenómeno que esta representa.

La palabra adolescencia proviene del vocablo latino "adolescere" cuyo significado es "desarrollarse hacia la madurez", crecer hacia la madurez.

"Adolescencia es una integración de las tendencias parciales en la infancia, la centralización de la sexualidad genital y la búsqueda del objeto sexual fuera de la familia busca conscientemente su libertad y autonomía desprendiéndose de sus padres, pero inconscientemente desea permanecer como un niño protegido y dependiente" (Freud). (26)

Adolescencia es un período de transición en el cual el individuo pasa física y psicológicamente desde la condición de niño a la de adulto (Hurlock, 1984). Constituye una etapa significativa de transición en la

larga marcha hacia la madurez (Gesell, 1972). También se ve a la conducta adolescente como a la conducta en general, o sea, como el resultado de fuerzas culturales, sociales biológicas y físicas que actúan sobre el individuo al mismo tiempo que interactúan entre sí. (Powel, 1975)

Hellengstead la define como "el periodo de la vida de una persona durante la cual, la sociedad en que vive cesa de considerarle niño, pero no le otorga plenamente el estatuto de adulto, sus cometidos y sus funciones". Esta definición se centra básicamente alrededor del aspecto social y psicológico.

Para Erickson: "La adolescencia es una fase de conflictos acentuados que se resuelve por sí misma, contribuyendo a la estructura de la personalidad. Esta etapa corresponde a lo que él llama identidad vs. confusión de Rol. Con el fin de la infancia vendrá una revolución fisiológica que llevará a la maduración genital y a asumir los roles adultos. El adolescente está en busca de un nuevo sentido de continuidad y mismidad que debe incluir ahora los cambios ocurridos en él, por esto el peligro de ésta época es la confusión de rol ya que son inevitables las imágenes de roles futuros. (8)

Para Peter Blos (1975): La adolescencia es como: "La suma total de los intentos para ajustarse a la etapa de la pubertad, al nuevo grupo de condiciones internas y externas que confronta al individuo". (21)

Las etapas que se atraviezan son: Adolescencia Temprana, Adolescencia propiamente tal, Adolescencia Tardía y Postadolescencia.

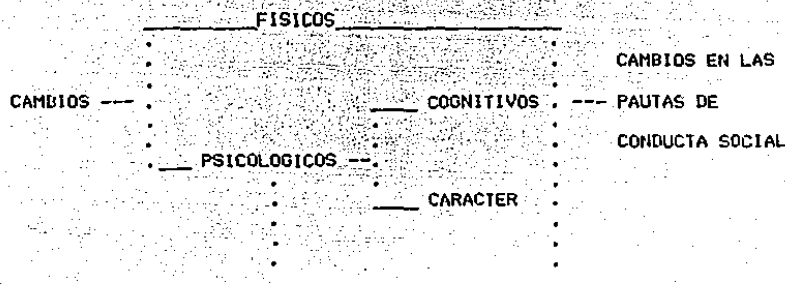
Para Armida Aberasturi: La adolescencia es un momento crucial en la vida del hombre y constituye la etapa decisiva de un proceso de desprendimiento como en el nacimiento. Dentro de ésta etapa el YO va a sufrir una integración completa, va a atravesar diversos grados de autoestima y va a tener una mayor carga de angustia. (23)

Resumiendo lo anterior tenemos: Para Blos (1967) dice que el carácter se origina en los conflictos, y que la formación del carácter y la adolescencia son sinónimos. En este período inicial el mantenimiento de una homeostasis psicósomática, se regulan las pautas de autoestimación. (A. Erich, 1958) se estabiliza la identidad yoica (Erickson, 1956) y se automatizan el umbral y las barreras para aceptar o rechazar estímulos externos. Esta función reguladora abarca el contener fluctuaciones afectivas dentro de un marco tolerable, incluyendo la depresión (Zetzel, 1964). Blos describe la adolescencia como una segunda individuación, ya que implica un nuevo romper los lazos infantiles con los objetos infantiles. Siguiendo esta línea encontramos que Lemeke dice: "La pubertad (período inicial de la adolescencia) es un segundo nacimiento".

Para fines didácticos, y en términos generales, podríamos enmarcar los períodos que comprende la adolescencia, según la clasificación de Hurlock, quien divide la adolescencia en tres períodos básicos.

|                                      |                 |
|--------------------------------------|-----------------|
| Preadolescencia .....                | de 10 a 12 años |
| Adolescencia (Período inicial) ..... | de 13 a 16 años |
| Adolescencia (Período final) .....   | de 17 a 21 años |

- 4.4 CAMBIOS FISICOS Y PSICOLOGICOS EN LA ADOLESCENCIA. Establecer el comienzo de la adolescencia es difícil porque la edad de la madurez sexual es muy variable.



La mayoría de las autoridades que han convenido en que es correcto situar su comienzo en o cerca del advenimiento de la pubescencia (del vocablo latino *pubertas*, que significa edad viril), que se inicia con el comienzo de la transformación del cuerpo infantil en el de un adulto y finaliza cuando la transformación se completa.

El término pubescencia comprende la gran variedad de cambios corporales que tienen lugar en relación con la maduración sexual del organismo humano.

Los cambios físicos que se dan durante este período no aparecen de la noche a la mañana, sino que se van gestando poco a poco. Sin embargo, estos cambios traen necesariamente en el individuo algunas repercusiones

de tipo psicológico: El Joven en este período hace una revisión de su auto imagen de su yo físico o de su imagen corporal. Para que el Joven pueda aceptar los cambios que en él se producen, debe estar preparado a experimentar los nuevos cambios de su organismo. Si el muchacho (a) ha sido orientado al respecto, la adaptación será mucho más fácil. Existe por otra parte lo que Hurlock llama "Ideal Infantil"; en algún momento todo niño se crea una imagen de cómo será cuando llegue a adulto. Desafortunadamente pocos llegan a este Ideal. De esta manera que cuando más lejos se encuentren de este ideal al terminarse el desarrollo de su cuerpo, tanta más perturbación y sufrimiento tendrán. Los rasgos que se desvían notoriamente de su ideal se convertirán en fuente de intensas preocupaciones.

Así mismo, el adolescente puede darse cuenta de que los cambios en su físico van a facilitar o hacer más difícil su grado de aceptación social. Si estamos hablando de un individuo ansioso o inseguro, será probable que dichas transformaciones le ocasionen más trastornos emocionales.

Para Hurlock, existen una serie de "fuentes de preocupación" en el adolescente, los cuales "proviene de la significación psicológica de los cambios orgánicos manifestados en ellos". (6)

Los cambios físicos se refieren a las transformaciones corporales internas y externas, ocasionadas por acción de las diferentes hormonas; con relación a la maduración sexual se considera que la hipófisis produce dos hormonas: la del crecimiento, que influye en la talla del sujeto, en especial de los miembros y que lleva en esta etapa a un crecimiento acelerado, y la hormona gonadotrópica que estimula las gónadas para que aumen -

ten de actividad y elaboren sus propias hormonas, que provocan cambios sexuales.

En la mujer, durante la pubertad, el desarrollo de los pechos es una de las primeras manifestaciones del comienzo de la maduración sexual, y se inicia antes de la aparición del vello púbico. El vello axilar aparece después de púbico, y habitualmente no lo hace hasta después de la primera menstruación.

El desarrollo de los órganos sexuales primarios (debido a los cambios hormonales) es de gran significación en el desarrollo físico de la adolescencia. Con frecuencia se supone, falsamente que el comienzo de la menstruación es un indicio de madurez física en la niña ha iniciado su proceso hacia la madurez sexual, y que la cantidad de hormonas producidas es suficiente para producir cambios en los ovarios que dan lugar al comienzo de la pubertad como inicio de la adolescencia.

#### Cambios en la adolescencia según el sexo.

##### NINAS

- Aparición de vello en el pubis
- Aparición de vello en las axilas
- Ligera aparición de vello en la cara
- Ligera aparición de vello en el cuerpo

##### NINOS

- Aparición de vello en el pubis
- Aparición de vello en las axilas
- Marcada aparición de vello en la cara
- Ligera aparición de vello en el cuerpo

- Leve crecimiento de la laringe
- Moderado cambio de voz

- Considerable crecimiento de la laringe
- Considerable cambio de voz

#### Cambios Físicos

##### NINAS

- Salida de los segundos molares
- Ligero aumento de grosor muscular
- Ensanche de caderas por acumulo de grasa
- Aumento de la transpiración y grasa en la piel
- Desarrollo de los senos
- Ningún cambio en la línea del cabello
- Ningún cambio en el grosor del cuello
- Funcionamiento de los ovarios
- Cambios de dtero

##### NINOS

- Salida de los segundos molares
- Considerable aumento del grosor muscular
- Ensanche de hombros
- Aumento de la transpiración y grasa en la piel
- Ligero desarrollo temporal de las mamas alrededor de pezones
- Retracción de la línea del cabello en las sienes
- Ensanche del cuello
- Crecimiento del pene y de los testiculos

Durante la adolescencia, los cambios de conducta tales como la agresión

vidad y la torpeza, están vinculadas con alteraciones fisiológicas (debido a los cambios hormonales). Además el concepto de sí mismo, y la imagen del cuerpo, están en relación directa en cuanto a poner al individuo en interacción con otras personas de la misma edad y en la búsqueda de su identidad. (24)

Los cambios psicológicos cognoscitivos se refieren al desarrollo intelectual que llega a su máximo en esta etapa; el pensamiento realiza operaciones formales, es decir, se tiene capacidad de pensamiento superior y de razonamiento más complejos; las habilidades llegan a su punto más alto, el aprendizaje adquiere sentido más allá de la simple memorización. (24)

#### 4.5 CRECIMIENTO O CAMBIO PSICOLÓGICO. El crecimiento emocional de cada individuo, es un proceso continuo hasta alcanzar la madurez.

En el período de latencia el desarrollo psicológico del niño va dominando gradualmente su realidad, por ello los cambios que se van dando son relativamente compatibles a las exigencias de su mundo real y de su propia conciencia. Por esto mismo la característica principal de la latencia es - el fortalecimiento del Yo.

Los objetivos del adolescente son confusos, su comportamiento es - impulsivo las más de las veces, lo cual irrita a los adultos que se preocupan por su adaptación social y también molesta al mismo adolescente.

El término "ambivalencia" podría enmarcar casi la totalidad de las - características de la conducta adolescente, la cual se mueve en un constan



te deseo energético de pensamiento y acción independiente, entremezclados - por necesidades insatisfechas de dependencia. Esta combinación de elemen - tos nos lleva a un resultado de conductos ilógicos, impredecibles y con - flictivos.

Las incertidumbres de la adolescencia y los conflictos sociales - conforman los ingredientes de la tensión emocional.

La intensidad, falta de consistencia, frecuencia en los cambios de - humor y la adquisición de Valores, serían las 4 categorías que enmarcan - las principales características de la emocionalidad de la adolescencia.

Debido a los cambios físicos y psicológicos que caracterizan a esta - etapa del desarrollo, teóricos de la materia y diversos psicólogos le han - llamado: Síndrome Normal de la Adolescencia y sus síntomas son:

#### 1.- BUSQUEDA DE SI MISMO Y DE LA IDENTIDAD.

Por lo general el adolescente busca la identificación con una figura - positiva pero en ocasiones se identifica con una negativa, pues pre - fiere ser eso a no ser nada. Pueden existir pseudoidentificaciones - que son expresiones manifiestas de lo quisiera o pudiera ser y que - tapan la identidad latente.

#### 2.- TENDENCIA GRUPAL.

El adolescente busca al grupo ya que es característico de uniformidad - y eso es lo que él busca. También busca al líder para someterse a él, - o bien erigirse como tal.

#### 3.- NECESIDAD DE INTELLECTUALIZAR Y FANTASEAR.

Necesidad utilizada como mecanismo de defensa para comprender su situación de "Pérdida Infantil".

#### 4.- RELIGIOSIDAD.

El intento de solución de la angustia que vive el Yo, provoca fluctuaciones extremas de la opinión sobre la religión, se mueve entre la búsqueda de identificaciones positivas y el fenómeno de muerte definitiva por parte de su Yo Corporal. Pudiendo enfrentarse además con la separación definitiva de sus padres o la muerte de ellos.

#### 5.- LA DESUBICACION TEMPORAL.

Es muy común que en esta etapa el adolescente no tenga conciencia plena de su tiempo y por ello se encuentre desubicado.

#### 6.- EVOLUCION SEXUAL DESDE EL AUTOCONCEPTO HASTA LA HETEROSEXUALIDAD

En esta evolución podemos describir un permanente oscilar entre la actividad masturbatoria y los inicios de la actividad genital; dado este último por el contacto genital de tipo exploratorio. Es normal encontrar en el adolescente aspectos de conducta del sexo opuesto que reflejan una bisexualidad no resuelta la cual le va a ayudar en el aprendizaje de ambos roles para sí posteriormente aceptar una posición heterosexual adulta.

#### 7.- ACTITUD SOCIAL REINVIDICATORIA.

La entrada al mundo de los adultos el adolescente la vive como peligrosa en donde se entremezclan sentimientos de "competencia o reemplazo" y en la cual el individuo se enfrenta al desprendimiento de su situación infantil, lo cual provoca en el adolescente un deseo de "querer cambiar al mundo". Esto puede manifestarse a través de ideas-

revolucionarias o reformistas, conductas agresivas, destructivas y hasta de tipo psicopáticas.

8.- SEPARACION PROGRESIVA DE LOS PADRES.

Aquí puede resolver el duelo por la situación infantil.

9.- CONSTANTES FLUCTUACIONES DE HUMOR.

Son típicas y es preciso entenderlas sobre la base de mecanismos y proyectivos y de duelo por la pérdida de los objetos infantiles. Al fallar estos intentos de elaboración estos cambios de humor pueden presentarse como microcrisis maniacodepresivas. (1)

4.6 CRISIS SEXUAL. El cambio físico provoca en el adolescente una revaloración de su imagen corporal lo cual va a producir un cambio de su autoconcepto. Habrá un aumento de la autoconciencia especialmente en lo referente a la imagen corporal. Como cambios característicos psicológicos de esta etapa nos encontramos con una alteración en los marcos de referencia usados para el auto control, los cuales deben ajustarse a las normas sociales imperantes, y a la atracción del sexo opuesto. Al finalizar la pubertad, la crisis sexual casi ha terminado y el adolescente comenzará a controlar la ansiedad que ello le provoca, en base a su capacidad de introspección para la solución del problema de identidad empezará a aceptar su cuerpo y a la imagen que éste le proyecta.

4.7 CRISIS FAMILIAR. Esta comienza cuando el joven reconoce en sus padres y familiares defectos y cualidades. Empieza entonces a sentir que ellos le han "fallado". Esto provoca una agresividad que se refuerza por la imposi-

ción autoritaria de sus padres, quienes son además la primera autoridad con la que el se encuentra.

Existen algunos padres que de manera no deliberada retardan el desarrollo del adolescente pues aunque no lo manifiesten abiertamente sienten pesar por perder al hijo.

Un nivel motivacional profundo, podría ser que el crecimiento del joven puede resultar amenazante a los padres, los cuales reviven de manera inversa sus propios conflictos adolescentes no resueltos. Esto tal vez coincida con la última crisis de identidad por la que pasan los adultos: las mujeres entre los 35 y 40 años, los hombres entre los 45 y 50 años.

Otras fuentes por las cuales los padres no permitan el desarrollo del adolescente podría ser: el que lo conozcan demasiado bien y teman por sus debilidades. El que sean excesivamente conscientes de los peligros "externos" y teman que el joven no pueda resolver los nuevos problemas.

4.8 CRISIS SOCIAL. Muy ligada a la crisis familiar, ya que si dentro del seno familiar se origina una proyección de conflicto ante la autoridad puede entonces de igual modo rechazar cualquier otro tipo de autoridad como el representado por la escuela, el estado, etc.

La incertidumbre del joven respecto de su nuevo rol social origina en muchos de los casos conflictos como el de "padre-hijo" actitudes violentas pandillas o grupos de muchachos a los que se liga muy estrechamente. El elemento más importante que encontramos en cada uno de estos problemas es la-

búsqueda de su independencia sin sacrificar su seguridad.

4.9 CRISIS DE IDENTIDAD. Es la más importante y engloba a las demás. Es la última en resolverse y para ello la crisis familiar, sexual y social deben estar resueltas.

Las características de ésta crisis son: El aprender a vivir con su nuevo cuerpo, la confrontación del Yo con la sociedad, el aprendizaje de la libertad y la responsabilidad.

Debido a las distintas crisis que el adolescente vive, su autoconcepto no es estable por el contrario sufre cambios considerables dependiendo de la información que el medio ambiente le proporcione; gracias a esta información reorganiza su esquema corporal. Regula su autoestima todavía en forma muy madura, dependiendo de otros para quererse a sí mismo.

Por lo dicho anteriormente y en base a la teoría sustentada por E. Erickson en la cual se afirma que para la formación de la personalidad es necesario tomar en cuenta los aspectos psicosociales y psicosexuales, con lo cual estamos de acuerdo, y queremos remarcar la importancia de que el individuo goce de un balance entre su constitución física y psicológica para que ésta correlación se pueda dar en su forma más clara.

**CAPITULO V**  
**EL AUTOCONCEPTO**

- 5.1 REVISION LITERARIA**
  - 5.2 DISTINTAS DEFINICIONES**
  - 5.3 COMPONENTES DEL AUTOCONCEPTO**
  - 5.4 DIVISION TEORICA**
  - 5.5 CONCEPTO DE IDENTIDAD**
  - 5.6 QUE ES EL SELF ?**
  - 5.7 DIMENSIONES DE LA AUTOESTIMA**
  - 5.8 DIMENSIONES INTERNAS DEL SELF**
  - 5.9 AUTOESTIMA Y ACTUALIZACION DEL SELF**
  - 5.10 DIMENSIONES EXTERNAS DEL SELF**
  - 5.11 CONCLUSION**
- BIBLIOGRAFIA**

5.1 REVISIÓN LITERARIA. Encontrar una definición única de lo que es la autoestima es imposible; ya que existen distintas definiciones que difieren una de otra dependiendo del marco teórico al que se refieren.

Fitts W. (1965) expresa que la percepción que el individuo tiene de sí mismo es multidimensional, y para él, los factores más importantes son: el Self físico, el Self personal, el Self familiar, el Self Social, el Self ético-moral, la identidad, la autoconceptación, el comportamiento y la autocrítica. La suma de éstos elementos nos va a dar el nivel determinado de autoestima. (2)

La gran mayoría de los autores que han investigado la conducta en relación con la autoestima, encuentran una relación íntima de este concepto con el Self. Ziller (1969) afirma que "para identificar la autoestima es necesario dar una adecuada definición del Self". "La autoestima es un componente del sistema del Self".

En la revisión literaria encontramos que existen términos semejantes al de autoestima. Al respecto Wells y Marwell (1976) citan a Taylor (1955) Webb (1955); Fitts (1965), Korman (1968) y dicen que algunas veces autoestima y autoconcepto tienen el mismo significado ya que las dos nacen de las evaluaciones que la persona tiene de sí misma y esto va a ser determinante en su conducta.

Freud en su trabajo sobre narcisismo (1914, p. 96-97) dice: "El amar en sí, como ansia y privación, rebaja la autoestima, mientras que ser amado, hallar un objeto de amor poseer al objeto amado, vuelve a elevarla".

En este trabajo encontramos los orígenes del concepto de autoestima.

El término "autoconcepto", "Self Concept" ó "Imágen de sí mismo", se empieza a investigar a partir de la escuela psicoanalítica con Hartman y Erickson, quienes plantean un nuevo enfoque de lo que significa el yo dentro del desarrollo de la personalidad. Después con las aportaciones de Allport y Williams James y más recientemente con Carl Rogers, se solidificó este concepto. Este último autor dirige su atención del primitivo sí mismo a la noción actual de autoconcepto.

Por otra parte, Morris Rosenberg (1) sociólogo e investigador del National Institute of Mental Health de los Estados Unidos, realizó un estudio sobre 5000 adolescentes, encontrando relaciones significativas entre la estructura social y la psíquica, planteando que la autoimágen es un aspecto de la psicología del individuo que desempeña una función importante en la formación de sus ideas, sentimientos y su conducta.

Por último, tenemos la aportación del Doctor Williams H. Fitts, quién en 1965 inició uno de los programas más complejos de investigación y medición sobre éste término y cuya principal aportación fué la Escala de Autoconcepto de Tennessee.

El autoconcepto: El criterio que tiene una persona de sí misma, la descripción más completa que una persona es capaz de dar de sí misma en un momento dado. El énfasis recae en la persona como objeto de autoconcepto, pero por lo general incluye el sentimiento de lo que la persona concibe de cómo es él mismo. (2)



5.2 DISTINTAS DEFINICIONES. Para satir, la autoestima del sujeto va a estar determinada por la relación que existe en la familia, la relación de los padres y la relación con los hijos, donde los modelos a seguir van a estar determinados por medio de la enseñanza-aprendizaje.

Carl Roger.- Define el autoconcepto "como una configuración organizada de percepciones de sí mismo que son parcialmente consistentes, compuesta por percepciones de las propias habilidades y características, concepto de sí mismo en relación a los otros y a su ambiente, junto con los valores experiencias y metas que se persiguen, relacionados a esas percepciones". Toda persona tiene un concepto de sí mismo único y diferente de los demás.  
(14)

Morris Rosember.- Lo define como "actitud hacia un objeto", en otras palabras, el autor parte del supuesto de que la gente tiene actitudes hacia los objetos y de que él mismo es uno de los teóricos que acentúan más el concepto del self en las relaciones interpersonales está: Rogers, Horney y Sullivan.

Para Edith Jacobson (1954), la autoestima se expresa en la armonía y discrepancia entre las representaciones del Self y los ideales del Self.  
(19)

Janice de Saussure (1971, p. 273) partiendo de Jacobson dice: "autoestima como la cualidad y cantidad de afecto y valor con que se carga al Self tal como se presenta consciente e inconcientemente un momento dado".  
(17)

Kohut y Wolf (1978, P. 413-415) dicen: "un Self fuerte nos permite - tolerar incluso acentuadas oscilaciones de la autoestima frente a la victoria o a la derrota, el éxito o el fracaso". (18)

Hartman (1950), Grinberg (1966) Astley (1970) Guntrip (1971) mencionan que Freud no utilizó el término de Self propiamente dicho, pero en su trabajo sobre el narcisismo (1914) introduce el concepto de un Yo diferente, un Yo que abarca el todo del individuo convirtiéndolo en el Self básico y total. Jung y Adler considerarán al Self también como la totalidad de la personalidad.

E. Jacobson (1954) inspirada en las ideas de Hartman propone al Self como aquello que experimentamos como nuestra realidad subjetiva interna y que podemos objetivamente delimitar de nuestra realidad externa. Para ella Self se refiere a la persona total del individuo incluyendo su cuerpo y sus partes. (19)

Para Spitz (1972) "Es la toma de conciencia del individuo de que es una entidad aparte y distinta de los objetos y del ambiente y de esta manera siente y actúa. (20)

Para Mahler "No existe ningún posible concepto del Self antes de que el niño emerja de la órbita simbólica con el proceso gradual de separación individualización (1965)".

5.3 COMPONENTES DEL AUTOCONCEPTO. El Autoconcepto contiene los siguientes componentes:

- El perceptual, que viene a ser la forma en la que la persona se percibe a sí misma, basándose en las impresiones que los otros tienen hacia ella.
- El conceptual, que se refiere a los conceptos que tiene la persona de sus características, habilidades, recursos, fallas y limitaciones y de la concepción de su pasado y su futuro.
- El componente de las propias actitudes, que incluye los sentimientos acerca de sí y su desenvolvimiento ante el status social y ante su futuro.

El autoconcepto no solo incluye el conocimiento de lo que se es, sino de lo que se quiere ser y de lo que se debe ser. Esto le permite al individuo tener una concepción coherente y unificada de sí mismo dándole la posibilidad de desarrollar más adecuadamente dentro de su ambiente.

Erickson plantea que lo que el Yo refleja cuando ve o contempla el cuerpo, la personalidad y los roles a los que está vinculado para toda la vida son los diversos "sí mismos" que integran el sí mismo compuesto. Para él "La identidad debe ser considerada como un proceso ubicado en el núcleo del individuo y en el núcleo de la cultura comunal, de tal manera que el individuo se juzga a él comparándolo con ellos. Este proceso es consciente y solo en ocasiones sale a la luz produciendo una conciencia de identidad".

El autoconcepto forma parte del Yo estrechamente vinculado con el Ego y los diversos sí mismos de la personalidad. El autoconcepto es lo que yo sé de mi propio yo.

El Yo salvaguarda la existencia coherente, filtrando y sintetizando - todas las impresiones, recuerdos, etc., que tratan de penetrar en el pensamiento y exigen una acción del sujeto y que lo aniquilarían si no estuviesen clasificados por un sistema confiable de protección. Este Yo es inconsciente, se puede percibir su actividad pero nunca el Yo mismo. El Yo (identidad) es parcialmente consciente, solo hasta donde alguien puede decir Yo con absoluta certeza.

El autoconcepto, basado en la identidad de la persona, alcanza su - desarrollo gracias a dos fenómenos propios del ser humano que son:

- La autoconciencia que "es el acto por el cual la persona viene a ser objeto de conocimiento para sí misma", por lo que el individuo se puede describir a sí mismo con cierto grado de categorías y atributos - que son importantes debido a la adquisición de un rol social. La autoconciencia también ocurre en el insight de sentimientos, emociones y conductas que le permiten al individuo ser consciente de algunas causas de su conducta.
- La autoaceptación, que significa tener fe en la propia capacidad para enfrentarse a la vida, asumir la responsabilidad por la propia conducta, aceptar la crítica o los elogios de una manera objetiva, no negar o distorcionar los sentimientos, los motivos, las habilidades y las - limitaciones propias, sino aceptarlas, considerándose uno mismo como una persona de valor igual que otros, no esperando rechazos de los - demás ni sintiéndose diferente o raro. Es entonces la autoaceptación, el proceso que implica mayor madurez y lo que lo hace estar de acuer-

do con lo que es. La identidad proporcional al individuo la noción de que sí es y permanece siendo en el tiempo y en el espacio.

5.4 DIVISION TEORICA. Desde el punto de vista teórico, el autoconcepto se divide en tres áreas que engloban la mayor parte de éste y son:

- El Yo Corporal, que es la concepción que tenemos de nuestro propio cuerpo, incluyendo los sentimientos que tenemos acerca de él.

Para Freud y la escuela psicoanalítica es de capital importancia en la formación del ego, la relación del niño con su propio cuerpo. Esto deriva del hecho de que cualquier parte de nuestro cuerpo no solo es sentida, sino que también siente, así mismo el cuerpo proporciona una fuente de gratificación y de frustración que son necesarias para la maduración. (5)

Para Serbin, el sí mismo es como una estructura cognitiva constituida por las ideas del individuo acerca de los diversos aspectos de su ser, es decir, que se pueden poseer concepciones del propio cuerpo (sí mismo somático) entre otros. (5)

Para Anderson, la autoimagen física consta de los conceptos que se tienen de sí mismo relativos a la valoración de su aspecto físico.

- El Yo Moral, que está vinculado a las normas y valores que predominan dentro de una sociedad o cultura determinada en que se vive. Aquí el autoconcepto se encarga de comparar y juzgar la conducta, teniendo lógicamente repercusiones sobre la autoestima y marcará el camino a seguir en conductas posteriores. El Yo moral corresponde al Super Yo-

en la Teoría psicoanalítica y como tal no solo permite y castiga, sino que protege y señala los ideales a alcanzar.

Para Sullivan, las medidas de seguridad constituyen el sistema del sí mismo que sanciona ciertos tipos de conducta (sí mismo bueno) y prohíbe otras (sí mismo malo). En su carácter de guardián de la propia seguridad, el sí mismo tiende a aislarse del resto de la personalidad, excluye toda información que no coincide con su organización presente de la personalidad, excluye toda información que no coincide con su organización presente y frustra en consecuencia, la posibilidad de un beneficio procedente de la experiencia.

Para Lidgren, existe una interacción recíproca entre lo que piensan los otros de una persona y lo que la persona siente con respecto a sí misma. Si existe una actitud favorable hacia sí mismo hay alta autoestima y por el contrario. El valor total que le atribuimos a nuestro yo constituye nuestra autoestima. (5)

- El Yo Social. La interacción social es de suma importancia en el desarrollo de la personalidad, pues contribuye a la formación del yo y es determinante en el autoconcepto y en la conducta. Toda función humana siempre es dada dentro de un contexto social en el que la persona crece y aprende a vivir en grupos en base a fenómenos de autoconciencia, a la identificación con los demás y a la socialización, así mismo, nuestro yo social incluye una serie de funciones que se dan dentro de la cultura y nos permite desarrollar diversos roles e integrarnos a diferentes grupos.

Para Blos, "es obvio que la valoración de la personalidad se basa - principalmente en la conducta y en el papel y posición que ocupa una persona en un grupo o sociedad". (6). De tal manera, el individuo aprende a - autovalorarse de acuerdo con su interacción con la sociedad y de la aceptación o rechazo que merece por parte de diversos grupos sociales.

Según Brownfain, el concepto de sí mismo es "un sistema de significaciones básicas que el individuo posee acerca de sí mismo y de sus relaciones con el mundo circundante". (6)

La identidad consciente o autoconcepto del adolescente se la va formando a medida que una serie de crisis psicológicas se van dando en ese periodo, al final del cual estas crisis han de quedar resueltas para decir que psicológicamente se ha entrado a la madurez. Estas crisis:

La Crisis Sexual

La Crisis Familiar

La Crisis Social

La Crisis Religiosa y

La Crisis de Identidad que fueron examinadas en el Cap. de adolescencia.

5.5 CONCEPTO DE IDENTIDAD. El término identidad se introdujo desde 1944, siendo abordada más tarde principalmente por Erik H. Erickson, quien lo estudió desde diferentes ángulos, como son: el psicoanalítico y el psicosocial.

Se entiende por identidad "La unidad del individuo en el tiempo, en la comparación consigo mismo, lo que se relaciona con su continuidad y mis-  
midad" (Lichtein).

"El conocimiento de la persona de ser una identidad separada y distin-  
ta de las otras" (Kamer).

La identidad es la realización entre tres elementos básicos de la per-  
sonalidad: su continuidad, la cohesión interna relacionada con la adapta-  
ción al medio ambiente y el logro de sus metas.

La identidad es el logro de una integración entre el ideal de vida -  
para el yo y el de la sociedad en la que el hombre vive.

Erickson dice que la identidad se empieza a formar cuando el niño -  
tiene contacto con la madre y ambos se reconocen como dos personas una se-  
parada de otra. Donde el niño precisa por una parte la información del me-  
dio externo y de su cuerpo e interioridad por la otra, estableciendo las -  
diferencias entre el yo y el no yo. Tiene que reconocerse primero como -  
una persona separada, luego de que sexo es, como miembro de una familia,  
de un grupo y de un estrato social determinado. (7)

Existen varias influencias que ayudan a la formación de la identidad-  
las cuales se clasifican en organizadas y no organizadas. Las organizadas-  
son las estructuras sociales que influyen directamente en la formación del  
individuo, como son la familia, la religión y la escuela en forma directa-  
los medios de comunicación masiva. Estas influencias presionan al indivi-  
duo a que observe cierto tipo de conducta dentro de ciertos marcos estable



cidos y, cuando se apega a éstos, surge la represión hacia su identidad y la califican de criminal y de psicópata. Estas influencias forman cierto tipo de identidad eliminando aquellas que se salen de esta estructura.

Las influencias no organizadas carecen de intencionalidad en cuanto a la formación de la identidad, pero influyen en ella; se derivan ya sea de los objetos con los cuales el niño tiene contacto y que le permiten establecer los límites entre el yo y el no yo, los amigos, los vecinos, los encuentros circunstanciales, que influyen en mayor o en menor grado señalándole lo bueno, lo malo, lo correcto y lo incorrecto, lo que espera que haga y, en forma indirecta, lo que esperan que sea y no sea. (7)

Con el propósito de esclarecer el punto de vista de Erickson al respecto del desarrollo de la identidad, mencionaremos las ocho etapas en las que el autor enmarca la vida del individuo: (8)

- 1.- Confianza Vs. Desconfianza (etapa oral-sensorial)
- 2.- Autonomía Vs. Duda y Vergüenza (etapa-anal)
- 3.- Iniciativa Vs. Culpa (etapa genital)
- 4.- Laboriosidad Vs. Inferioridad (lactancia)
- 5.- Identidad Vs. Confusión de Rol (adolescencia)
- 6.- Fecundidad del Yo Vs. Desesperación (madurez)

En la etapa de la adolescencia el joven entra en lo que llamamos búsqueda de identidad del Yo, durante la cual pasará por una serie de crisis que describimos previamente en el capítulo anterior, en la cual la pregunta que se repite es siempre la misma. ¿Que soy verdaderamente Yo ?

5.6 QUE ES EL SELF ? Cada persona existe como el objeto y, como cualquiera - otro objeto, ocupa un espacio y lugar, peso, altura y otras característi - cas distintivas. Como cada organismo vivo cada persona existe en un estado dinámico constante y se encuentra en un proceso continuo de acción interna externa. El siente, se mueve, respira, come, camina, duerme, metaboliza, - manipula objetos y efectúa muchas otras interacciones que incluyen tanto a su medio interno como a el externo. Como ser humano también piensa, razona y utiliza símbolos; trabaja en innumerables tareas, tiene sentimientos, - actitudes, valores, fé y opiniones; habla, escribe, lee y se comunica con - otra gente; compete y coopera en distintas maneras, experiencia extremos - de compasión y preocupación, amor y también crueldad extrema, odio e indi - ferencia.

Las distintas maneras en que un ser humano difiere de otro organismo - vivo no han sido aclaradas en su totalidad. Es verdad que los animales - superiores también existen en un estado continuo de experiencia. Ellos tam - bién existen dentro de un proceso continuo de respuestas a estímulos, tanto internos como externos. Sin embargo proponemos, que hay dos formas princi - pales en las que el hombre difiere de el animal y serían en las maneras - como el puede procesar los estímulos que le llegan y su habilidad para abs - traer y simbolizar. Estas dos diferencias están íntimamente relacionadas y son ambas fundamentales para la teoría del CONCEPTO DEL SELF (Self Con - cept).

La habilidad del hombre para abstraer y simbolizar significa que "pien - sa acerca de", recuerda, tiene la capacidad de pensar en objetos, personas

o eventos en su presencia o ausencia, en retrospectiva o en futuro o en la realidad inmediata (presente). El ser humano otorga significados y valores a los objetos, personas y eventos, puede evocar sus imágenes y sintetizarlos o sumatizarlos a través de sus símbolos, tales como sus nombres.

En el sistema tan complejo de valores del ser humano, las distintas conductas y características de él, no se dirigen únicamente a la capacidad de satisfacer necesidades sino que estas pueden catalogarse como buenas o malas, nobles o degradantes, admirables o avergonzantes. Los objetos que se incluyen en el self, pueden ser horrorosos o bellos, apetecibles o repugnantes, valiosos o no valiosos, prohibidos o aceptados.

Todas estas capacidades y habilidades hacen del ser humano, un organismo único. George Gallup (1971) dice "Algún día tal vez tengamos que revisar la creencia de que el hombre es el único animal capaz de formar un concepto del self. Si el reconocerse frente a un espejo implica una forma rudimentaria del concepto del self, el experimento que vengo haciendo con mi chimpancé sugiere que éste concepto sea reevaluado. De cualquier manera cuando el hombre se percibe a sí mismo, reacciona a un significado dado y a valores de él, y así forma abstracciones acerca de sí mismo al igual que los forma de otros objetos; de ésta manera demuestra estar conciente de sí mismo, lo que significa su habilidad para poder salirse de sí, regresar al sí mismo y de ser necesario cerrarse en sí mismo al igual que lo hace con el resto del mundo.

#### 5.7 DIMENSIONES DE LA AUTOESTIMA. Como se dijo, la conceptualización sistemá-

tica del self, comienza con William James en 1890 y continua hasta el presente. Hamacheck (1965) y Gordon Gergen (1968) enfocan la teoría, naturaleza y dimensiones del self desde muy diversos puntos de vista. A continuación quisiera presentar brevemente algunos apuntes que sobre el self, tratan los autores anteriormente mencionados.

James (1890). Describe al infante sin un self al nacer. El sugiere que el self se irá desarrollando hasta convertirse en la suma total del "YO" ("I"). Que siente y conoce y el Yo ("ME"), o sea el self al que sienten y conocen (los otros).

Charles Horton Cooley (1902), habla de un self social, ya que este es etiquetado y lo llama "el SELF al que se mira a través de UN CRISTAL" ("The Looking-Glass Self"). La premisa básica de Cooley es que el self imagina una percepción de sí mismo en las mentes de los demás y esto afecta necesariamente su conducta. La idea del self en Cooley contiene tres elementos básicos:

- I. La supuesta o imaginada personificación de nosotros ante los demás.
- II. La valorización imaginaria o supuesta de esa apariencia; y
- III. Alguna clase de sentimiento valorativa del self, tal como pueden ser la vergüenza o el orgullo. (15)

En 1934, George Herbert Mead, describe las características de la concepción del self desde un punto de vista de interacción social. Mead, parte de la postura en la que el self es experimentado y enfatizado en una interacción social y como parte integral del desarrollo del concepto del Self. (15)

Gordon y Gergen (1968), nos dicen que tanto en el área de psicología como en la sociología, existen más de 2000 publicaciones concernientes al Self. También nos dicen de la gran cantidad de variables que con respecto al self se han examinado. "El estudio del self figura como una teoría relevante en la investigación sobre control social, conducta económica, desviación social, aspiración personal, desarrollo psicológico, atracción interpersonal, influencia social, psicopatológica y psicoterapia, entre muchas otras. "Gordon y Gergen asumen los puntos Principales en 4 grupos":

- 1.- El Self "hecho" y el que se va a "fabricar", hecho versus fabricarse.
- 2.- El Self como sujeto versus sujeto.
- 3.- El Self como estructura versus proceso y,
- 4.- El Self como único versus múltiple.

John Kinch en 1963, ofrece en una oración una teoría general sobre el concepto del self: "La concepción individual del sí mismo emerge de la interacción social y a cambio, guía o influencia la conducta de tal individuo".

Lo anterior está incluido en casi todas las consideraciones del concepto del self, que toman esta como base a los postulados de sus teorías:

- I. El concepto del self del individuo se basa en su percepción del como los otros responden a él.
- II. El concepto del self de cada individuo funciona para dirigir su conducta y,
- III. La percepción individual de las respuestas de los otros hacia él, refleja la realidad de dichas respuestas. Estos postulados aunque no los vamos a encontrar en la totalidad de condiciones, nos ofrecen un resumen de los hallazgos en las diversas investigaciones que se han

hecho sobre el concepto del self.

5.8 DIMENSIONES INTERNAS DEL SELF. Que ve una persona cuando se mira a sí misma ?

Hall y Lindzey (1970), analizan en su teoría del self, que el término self tiene dos significados muy distintos. Actitudes, sentimientos, percepciones y evaluaciones, se piensan como SELF COMO OBJETO, mientras que pensar, percibir, y ejecutar actividades define al self como SELF COMO PROCESO. Estamos de acuerdo en que el self contiene las dos características y por eso a ese self total que el individuo experimenta los llamamos "SELF FENOMENOLOGICO" (Snygg y Combs. 1949 Combs Snygg 1959). Es el self que el individuo observa, vive y juzga, como parte de sí mismo, es el self del cual él está conciente. La suma de la totalidad de estas percepciones en la imagen de sí mismo, es lo que conforma el concepto del self.

El concepto del self se mezcla en un todo unificado y dinámico. Sus distintas partes interactúan libremente pero también cohesivamente unos con otros. Este todo o sus partes, puede encontrarse interactuando con el mundo exterior.

Snygg & Combs. (1949) definen a este mundo fenomenológico como EL MUNDO PSICOLOGICO DEL INDIVIDUO.

En nuestra conceptualización, existen tres partes principales del self: El Self objeto (Self de Identidad); El Self-actuante (Self conductal); y el Self-observador y de juicio (Self Juez). (15)

SELF DE IDENTIDAD. Este contiene probablemente los aspectos más relevantes del concepto del self. Quien soy ? Contiene las etiquetas y los símbolos asignados al individuo para describirse y establecer identidad. En el niño pequeño estas etiquetas son tan simples como "Yo soy Juan", y más tarde será "Yo soy Juan Pérez", vivo en una casa blanca, soy inteligente, pequeño, alto, etc.... Conforme el niño crece, se irán aumentando cualidades o aptitudes y etiquetas tanto propias como de los otros que lo irán describiendo y ayudando en la búsqueda de sus respuestas para encontrar su identidad. Cada uno de los elementos de su identidad irán influenciando su percepción del mundo fenomenológico, de la manera como va a responder y a interactuar en él. Estos elementos de identidad o "etiquetas", continúan expandiéndose junto con el crecimiento y desarrollo de las facultades individuales, actividades, pertenencia de grupos, y fuentes de identificación de cada individuo. Es muy probable que la fuente principal del material que conforma al self de identidad provenga del self-conductual. El comportamiento o la conducta precede a la identidad en el infante y lo acompaña en menor grado a través de toda su existencia. En realidad ninguno de nosotros puede decir que es un carpintero o un tenista sin antes haber participado en alguna actividad concerniente a el tenis o la carpintería primero. Por ello en el niño pequeño en la mayoría de los casos su identidad es su conducta. Antes de que el self se llene de complejidades a través de su crecimiento, el es lo que hace, o el como lo siente.

Los teóricos del self, enfatizan mucho la influencia del Self-de Identidad o Self como-objeto, sobre la conducta de cada uno. La influencia es clara. Si por ejemplo me llaman a "cantar" y el canto no es parte de mi

identidad o no está incluido en el repertorio de mis conductas, entonces - tal vez me rehuse a hacerlo. Sin embargo, en muchas ocasiones la influen - cia de la conducta sobre la identidad no es reconocida tan fácilmente. Para ser alguien, uno generalmente tiene que hacer algo; y para hacer algo uno tiene que ser alguien. (Para cantar tengo que ser cantante, para ser - cantante, tengo que saber cantar).

SELF CONDUCTAL. Tomando como base un hogar y padres normales y un - medio ambiente adecuado, el self conductal deberá desarrollarse libremente en el niño. El hace lo permitido tanto por su mundo de estímulos externo - como interno. Las consecuencias internas refuerzan la conducta, la conduc - ta es practicada y dominada, y la capacidad para sostener dicha conducta - forma parte de la propia identidad. O sea, el niño siente la necesidad de - caminar y por lo tanto disfruta del caminar, recibe una enorme satisfac - ción por lo que hace y esto es reforzado internamente. También, y tal vez - de manera inconciente, su Self de Identidad incluye el ser "caminante" y el conocimiento de que pueda caminar.

Aragado a esto, existen consecuencias externas de su conducta. Los - padres y otras personas seguramente estarán muy orgullosos de que su hijo - pueda caminar, y de esta manera lo refuerzan positivamente. Sin embargo - existen ciertas conductas cuyas consecuencias son más complejas. Escribir - sobre las paredes puede traer consecuencias internas favorables, pero con - secuencias externas desfavorables que van a causar conflicto. Los padres - se enojan y acusan al niño, de tal forma que el niño aprende que esa - conducta es "mala". Pero, las consecuencias internas siguen siendo positi -



vas. Así el niño aprendió que esa conducta suya hacia la búsqueda de diversión propia tuvo consecuencias negativas. Esto puede en otros casos llevar al niño a experimentar formas más dramáticas de entendimiento. Por ejemplo cuando el niño percibe alguna conducta suya como no adecuada, puede decir: "Yo hice esto y por ello soy malo", o sea se está etiquetando en su totalidad del self y no es una conducta particular. La alternativa saludable en este caso sería, "Yo hice esto que es malo, por ello ya no lo volveré a hacer".

**SELF DE JUICIO.** Hemos establecido que una de las capacidades del ser humano es su capacidad para estar conciente de sí mismo, para observarse y para evaluarse. El Self de juicio funciona como observador, como marcador de estándares, soñador, comparador y por sobre todo como evaluador. También sirve como mediador entre los otros dos selfs. El Self Juicio observa al Self de identidad y al Self de conducta y le dice: "bien hecho" o "estoy orgulloso de tí". Difiere del super ego freudiano en que este no es producto solamente del introyecto de los juicios y valores de los demás. Ni tampoco está siempre en oposición contra el ello, como fuente natural de los impulsos agresivos y de placer en el hombre. El Self de Juicio puede incluir el puro placer que contiene el satisfacer un impulso: enojo, agresión o sexo o bien el orgullo que proporciona el resistir un impulso peligroso.

Se mencionó con anterioridad la tendencia del hombre para asignar valores a sus distintas percepciones. Estas valoraciones pueden ser deseadas o indeseadas, y por sobre todo lo más importante de ello radica si el individuo considera esos sentimientos como buenos o malos y actúa según

ello. Esta tendencia evaluativa del self, es el componente primario de la percepción del self y provee el material de la auto-estima (Self esteem - Coopersmith, 1967). (15)

5.9 AUTOESTIMA Y ACTUALIZACION DEL SELF. Comb and Snygg (1959) proponen que todo aquello que mejora al self, aumenta la auto-estima.

Maslow (1954-1959) también remarca la importancia de la autoestima. En su jerarquía de necesidades, una autoestima positiva es el prerrequisito final para la formación de la actualización del self. Una vez lograda la autoestima, el individuo puede dedicarse libremente al ejercicio de sus potencialidades. Coopersmith (1967), Rogers (1951, 1961), y Furckeh (1970) consideran también a la autoestima como el componente primario de la percepción del self. (15)

Goldstein (1940), Maslow (1954) y Roger (1951); nos describen a un self comprometido y cuestionando constantemente, buscando nuevos crecimientos, desarrollados y nuevos retos. De tal manera que una vez que cierta actividad es actualizada y establecida como parte de la identidad de uno, puede ser parcialmente ignorada y la energía que previamente dedicamos a ella es dirigida ahora hacia nuevos y mayores retos. Una vez establecida la estima y asegurada su permanencia, entonces la necesidad de estimación se vuelve también menos importante para la nutrición de la percepción del self.

La estima se deriva de dos fuentes principales: EL SELF Y EL OTRO. (Las otras personas). La estima se va ganando en la medida que uno es

capaz de lograr ciertas metas, las cuales operan bajo ciertos valores y se miden bajo determinados standares. Y como ya hemos mencionado anteriormente, dichas metas, valores y medidas pueden corresponder tanto al mundo externo como al interno, o bien a ambos. Pueden estar establecidos, regulados y aplicados por el Self de Juicio, por los otros, o por ambos también. En general podríamos decir que los valores, metas y standares son inicialmente incorporados desde los "otros" y por ello la estima puede ganarse en la medida en que cumplamos las demandas y expectativas de los demás. Esto corresponde a la posición original que plantea Maslow.

5.10 DIMENSIONES EXTERNAS DEL SELF. La interacción de los tres subself a los que nos hemos referido anteriormente (Self de identidad, conductal y de Juicio) es una interacción dinámica entre los tres. Esta, puede ser fácil y llevar a un engrandecimiento del self; pero puede ser difícil y dolorosa llevando a un debilitamiento del self. Este cuadro se complica por el hecho de que existen otros subselfs. Sarbin en 1952, propone que los diversos subself se van agrupando para formar el self total. Estos subselfs estarían en la referencia externa y en oposición a las dimensiones internas que conforman el Self de identidad, de Conducta y de Juicio. Los subselfs de Sarbin serían similares a el SELF FISICO, ETICO-MORAL, PERSONAL-Y SOCIAL que maneja la Escala de autoconcepto de Tennessee, (Fitts, 1965).

Si quisieramos visualizar al Self Total como un objeto, lo podríamos dividir o cortar en muchas maneras y encontraríamos diferentes partes del mismo dependiendo de las actividades, valores y roles que tenga el individuo; como podrían ser, el self escolar, self profesional, el self como ciu-

dadano, etc.. Sin embargo los subselfs de mayor aplicación son los 5 que maneja la escala de Tennessee TSCS. Escala de autoconcepto de Tennessee - Seeman (1959) dice que en una persona bien integrada existe una gran consistencia con y entre los varios subsistemas de su organismo (tal como el psicológico, cognitivo, afectivo, y perceptual). El grado de consistencia interna entre y con los subselfs estaría en relación a la integración y a la efectividad con que el self total funciona.

Entre más aprendemos de como una persona se ve a sí misma, estaremos más capaces de cambiar ese punto de vista. Como, cuando y de que manera se desarrolla el concepto del Self; y de que manera se retarda o facilita ese crecimiento. Son preguntas de no fácil respuesta. La mayoría de la literatura disponible para el tema teoriza, especula e hipotetiza pero en verdad existe poca investigación certera.

Existen varias razones por lo cual esto es verdadero. Primero, la teoría del concepto del self ha generado poco trabajo en el campo de la psicología experimental. La teoría del self, en ella misma, presenta dificultades dentro de su propia área ya que en ellas encontramos inconsistencia y confusión de sus términos y definiciones. Otras dificultades nacen de la problemática que en general se presenta al tratar de medir los conceptos del Self en niños pequeños.

TEORIAS ACTUALES. Aunque existan variadas teorías sobre el Self y entre ellas hay sin duda marcadas diferencias, en todas encontramos sin embargo un punto en común y este se refiere a que el Self no existe al nacer. Symonds en 1951 describe el origen del Self como sigue: "El Self -

como precepto no existe al nacer y empieza a desarrollarse de manera gradual junto con el desarrollo del poder perceptual... El Self se desarrolla en la medida que empezamos a sentirnos separados y distintos de los demás. La primera diferenciación sería tal vez entre la bruma y la oscuridad. Es muy probable que uno aprende a reconocer a los otros antes que a uno mismo. Cuando la madre comienza a tener forma propia o sea como una persona separada el bebé empieza a formar nociones vagas de sí mismo como un individuo separado y diferente.

Taylor (1953) propone que como resultado de la actividad exploratoria y la experiencia de nuestro propio cuerpo, los límites del Self empiezan a definirse y esto ocurriría aproximadamente entre los 6 o 7 meses de edad. Durante este período temprano de la vida el concepto del self del individuo estaría basado exclusivamente en la propia percepción de sí mismo. Más tarde esa visión de sí mismo se extenderá y tomará en cuenta los valores adquiridos de las interacciones con la otra gente. (15)

Jersild (1960) propone que el desarrollo del concepto del Self incluye en sus inicios un proceso de diferenciación. Empieza sintiéndose parte de su madre, después aún que lento se va dando el proceso de diferenciación y como proponen Combs y Snygg, con el desarrollo del lenguaje este proceso se acelera. La habilidad de utilizar el lenguaje hace al niño posible establecer las diferencias entre él y el resto del mundo y de simbolizar y entender sus experiencias. (15)

Taylor (1953) sugiere que una vez establecida la diferenciación temprana del Self con respecto al mundo "el resto del proceso del desarrollo

del concepto del Self es sentido como un proceso de naturaleza social, que incluye identificaciones con los demás, introyecciones de los otros y finalmente involucraciones del propio ego. "Muchos teórico como son Horney (1945), Freud (1950); Sullivan (1953); Rogers (1961) han discutido la importancia que en la formación de la personalidad tienen las relaciones interpersonales. Las relaciones interpersonales más tempranas incluyen al individuo y a los miembros de su familia. Combs y Snygg dicen: "No hay ninguna experiencia en el desarrollo del concepto de self del niño tan importante y de tanto alcance como aquellas primeras experiencias con su familia. Es la familia la que introduce al niño a la vida, y la que lo provee con los primeros y más importantes y más permanentes definiciones del Self. Aquí es donde el niño descubre los conceptos básicos del self que guiarán su conducta por el resto de su vida".

Combs y Snygg concluyen diciendo que la familia le da al individuo sus primeras experiencias en: Sentimientos de adecuación o inadecuación; Sentimientos de aceptación, o rechazo; Oportunidades de identificación, Expectativas que incluyen metas aceptables, valores y conductas. De los familiares y después de otras personas significativas, el individuo aprende los valores que luego asigna a su propia percepción del self. Sullivan (1953) le da mucho énfasis a la importancia de la interacción social para el desarrollo del concepto del self. Sullivan utiliza el término de "Valores reflejados" (reflecte-appraisals) para referirse a las evaluaciones del self hechas por la persona basada en la percepción que de su conducta tienen los demás. En otras palabras, Sullivan sugiere que un grado considerable la manera en como una persona es tratada o juzgada por los demás va-

a determinar la manera en como se ve a si misma. Existen teorías similares como la de Cooley (1902) y la de Mead (1934). (15)

Otros de los temas importantes que incluyen los teóricos del Self - tienen que ver con la imagen corporal, el establecimiento del rol sexual e identificaciones socio-culturales cambios en el concepto del Self durante la adolescencia y los efectos de los procesos inconcientes en el concepto del self.

Podríamos decir que existen 4 factores primordiales a considerar como importantes para el concepto del self. Estos serían: 1) la edad, 2) la - influencia parental, 3) otras influencias que incluyen experiencias con - gente signifiante; y por último, 4) factores relacionados con el cambio - en el concepto del self. EDAD: En un estudio hecho a 500 individuos de - entre 20 a 69 años utilizando la prueba TSCS, se encontraron variaciones - sistemáticas en el concepto del Self en distintos niveles de edades y se - concluyó que: "Los sentimientos que una persona reporta de sí mismo tien - den a ser más optimistas en la adultés, estos mismos sentimientos revela - ron cambios durante su desarrollo. En efecto, la actitud de la persona - hacia su sentimiento del Self cambia, y este cambio se dá en la medida de - la función de la edad. También cabe decir, que en el mismo estudio se - encontraron interacciones muy significativas entre la edad y el sexo.

INFLUENCIA PARENTAL: Otros estudios hechos con la misma prueba revelaron que tanto la conducta del niño como su concepto del self se veían - afectados por el concepto del self de sus padres. Lo que también apareció - en dichos estudios fué que no se podía decir que tan solo era importante -

la influencia del Self de los padres por ser, sino otros aspectos de la misma relación. Estos estudios indicaron que los padres tienen un impacto muy significativo en la formación del concepto del Self del niño, inclusive en su adolescencia y su temprana adultés. Por supuesto inferimos de esto que, tal como la mayoría de los teóricos proponen, la influencia parental más importante se da durante la niñez más temprana.

Derivado de esto, también es lógico pensar que "los otros significativos" en la vida del niño o del individuo, van a contribuir a el desarrollo del concepto del Self. Un estudio realizado por Miller en 1970 demostró que los estudiantes que tenían fuertes identificaciones con "otros significante", poseían un mejor concepto del Self.

**OTRAS INFLUENCIAS:** La mayoría de los teóricos del self concuerdan en que una vez clasificado, diferenciado y estructurado, el concepto del self se convierte en una estructura bastante estable. Pero también están de acuerdo que el concepto del self sugirá cambios y se desarrollará con el propio proceso de vida. A este respecto es muy difícil diferenciar los cambios entre los asuntos que conciernen al DESARROLLO del concepto del self- y el CAMBIO del concepto del Self.

Una vez que el niño se aleja de los confines de su familia, van a existir numerosos factores que van a afectar su concepto del self. Estos factores incluyen por supuesto sus propias habilidades, aptitudes y experiencias. También tendríamos que mencionar que el propio concepto del self va a influenciar la manera en como uno se va a aproximar y a utilizar las nuevas experiencias.



Con la utilización de la prueba TSCS (Escala de autoconcepto de Tennessee) como medida, no es posible determinar a que edad el concepto del self se establece como una unidad estable. Tampoco es posible ubicar el desarrollo de las distintas variables del concepto del self como son la autoestima, variabilidad, conflicto y utilización de defensas, que son algunos de los aspectos que mide la prueba. Lo que sí queda claro es que a la edad de 11 ó 12 años, que es la edad más temprana a la que se aplica el TSCS, el concepto del self se encuentra en un estado de relativa estabilidad.

Que afecta el concepto del Self ? Esta es sin duda una pregunta de crucial importancia para la ciencia de la conducta y el campo de estudio que se vincule con los servicios a la humanidad. Las respuestas, una vez se obtengan, van a marcar una diferencia realmente importante a la causa humanitaria. Se requiere mucha investigación por hacer para obtener respuestas concretas. En esta etapa de nuestro conocimiento podemos sugerir hipótesis. Proponemos entonces que el concepto del self se ve fuertemente afectado por:

- 1.- EXPERIENCIAS. Especialmente de experiencias interpersonales, que generan sentimientos positivos y un sentido de valor.
- 2.- COMPETENCIA. En áreas que son de valor para el individuo y para los demás.
- 3.- ACTUALIZACION. Del SELF, o la implantación y realización de las verdaderas potencialidades de la persona, siempre que ellas existan.

5.11 CONCLUSION. Ya que en las páginas anteriores he querido revisar muchas - teorías sobre el Self o la autoestima, me parece que para fines prácticos - de este trabajo conviene sintetizar los aspectos más relevantes que incluyen al Self: (Esto concuerda con lo anotado en la tesis de Lily Bar-On - UNAM 1985 Tesis para doctorado "Autoestima y autoridad parental").

- 1.- Es un contenido del sistema psíquico.
- 2.- Surge como resultado de la interacciones objetales y factores innatos.
- 3.- Se va a ir diferenciado poco a poco del medio ambiente y de los objetos.
- 4.- Abarca todo lo que se considera como propio (pertenencia).
- 5.- Es la vivencia de lo "que soy yo" o sea la identidad.
- 6.- Es la personalidad total: sus potencialidades, sentimientos, actitudes y deseos, valores, ideales, autoimagen y percepción corporal.
- 7.- Tiene continuidad y es duradero.
- 8.- Conceptualiza a la persona como un todo.

## CAPITULO VI

# RESULTADOS

## RESULTADOS DE LA HIPOTESIS

- H.1 HIPOTESIS DE INVESTIGACION: En ésta primera hipótesis encontramos que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las columnas de autocrítica entre los adolescentes diabéticos y los normales; por lo cual se confirma la hipótesis nula H.1. (1 A)  
1
- H.2 Se confirma la hipótesis de trabajo ya que se encontraron diferencias con significado estadística en la suma del total positivo entre los dos grupos. (2 A)
- H.3 Se confirma la hipótesis de trabajo, en la cual encontramos diferencias estadísticamente significativas en la columna del self de identidad entre el grupo de adolescentes diabéticos y normales. (3 A)
- H.4 Se confirma la hipótesis nula H.4 ya que no encontramos diferencias estadísticas significativas en la hilera de autosatisfacción de ambos grupos.  
0  
(4 A)
- H.5 Se confirma la hipótesis de trabajo que propone que existen diferencias con significación estadística entre las hileras de Conducta del adolescente normal y el diabético. (5 A)
- H.6 Encontramos diferencias estadísticamente significativas entre el Self Físico del adolescente diabético y el normal; por lo tanto se confirma la hipótesis de trabajo. (6 A)

- H.7 No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre el Self -  
 1 Etico-Moral del grupo de jóvenes diabéticos y el normal; por lo que se con-  
 firma la hipótesis nula H.7 (7 A)  
 0
- H.8 Se confirma la hipótesis nula H.8 ya que no encontramos diferencias con -  
 1 significación estadística entre el Self Personal del grupo normal y el de-  
 0  
 diabéticos. (8 A)
- H.9 Confirmamos la hipótesis de trabajo que propone que si hay diferencias -  
 1 estadísticamente significativas en el Self Familiar del grupo de jóvenes -  
 diabéticos y el grupo de jóvenes normales. (9 A)
- H.10 El Self Social del grupo de adolescentes diabéticos y el normal mostró -  
 1 diferencias con significación estadística por lo que la hipótesis de traba-  
 Jo quedó confirmada. (10 A)

HIPOTESIS SECUNDARIA. Encontramos que la hipótesis nula se confirma, pues no se dieron diferencias estadísticamente significativas en la suma - del total positivo (autoconcepto total) entre las mujeres diabéticas y los hombres diabéticos. (1 B)

De las 10 hipótesis de trabajo propuestas al comienzo de la presente- investigación, 6 de ellas las que corresponden al Total Positivo, Identi- dad, Autosatisfacción, Conducta, Self Físico, Self Familiar y Self Social- se confirman y las restantes 4 que corresponden a Autocrítica, Autosatis- facción, Self Etico-Moral, y Self Personal mostraron diferencias aritméti- cas más no una diferencia estadísticamente significativa, por lo cual fue- ron rechazadas.

INTERPRETACION DE LA CORRELACION DE CIERTAS VARIABLES CON LAS QUE SE  
RELACIONA LA AUTOESTIMA.

- 1.- Encontramos que en Self Etico-Moral hay una correlación positiva con la autosatisfacción, Self físico, Self Social. También hay una correlación negativa con la Autocrítica. (C 7)
- 2.- Self Personal: correlaciona negativamente con el número de hermanos y positivamente con el Self Social y la Autosatisfacción. (C 8)
- 3.- Variabilidad por columnas: correlación positiva con la Autocrítica y - correlaciones negativas con la Autosatisfacción, Comportamiento y - Self Familiar.
- 4.- Self Social: Correlación positiva con el Self Físico, Self Etico, - Self Personal, y tiempo de padecimiento de la enfermedad y una correlación Negativa con el número de hermanos. (C 12)
- 5.- El Self Familiar mostró una correlación positiva con el Self Físico y el tiempo de padecimiento de la enfermedad y una correlación negativa con el número de hermanos y la variabilidad por columna. (C 9)
- 6.- La hilera de identidad se correlaciona positivamente con el tiempo de padecimiento de la enfermedad y la Autosatisfacción. (C 3)
- 7.- El Self Físico: correlación positiva con el Self Etico-Moral, Self - Familiar, Self Social, edad y tiempo de padecimiento de la enferme - dad. (C 6)
- 8.- Total Positivo: correlaciona positivamente con la Autosatisfacción y - el tiempo de padecimiento de la enfermedad y negativamente con el - número de hermanos y la Autocrítica. (C 2)

El coeficiente de relación positiva nos indica que en la medida en que crece una variable también crece la otra; mientras que el coeficiente de relación negativa nos indica que en la medida en que crece una de las variables de la otra disminuye.

#### INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS DEL ANALISIS DISCRIMINANTE.

Mediante la aplicación de este análisis estadístico, podemos plantear el problema a la inversa o sea, la pregunta sería. Podemos predecir de entre el grupo de adolescentes después de aplicado el test quien es o no permitirían discriminar o predecir si una persona padece diabetes o no.

El Self de Identidad, Self Ético-Moral, Self Personal y la Variabilidad por Columna, fueron 4 aspectos encontrados por medio de este análisis que nos permiten discriminar entre los diabéticos y los no diabéticos.

(D 1)

INTERPRETACION DE RESULTADOS. De acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio comparativo de el autoconcepto entre un grupo de adolescentes diabéticos y un grupo de adolescentes normales encontramos diferencias estadísticamente significativas entre ambos, encontrando un nivel general de autoconcepto mayor para el grupo de adolescentes diabéticos.

El perfil de Autocrítica no mostró diferentes con significación estadística y mostró calificaciones bajas por lo que inferimos que en ambos grupos existe un cierto grado de defensividad y un querer presentar la imagen mejor de ellos.

Es interesante el hecho de que el autoconcepto del joven diabético - haya resultado ser más alto, ya que cabría suponer que debiera de ser a la inversa. Existen revisiones anteriores a la presente investigación las - cuales no encontraron diferencias de autoconcepto en grupos comparativos - de diabéticos y normales como la practicada por Sullivan B.J. (1978). Por otro lado tenemos aquellas en las que si se encontraron diferencias, - como son las practicadas por los doctores Mary C. Cerreto y Luther B. - Travis. El resultado de la presente investigación mostró un nivel de auto-estima general en el grupo de diabéticos por encima de la media (en la - mayoría) y sin embargo para el grupo de adolescentes normales fué por debajo de la media. (Ver Apéndice 2).

De las 10 hipótesis de trabajo propuesto 6 de ellas fueron aceptadas- y 4 fueron rechazadas.



Page 3 ESTUDIO SOBRE LA AUTOESTIMA EN DIABETICOS Y NORMALES?  
 ES IGUAL LA AUTOESTIMA EN DIABETICOS QUE EN NORMALES?

Independent samples of DIABETES PADECE LA DIABETES

Group 1: DIABETES EQ 1

Group 2: DIABETES EQ 2

t-test for: AUTOE AUTOCRITICA

|      |                       | Number<br>of Cases       | Mean                  | Standard<br>Deviation | Standard<br>Error          |                       |                 |
|------|-----------------------|--------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------|
| 1) A | Group 1               | 16                       | 34.1250               | 5.600                 | 1.402                      | 1) A                  |                 |
|      | Group 2               | 16                       | 36.4375               | 7.519                 | 1.880                      |                       |                 |
|      |                       | Pooled Variance Estimate |                       |                       | Separate Variance Estimate |                       |                 |
| F    | 2-Tail<br>Value Prob. | t<br>Value               | Degrees of<br>Freedom | 2-Tail<br>Prob.       | t<br>Value                 | Degrees of<br>Freedom | 2-Tail<br>Prob. |
|      | 1.80 .267             |                          | 30                    | .332                  |                            | 27.75                 | .333            |

t-test for: TOTPOS TOTAL POSITIVO

|      |                       | Number<br>of Cases       | Mean                  | Standard<br>Deviation | Standard<br>Error          |                       |                 |
|------|-----------------------|--------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------|
| 2) A | Group 1               | 16                       | 348.1250              | 32.292                | 8.073                      | 2) A                  |                 |
|      | Group 2               | 16                       | 305.7500              | 48.261                | 12.065                     |                       |                 |
|      |                       | Pooled Variance Estimate |                       |                       | Separate Variance Estimate |                       |                 |
| F    | 2-Tail<br>Value Prob. | t<br>Value               | Degrees of<br>Freedom | 2-Tail<br>Prob.       | t<br>Value                 | Degrees of<br>Freedom | 2-Tail<br>Prob. |
|      | 2.23 .131             |                          | 30                    | .007                  |                            | 26.19                 | .007            |

t-test for: IDENT IDENTIDAD

|      |                       | Number<br>of Cases       | Mean                  | Standard<br>Deviation | Standard<br>Error          |                       |                 |
|------|-----------------------|--------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------|
| 3) A | Group 1               | 16                       | 127.6250              | 9.966                 | 2.491                      | 3) A                  |                 |
|      | Group 2               | 16                       | 112.6875              | 13.320                | 3.330                      |                       |                 |
|      |                       | Pooled Variance Estimate |                       |                       | Separate Variance Estimate |                       |                 |
| F    | 2-Tail<br>Value Prob. | t<br>Value               | Degrees of<br>Freedom | 2-Tail<br>Prob.       | t<br>Value                 | Degrees of<br>Freedom | 2-Tail<br>Prob. |
|      | 1.79 .272             |                          | 30                    | .001                  |                            | 27.79                 | .001            |

t-test for: AUTOSAT AUTOSATISFACCION

|      |                       | Number<br>of Cases       | Mean                  | Standard<br>Deviation | Standard<br>Error          |                       |                 |
|------|-----------------------|--------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------|
| 4) A | Group 1               | 16                       | 100.8750              | 25.716                | 6.429                      | 4) A                  |                 |
|      | Group 2               | 16                       | 95.5625               | 12.393                | 3.098                      |                       |                 |
|      |                       | Pooled Variance Estimate |                       |                       | Separate Variance Estimate |                       |                 |
| F    | 2-Tail<br>Value Prob. | t<br>Value               | Degrees of<br>Freedom | 2-Tail<br>Prob.       | t<br>Value                 | Degrees of<br>Freedom | 2-Tail<br>Prob. |
|      | 4.31 .008             |                          | 30                    | .462                  |                            | 21.61                 | .465            |

Page 4. ESTUDIO SOBRE LA AUTOESTIMA EN DIABETICOS Y NORMALES?  
 ES IGUAL LA AUTOESTIMA EN DIABETICOS QUE EN NORMALES?

Independent samples of DIABETES PADECE LA DIABETES

Group 1: DIABETE EQ 1

Group 2: DIABETE EQ 2

t-test for: COMPOR COMPORTAMIENTO

|         |              | Number<br>of Cases       | Mean               | Standard<br>Deviation | Standard<br>Error          |                    |              |
|---------|--------------|--------------------------|--------------------|-----------------------|----------------------------|--------------------|--------------|
| 5) A    | Group 1      | 16                       | 115.3750           | 14.962                | 3.740                      | 5) A               |              |
|         | Group 2      | 16                       | 102.5000           | 11.100                | 3.275                      |                    |              |
|         |              | Pooled Variance Estimate |                    |                       | Separate Variance Estimate |                    |              |
| F Value | 2-Tail Prob. | t Value                  | Degrees of Freedom | 2-Tail Prob.          | t Value                    | Degrees of Freedom | 2-Tail Prob. |
| 1.30    | .613         | 2.59                     | 30                 | .015                  | 2.59                       | 29.49              | .015         |

t-test for: SELFPIS SELF FISICO

|         |              | Number<br>of Cases       | Mean               | Standard<br>Deviation | Standard<br>Error          |                    |              |
|---------|--------------|--------------------------|--------------------|-----------------------|----------------------------|--------------------|--------------|
| 6) A    | Group 1      | 16                       | 71.1875            | 7.705                 | 1.925                      | 6) A               |              |
|         | Group 2      | 16                       | 62.5000            | 8.764                 | 2.191                      |                    |              |
|         |              | Pooled Variance Estimate |                    |                       | Separate Variance Estimate |                    |              |
| F Value | 2-Tail Prob. | t Value                  | Degrees of Freedom | 2-Tail Prob.          | t Value                    | Degrees of Freedom | 2-Tail Prob. |
| 1.29    | .624         | 2.98                     | 30                 | .006                  | 2.98                       | 29.52              | .006         |

t-test for: SELPFI SELF FTICO

|         |              | Number<br>of Cases       | Mean               | Standard<br>Deviation | Standard<br>Error          |                    |              |
|---------|--------------|--------------------------|--------------------|-----------------------|----------------------------|--------------------|--------------|
| 7) A    | Group 1      | 16                       | 66.5625            | 9.230                 | 2.308                      | 7) A               |              |
|         | Group 2      | 16                       | 61.8125            | 9.502                 | 2.376                      |                    |              |
|         |              | Pooled Variance Estimate |                    |                       | Separate Variance Estimate |                    |              |
| F Value | 2-Tail Prob. | t Value                  | Degrees of Freedom | 2-Tail Prob.          | t Value                    | Degrees of Freedom | 2-Tail Prob. |
| 1.06    | .912         | 1.43                     | 30                 | .162                  | 1.43                       | 29.97              | .162         |

t-test for: SELFPNR SELF PERSONAL

|         |              | Number<br>of Cases       | Mean               | Standard<br>Deviation | Standard<br>Error          |                    |              |
|---------|--------------|--------------------------|--------------------|-----------------------|----------------------------|--------------------|--------------|
| 8) A    | Group 1      | 16                       | 67.8125            | 16.261                | 4.065                      | 8) A               |              |
|         | Group 2      | 16                       | 63.7500            | 9.015                 | 2.254                      |                    |              |
|         |              | Pooled Variance Estimate |                    |                       | Separate Variance Estimate |                    |              |
| F Value | 2-Tail Prob. | t Value                  | Degrees of Freedom | 2-Tail Prob.          | t Value                    | Degrees of Freedom | 2-Tail Prob. |
| 3.25    | .029         | .87                      | 30                 | .389                  | .87                        | 23.42              | .391         |

198 5 ESTUDIO SOBRE LA AUTOESTIMA EN DIABETICOS Y NORMALES?  
 ES IGUAL LA AUTOESTIMA EN DIABETICOS QUE EN NORMALES?

Independent samples of DIABETES PADRE LA DIABETES

Group 1: DIABETE EQ 1

Group 2: DIABETE EQ 2

t-test for: SELFAM SELF FAMILIAR

|         |              | Number<br>of Cases       | Mean              | Standard<br>Deviation | Standard<br>Error          |                   |              |
|---------|--------------|--------------------------|-------------------|-----------------------|----------------------------|-------------------|--------------|
| ) A     | Group 1      | 16                       | 67.0625           | 9.169                 | 2.292                      | 9) A              |              |
|         | Group 2      | 16                       | 60.3750           | 9.528                 | 2.382                      |                   |              |
|         |              | Pooled Variance Estimate |                   |                       | Separate Variance Estimate |                   |              |
| F Value | 2-Tail Prob. | t Value                  | Degree of Freedom | 2-Tail Prob.          | t Value                    | Degree of Freedom | 2-Tail Prob. |
| 1.08    | .884         | 2.02                     | 30                | .052                  | 2.02                       | 29.96             | .052         |

t-test for: SELFSOC SELF SOCIAL

|         |              | Number<br>of Cases       | Mean              | Standard<br>Deviation | Standard<br>Error          |                   |              |
|---------|--------------|--------------------------|-------------------|-----------------------|----------------------------|-------------------|--------------|
| .) A    | Group 1      | 16                       | 70.5000           | 7.720                 | 1.930                      | 10) A             |              |
|         | Group 2      | 16                       | 62.3750           | 5.909                 | 1.477                      |                   |              |
|         |              | Pooled Variance Estimate |                   |                       | Separate Variance Estimate |                   |              |
| F Value | 2-Tail Prob. | t Value                  | Degree of Freedom | 2-Tail Prob.          | t Value                    | Degree of Freedom | 2-Tail Prob. |
| 1.71    | .311         | 3.34                     | 30                | .002                  | 3.34                       | 28.08             | .002         |

t-test for: VARTOT VARIABILIDAD TOTAL

|         |              | Number<br>of Cases       | Mean              | Standard<br>Deviation | Standard<br>Error          |                   |              |
|---------|--------------|--------------------------|-------------------|-----------------------|----------------------------|-------------------|--------------|
| 11)     | Group 1      | 16                       | 51.7500           | 15.906                | 3.976                      | 11) A             |              |
|         | Group 2      | 16                       | 53.6250           | 10.837                | 2.709                      |                   |              |
|         |              | Pooled Variance Estimate |                   |                       | Separate Variance Estimate |                   |              |
| F Value | 2-Tail Prob. | t Value                  | Degree of Freedom | 2-Tail Prob.          | t Value                    | Degree of Freedom | 2-Tail Prob. |
| 2.15    | .149         | -.39                     | 30                | .700                  | -.39                       | 26.46             | .700         |

t-test for: VARCOL VARIABILIDAD POR COLUMNA

|         |              | Number<br>of Cases       | Mean              | Standard<br>Deviation | Standard<br>Error          |                   |              |
|---------|--------------|--------------------------|-------------------|-----------------------|----------------------------|-------------------|--------------|
| 12) A   | Group 1      | 16                       | 29.7500           | 9.829                 | 2.457                      | 12) A             |              |
|         | Group 2      | 16                       | 33.5000           | 16.904                | 4.226                      |                   |              |
|         |              | Pooled Variance Estimate |                   |                       | Separate Variance Estimate |                   |              |
| F Value | 2-Tail Prob. | t Value                  | Degree of Freedom | 2-Tail Prob.          | t Value                    | Degree of Freedom | 2-Tail Prob. |
| 2.96    | .044         | -.77                     | 30                | .449                  | -.77                       | 24.10             | .450         |

Page 6 ESTUDIO SOBRE LA AUTOESTIMA EN DIABETICOS Y NORMALES?  
 ¿ES IGUAL LA AUTOESTIMA EN DIABETICOS QUE EN NORMALES?

Independent samples of DIABETES PADECE LA DIABETES

Group 1: DIABET EQ 1

Group 2: DIABET EQ 2

t-test for: VARHIL VARIABILIDAD POR HILERA

|               | Number<br>of Cases | Mean    | Standard<br>Deviation | Standard<br>Error |       |
|---------------|--------------------|---------|-----------------------|-------------------|-------|
| 13) A Group 1 | 16                 | 22.0000 | 7.519                 | 1.880             | 13) A |
| Group 2       | 16                 | 23.0625 | 6.060                 | 1.515             |       |

|            |                 | Pooled Variance Estimate |                      |                 | Separate Variance Estimate |                      |                 |
|------------|-----------------|--------------------------|----------------------|-----------------|----------------------------|----------------------|-----------------|
| F<br>Value | 2-Tail<br>Prob. | t<br>Value               | Degree of<br>Freedom | 2-Tail<br>Prob. | t<br>Value                 | Degree of<br>Freedom | 2-Tail<br>Prob. |
| 1.54       | .413            | -.44                     | 30                   | .663            | -.44                       | 28.71                | .663            |

APP. 8. ESTUDIO SOBRE LA AUTOESTIMA EN DIABÉTICOS Y NO DIABÉTICOS  
 CUYAS VARIABLES SE RELACIONAN LA AUTOESTIMA.

| Correlaciones: | ACTOC                       | TOYFOS                      | VIDIERY                     | ABYOSAY                     | CONFOS                      | SELFFIS                     | SELFFPI                     | SELFFPO                     | SELFFPA                     | SELFFSOC                    | VARFOT                      |
|----------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| ACTOC          | 1.0000<br>(.321)<br>P. .000 | -.3551<br>(.321)<br>P. .024 | -.3144<br>(.321)<br>P. .040 | -.1518<br>(.321)<br>P. .553 | -.5889<br>(.321)<br>P. .001 | -.2226<br>(.321)<br>P. .110 | -.4149<br>(.321)<br>P. .003 | .2161<br>(.321)<br>P. .095  | -.5669<br>(.321)<br>P. .000 | -.2824<br>(.321)<br>P. .135 | -.1944<br>(.321)<br>P. .017 |
| TOYFOS         | -.3551<br>(.321)<br>P. .024 | 1.0000<br>(.321)<br>P. .000 | -.6540<br>(.321)<br>P. .000 | -.4214<br>(.321)<br>P. .005 | -.7917<br>(.321)<br>P. .000 | -.3204<br>(.321)<br>P. .000 | -.0464<br>(.321)<br>P. .800 | .5913<br>(.321)<br>P. .000  | -.7419<br>(.321)<br>P. .000 | -.7491<br>(.321)<br>P. .000 | -.1649<br>(.321)<br>P. .025 |
| VIDIERY        | -.3144<br>(.321)<br>P. .040 | -.6540<br>(.321)<br>P. .000 | 1.0000<br>(.321)<br>P. .000 | -.3198<br>(.321)<br>P. .057 | -.7752<br>(.321)<br>P. .000 | -.7118<br>(.321)<br>P. .000 | -.7239<br>(.321)<br>P. .000 | .5948<br>(.321)<br>P. .000  | -.7504<br>(.321)<br>P. .000 | -.7217<br>(.321)<br>P. .000 | -.1461<br>(.321)<br>P. .192 |
| ABYOSAY        | -.1518<br>(.321)<br>P. .553 | -.4214<br>(.321)<br>P. .005 | -.3198<br>(.321)<br>P. .057 | 1.0000<br>(.321)<br>P. .000 | -.1824<br>(.321)<br>P. .249 | -.2156<br>(.321)<br>P. .055 | -.4324<br>(.321)<br>P. .001 | .3415<br>(.321)<br>P. .021  | -.3194<br>(.321)<br>P. .037 | -.2148<br>(.321)<br>P. .119 | -.6192<br>(.321)<br>P. .001 |
| CONFOS         | -.5889<br>(.321)<br>P. .001 | -.7917<br>(.321)<br>P. .000 | -.7752<br>(.321)<br>P. .000 | -.1824<br>(.321)<br>P. .249 | 1.0000<br>(.321)<br>P. .000 | .5995<br>(.321)<br>P. .000  | -.7674<br>(.321)<br>P. .000 | -.6895<br>(.321)<br>P. .000 | -.8524<br>(.321)<br>P. .000 | -.6491<br>(.321)<br>P. .000 | -.1060<br>(.321)<br>P. .045 |
| SELFFIS        | -.2226<br>(.321)<br>P. .110 | -.3204<br>(.321)<br>P. .000 | -.7118<br>(.321)<br>P. .000 | -.2156<br>(.321)<br>P. .055 | .5995<br>(.321)<br>P. .000  | 1.0000<br>(.321)<br>P. .000 | .6145<br>(.321)<br>P. .001  | -.2316<br>(.321)<br>P. .001 | -.4125<br>(.321)<br>P. .001 | -.5108<br>(.321)<br>P. .001 | -.1913<br>(.321)<br>P. .040 |
| SELFFPI        | -.4149<br>(.321)<br>P. .003 | -.0464<br>(.321)<br>P. .800 | -.7239<br>(.321)<br>P. .000 | -.4324<br>(.321)<br>P. .001 | -.7674<br>(.321)<br>P. .000 | .6145<br>(.321)<br>P. .001  | 1.0000<br>(.321)<br>P. .000 | -.6472<br>(.321)<br>P. .000 | -.7192<br>(.321)<br>P. .000 | -.4542<br>(.321)<br>P. .004 | -.3111<br>(.321)<br>P. .024 |
| SELFFPO        | -.2161<br>(.321)<br>P. .095 | -.5913<br>(.321)<br>P. .000 | -.5948<br>(.321)<br>P. .000 | -.7198<br>(.321)<br>P. .000 | -.7239<br>(.321)<br>P. .000 | -.7239<br>(.321)<br>P. .000 | -.6895<br>(.321)<br>P. .000 | 1.0000<br>(.321)<br>P. .000 | .7169<br>(.321)<br>P. .000  | -.5648<br>(.321)<br>P. .000 | -.2579<br>(.321)<br>P. .002 |
| SELFFPA        | -.5669<br>(.321)<br>P. .000 | -.7419<br>(.321)<br>P. .000 | -.7504<br>(.321)<br>P. .000 | -.7194<br>(.321)<br>P. .000 | -.7674<br>(.321)<br>P. .000 | -.6895<br>(.321)<br>P. .000 | -.8524<br>(.321)<br>P. .000 | 1.0000<br>(.321)<br>P. .000 | .3194<br>(.321)<br>P. .000  | -.5657<br>(.321)<br>P. .000 | -.4282<br>(.321)<br>P. .004 |
| SELFFSOC       | -.2824<br>(.321)<br>P. .135 | -.7491<br>(.321)<br>P. .000 | -.7491<br>(.321)<br>P. .000 | -.6192<br>(.321)<br>P. .001 | -.6491<br>(.321)<br>P. .000 | -.5108<br>(.321)<br>P. .001 | -.4125<br>(.321)<br>P. .001 | .4125<br>(.321)<br>P. .001  | 1.0000<br>(.321)<br>P. .000 | -.8008<br>(.321)<br>P. .000 | -.2114<br>(.321)<br>P. .000 |
| VARFOT         | -.1944<br>(.321)<br>P. .017 | -.1649<br>(.321)<br>P. .024 | -.1461<br>(.321)<br>P. .040 | -.6192<br>(.321)<br>P. .001 | -.7917<br>(.321)<br>P. .000 | -.1913<br>(.321)<br>P. .040 | -.2513<br>(.321)<br>P. .024 | -.2513<br>(.321)<br>P. .024 | -.4242<br>(.321)<br>P. .001 | -.2194<br>(.321)<br>P. .004 | 1.0000<br>(.321)<br>P. .000 |
| IVARFOS        | -.6639<br>(.321)<br>P. .004 | -.2527<br>(.321)<br>P. .001 | -.8124<br>(.321)<br>P. .000 | -.1615<br>(.321)<br>P. .005 | -.7895<br>(.321)<br>P. .000 | -.2389<br>(.321)<br>P. .001 | -.1643<br>(.321)<br>P. .019 | -.1614<br>(.321)<br>P. .018 | -.7874<br>(.321)<br>P. .000 | -.9329<br>(.321)<br>P. .000 | -.6410<br>(.321)<br>P. .000 |
| IVARFEL        | -.2748<br>(.321)<br>P. .063 | -.8143<br>(.321)<br>P. .000 | -.3465<br>(.321)<br>P. .024 | -.2742<br>(.321)<br>P. .025 | -.7494<br>(.321)<br>P. .000 | -.7857<br>(.321)<br>P. .000 | -.6574<br>(.321)<br>P. .000 | -.8162<br>(.321)<br>P. .000 | -.5814<br>(.321)<br>P. .000 | -.7489<br>(.321)<br>P. .000 | -.8540<br>(.321)<br>P. .000 |
| IVARFAROS      | -.1515<br>(.321)<br>P. .553 | -.3854<br>(.321)<br>P. .020 | -.2363<br>(.321)<br>P. .053 | -.1371<br>(.321)<br>P. .224 | -.2846<br>(.321)<br>P. .053 | -.4083<br>(.321)<br>P. .002 | -.2355<br>(.321)<br>P. .002 | -.4080<br>(.321)<br>P. .000 | -.3939<br>(.321)<br>P. .000 | -.6592<br>(.321)<br>P. .004 | -.3225<br>(.321)<br>P. .000 |
| IVARFAD        | -.0948<br>(.321)<br>P. .787 | -.2819<br>(.321)<br>P. .053 | -.2389<br>(.321)<br>P. .054 | -.0247<br>(.321)<br>P. .462 | -.2148<br>(.321)<br>P. .064 | -.1645<br>(.321)<br>P. .054 | -.8287<br>(.321)<br>P. .000 | -.8170<br>(.321)<br>P. .000 | -.8551<br>(.321)<br>P. .000 | -.2115<br>(.321)<br>P. .000 | 1.0000<br>(.321)<br>P. .000 |
| IVARFADAD      | -.1515<br>(.321)<br>P. .553 | -.4080<br>(.321)<br>P. .000 | -.4782<br>(.321)<br>P. .001 | -.0529<br>(.321)<br>P. .381 | -.4225<br>(.321)<br>P. .000 | -.4231<br>(.321)<br>P. .000 | -.1641<br>(.321)<br>P. .055 | -.2182<br>(.321)<br>P. .000 | .3884<br>(.321)<br>P. .000  | -.6101<br>(.321)<br>P. .000 | -.8065<br>(.321)<br>P. .000 |

\*Coefficient / (Cases) / 1-tailed Significance

\* \* is printed if a coefficient cannot be computed

12/30/81

de y ESTUDIO SOBRE LA AUTOESTIMA EN DIABÉTICOS Y NORMALSES  
 CON QUE VARIABLES SE RELACIONA LA AUTOESTIMA

| relaciones: | VARCOL                     | VARBIL                     | HERMANOS                   | EDAD                       | TIEMPO                     |     |
|-------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----|
| ARTOC       | -.4639<br>(.321)<br>P=.164 | -.2760<br>(.321)<br>P=.564 | -.1515<br>(.321)<br>P=.204 | -.0149<br>(.321)<br>P=.183 | -.1595<br>(.321)<br>P=.192 | G1  |
| TOTPOS      | -.3527<br>(.321)<br>P=.081 | -.0141<br>(.321)<br>P=.889 | -.3654<br>(.321)<br>P=.028 | .2819<br>(.321)<br>P=.059  | .4189<br>(.321)<br>P=.009  | G2  |
| DIEST       | -.0120<br>(.321)<br>P=.829 | -.3665<br>(.321)<br>P=.026 | -.2943<br>(.321)<br>P=.051 | .2899<br>(.321)<br>P=.054  | -.4762<br>(.321)<br>P=.003 | G3  |
| AVTOSAY     | -.3875<br>(.321)<br>P=.014 | -.2542<br>(.321)<br>P=.051 | -.1377<br>(.321)<br>P=.226 | -.0267<br>(.321)<br>P=.442 | -.0520<br>(.321)<br>P=.767 | G4  |
| CONFOR      | -.3845<br>(.321)<br>P=.045 | -.3494<br>(.321)<br>P=.025 | -.2941<br>(.321)<br>P=.051 | .2748<br>(.321)<br>P=.044  | -.0225<br>(.321)<br>P=.886 | G5  |
| SOLFIS      | -.2399<br>(.321)<br>P=.053 | -.1467<br>(.321)<br>P=.153 | -.0405<br>(.321)<br>P=.413 | .3665<br>(.321)<br>P=.028  | .0277<br>(.321)<br>P=.889  | G6  |
| SELPRTI     | -.1683<br>(.321)<br>P=.179 | -.0574<br>(.321)<br>P=.694 | -.2355<br>(.321)<br>P=.041 | .0207<br>(.321)<br>P=.455  | -.1461<br>(.321)<br>P=.179 | G7  |
| SELPRER     | -.1674<br>(.321)<br>P=.180 | -.0262<br>(.321)<br>P=.687 | -.0018<br>(.321)<br>P=.918 | .0478<br>(.321)<br>P=.758  | .1102<br>(.321)<br>P=.274  | G8  |
| SELPRAN     | -.3074<br>(.321)<br>P=.043 | -.5014<br>(.321)<br>P=.002 | -.3938<br>(.321)<br>P=.013 | .0051<br>(.321)<br>P=.322  | .3800<br>(.321)<br>P=.004  | G9  |
| SELPSOC     | -.0720<br>(.321)<br>P=.348 | -.3489<br>(.321)<br>P=.023 | -.4593<br>(.321)<br>P=.004 | .2713<br>(.321)<br>P=.047  | .4101<br>(.321)<br>P=.003  | G10 |
| VARTOT      | .6638<br>(.321)<br>P=.000  | .0568<br>(.321)<br>P=.608  | -.0325<br>(.321)<br>P=.438 | -.1844<br>(.321)<br>P=.154 | .0845<br>(.321)<br>P=.498  | G11 |
| VARCOL      | 1.0000<br>(.321)<br>P=.    | -.3462<br>(.321)<br>P=.026 | -.1871<br>(.321)<br>P=.218 | .0865<br>(.321)<br>P=.406  | -.1935<br>(.321)<br>P=.204 | G12 |
| VARBIL      | -.3462<br>(.321)<br>P=.026 | 1.0000<br>(.321)<br>P=.    | .3245<br>(.321)<br>P=.249  | -.2386<br>(.321)<br>P=.183 | .0100<br>(.321)<br>P=.473  | G13 |
| HERMANOS    | -.1870<br>(.321)<br>P=.278 | -.3245<br>(.321)<br>P=.249 | 1.0000<br>(.321)<br>P=.    | -.0492<br>(.321)<br>P=.353 | -.3629<br>(.321)<br>P=.051 | G14 |
| EDAD        | -.0862<br>(.321)<br>P=.484 | -.2386<br>(.321)<br>P=.183 | -.0492<br>(.321)<br>P=.353 | 1.0000<br>(.321)<br>P=.    | .1273<br>(.321)<br>P=.204  | G15 |
| TIEMPO      | -.1935<br>(.321)<br>P=.204 | -.0100<br>(.321)<br>P=.473 | -.3629<br>(.321)<br>P=.051 | .1273<br>(.321)<br>P=.204  | 1.0000<br>(.321)<br>P=.    | G16 |

\*Coefficient / (Cases) / 1-tailed Significance

. . is printed if a coefficient cannot be computed

que 11 ESTUDIO SOBRE LA ANTOESTINA EN DIABETICOS Y NORMALES?  
 QUE ASPECTOS DE LA A.E. DISCRIMINAN DIABETICOS DE NORMALES?

12/30/68

## DISCRIMINARY ANALYSIS

4 groups defined by DIABETES PADICE LA DIABETIS

32 (unweighted) cases were processed.  
 0 of these were excluded from the analysis.  
 32 (unweighted) cases will be used in the analysis.

Number of Cases by Group

| DIABETES | Number of Cases |          | Label |
|----------|-----------------|----------|-------|
|          | Unweighted      | Weighted |       |
| 1        | 16              | 16.0     | S1    |
| 2        | 16              | 16.0     | D0    |
| Total    | 32              | 32.0     |       |

que 12 ESTUDIO SOBRE LA ANTOESTINA EN DIABETICOS Y NORMALES?  
 QUE ASPECTOS DE LA A.E. DISCRIMINAN DIABETICOS DE NORMALES?

12/30/68

## DISCRIMINARY ANALYSIS

4 groups defined by DIABETIS PADICE LA DIABETIS (D 1)

Analysis number 1

epwise variable selection

Selection rule: Minimize Wilks' Lambda  
 Maximum number of steps..... 25  
 Minimum Tolerance level..... .00100  
 Minimum F to enter..... 1.0000  
 Maximum F to remove..... 1.0000

Final Discriminant Functions

Maximum number of functions..... 1  
 Minimum cumulative percent of variance... 100.00  
 Minimum significance of Wilks' Lambda.... 0.0000

Color probability for each group in .50000

----- Variables in the analysis after step 4 -----

| Variable | Tolerance | F to remove | Wilks' Lambda |
|----------|-----------|-------------|---------------|
| IDENT    | .3165531  | 17.337      | .92432        |
| SILPBY1  | .3620782  | 3.8410      | .62832        |
| TATPEB   | .5685188  | 1.3108      | .59108        |
| ITCDE    | .8000215  | 2.0344      | .56093        |

----- Variables not in the analysis after step 4 -----

| Variable | Tolerance | Minimum Tolerance | F to enter | Wilks' Lambda |
|----------|-----------|-------------------|------------|---------------|
| AUTOC    | .6317813  | .2930215          | .18163E-01 | .56481        |
| TOTPOS   | .2513786  | .1635639          | .18728     | .56837        |
| TYOCAT   | .7194623  | .3166882          | .67631E-02 | .56426        |
| INPCR    | .3611130  | .2133888          | .78611E-01 | .56270        |
| JLFFPIS  | .0132966  | .1529535          | .41862     | .55020        |
| SILPFAH  | .7953653  | .2533653          | .91703E-01 | .56282        |
| SILPSCC  | .5686288  | .4478938          | .85413     | .56165        |
| INPOF    | .4941814  | .3760778          | .18984E-01 | .56227        |
| IBRIL    | .6882271  | .3160126          | .19624     | .56022        |

F level or tolerance or VIB insufficient for further competition.

## Summary Table

| Action  | Vars    | Wilks' |        |       |           |
|---------|---------|--------|--------|-------|-----------|
| Entered | Removed | In     | Lambda | Sig.  | Label     |
| 1       |         | 1      | .42244 | .0017 | AGE*1100  |
| 1       |         | 2      | .39189 | .0019 | SEX*1100  |
| 1       |         | 3      | .35189 | .0019 | VARC*1100 |
| 1       |         | 4      | .34469 | .0030 | SEL*1100  |

## Canonical Discriminant Functions

| Function | Eigenvalue | Percent of Variance | Cumulative Percent | Canonical Correlation | After Function | Wilks' Lambda | Chi-squared | D.F. | Significance |
|----------|------------|---------------------|--------------------|-----------------------|----------------|---------------|-------------|------|--------------|
| 1        | .77318     | 100.00              | 100.00             | .659365               | 1              | .564887       | 16.816      | 4    | .000         |

0 marks the 1 canonical discriminant functions remaining in the analysis.

## Standardized Canonical Discriminant Function Coefficients

|      | FUNC 1   |
|------|----------|
| AGE  | -.168350 |
| SEX  | -.07589  |
| SEL  | -.03239  |
| VARC | -.02557  |

se 13 ESTUDIO SOBRE LA AUTOESTIMA EN DIABETICOS Y NORMALIS?  
1 ASPECTOS DE LA A.E. DISCRIMINADA DIABETICOS DE NORMALIS?

12/10/88

## Structure Matrix:

old-within-groups correlations between discriminating variables  
and canonical discriminant functions  
(Variables ordered by size of correlation within function)

|      | FUNC 1  |
|------|---------|
| AGE  | -.15186 |
| SEX  | -.07663 |
| SEL  | -.03110 |
| VARC | -.02581 |
| AGE  | -.01166 |
| SEL  | -.01086 |
| SEL  | -.01087 |
| VARC | -.00811 |
| SEL  | -.01163 |
| AGE  | -.01361 |
| VARC | -.01011 |
| VARC | -.01160 |

## Canonical Discriminant Functions evaluated At Group Means (Group Centroids)

| Group | FUNC 1  |
|-------|---------|
| 1     | -.05061 |
| 2     | -.05061 |



## ¿ES IGUAL LA VARIABILIDAD TOTAL EN AMBOS SEXOS?

Independent samples of SEXO

Group 1: SEXO EQ 1

Group 2: SEXO EQ 2

t-test for: VARTOT VARIABILIDAD TOTAL

|         |              | Number<br>of Cases       | Mean              | Standard<br>Deviation | Standard<br>Error          |                   |              |  |
|---------|--------------|--------------------------|-------------------|-----------------------|----------------------------|-------------------|--------------|--|
| 1) B    | Group 1      | 16                       | 51.7500           | 10.057                | 2.514                      |                   |              |  |
|         | Group 2      | 16                       | 53.6250           | 16.411                | 4.103                      |                   |              |  |
|         |              | Pooled Variance Estimate |                   |                       | Separate Variance Estimate |                   |              |  |
| F Value | 2-Tail Prob. | t Value                  | Degree of Freedom | 2-Tail Prob.          | t Value                    | Degree of Freedom | 2-Tail Prob. |  |
| 2.66    | .067         | -.39                     | 30                | .700                  | -.39                       | 24.87             | .700         |  |

## **CAPITULO VII**

### **CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS**

CONCLUSIONES. El período adolescente, tal y como lo hemos planteado es en esencia un período de incertidumbre, de cuestionamiento y de revalorización. El adolescente habrá de vivir estos cambios haciendo acopio de toda su energía, para lograr la afirmación y los cambios propios a su nuevo rol y así poder concientizar las demandas de dejar de ser niño, las cuales vive a través de crisis de identidad, crisis sociales y familiares entre las más importantes. Será durante este período que el autoconcepto sufrirá los mismos cambios y cuestionamientos: ya no es el cuerpo del niño (Self-Físico), ni el pequeño de mamá (Self-Familiar), el joven está siendo testigo del nacimiento de un nuevo ser dentro de sí, el cual deberá enfrentar retos diferentes a los del pasado. Una vez terminado este proceso, el autoconcepto adquirirá su carácter definitivo que acompañará a la persona durante su vida adulta.

Teniendo en cuenta lo difícil que resulta todo este proceso, podemos comprender porqué el autoconcepto de un adolescente normal, como en el caso de los jóvenes de la presente investigación hayan puntuado bajo.

También podemos entender el porqué el autoconcepto del adolescente diabético de la presente investigación haya puntuado más alto que el normal, ya que ellos pertenecen a un grupo de adolescentes diabéticos que se cuida, que asiste periódicamente al médico y que forma parte de un grupo de trabajo (PROBINDE), lo cual les ha llevado a mantener un estado de salud óptimo y niveles de glicemia cercanos a los normales.

En la adolescencia el joven ya no está unido a la realidad sino que puede elaborar hipótesis y pensar en distintas posibilidades. Esta nueva

flexibilidad cognitiva se refleja en conceptualizaciones más maduras y complejas de lo que son salud y enfermedad. Este entendimiento, le brinda la oportunidad de prepararse y cuidarse lo mejor posible aunque ello implique un gran ansiedad y tensión.

De esto derivamos la importancia que tiene para el joven diabético el entendimiento de su enfermedad pero al mismo tiempo y en el mismo grado de importancia la necesidad de un soporte que incluya discusiones de los aspectos psicosociales, posibilidades de afrontar el futuro, introducción de modelos adultos y todo esto solo se puede lograr a través de la comunicación entre los padres y los médicos.

El contacto personal durante el trabajo realizado fué muy gratificante, ya que pudimos constatar la buena disposición de los adolescentes sujetos a la investigación, los que cooperaron incondicionalmente. Este mismo espíritu de apoyo lo obtuvimos de sus familiares y médicos.

El modelo de tareas del desarrollo supone un entarimado efectivo por medio del cual podríamos valorar los efectos que tiene la diabetes sobre el desarrollo físico y psicológico del adolescente y de esa manera planificar una intervención efectiva. También nos da una base a partir de la cual podremos formar hipótesis e investigar las implicaciones psicológicas y familiares que la diabetes requiere desde su inicio y en su curso y tratamiento.

Es la diabetes un síndrome multideterminado. El reconocimiento de los diversos factores que intervienen en su desarrollo, la orientación para el

paciente y/o su familia, así como para los médicos, tendiente a promover medidas de apoyo que le sirvan al joven diabético para el mejor manejo de su enfermedad; será nuestra responsabilidad, no solo como psicólogos clínicos sino como mexicanos y en última instancia como ciudadanos del mundo.

**SUGERENCIAS.** Dado el pequeño número de la muestra con la que trabajamos, sugerimos que en próximas investigaciones en la medida de lo posible, tratar de agrandar la muestra para que los resultados obtenidos pudieran alcanzar una mayor ejemplificación.

También consideramos que sería muy interesante, la aplicación del test no solo a grupos de trabajo establecidos, sino a todos aquellos pacientes diabéticos que asistan a consulta a los diferentes centros de salud con el fin de poder comparar los resultados tanto de grupos establecidos con aquellos que no pertenecen a ninguno en especial.

Nos permitimos sugerir como algo importante el seguimiento de los pacientes utilizados en la presente investigación para constatar el desarrollo ulterior en su vida como adultos, como paraja, profesionistas, o cualquiera que sea la actividad que desarrollen, y así poder deducir así una autoestima alta en su época de adolescencia se tradujo en un rol adulto satisfactorio y productivo para la sociedad.

Consideramos que dadas las condiciones actuales del país y el gran número de pacientes que solicitan atención y tratamiento, es de suma importancia establecer las estrategias de abordaje terapéutico en donde no solo se incluyan programas de orientación desde el punto de vista clínicos sino

también que contemplen la orientación psicológica de la familia y el paciente.

El mayor obstáculo al que nos enfrentamos en la presente investigación fué el poder reunir la muestra de los adolescentes con diabetes, ya que desafortunadamente dentro de las instituciones de gobierno y debido al burocratismo que se dá en muchas de ellas, nos fué imposible el poder acercar la muestra.

Sería interesante comprobar lo que el análisis discriminante nos dijo es decir que através de esas 4 variables (Self-Etico-Moral, Self de Identidad, Self-Personal y la Variabilidad por columna) se puede predecir de un grupo quienes padecen diabetes y quienes no. Esto nos hablaría de una "personalidad diabética". Sin embargo, deberíamos de comprobar que dichas variables son exclusivas del paciente diabético y que no son compartidas con algún otro padecimiento de tipo crónico como pudieran ser la epilepsia nefropatías ó cardiopatías.

**LIMITACIONES.** Además de las señaladas en el capítulo II inciso 2.5 que engloban aquellas de carácter estadístico en cuanto a su alcance, para poder en un momento determinado generalizar los resultados al resto de la población; nos encontramos con la limitante del instrumento utilizado en la medición de la autoestima, ya que la "escala de Autoconcepto de Tennessee" no ha sido estandarizada en nuestro país y aunque el autor no considera necesario el establecimiento de normas separadas en cuanto a sexo, raza, nivel socio-económico, etc... tenemos que considerar que los patrones de conducta y las escalas de valores para los mexicanos no son las

mismas que privan dentro de la sociedad Estadounidense ni de ninguna otra sociedad.

**APENDICE 1**

**INSTRUCTIVO DEL TEST DE  
AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE.**

**HOJA DE RESPUESTA**



## I N S T R U C C I O N E S

Escriba su nombre y el resto de la información solicitada en los espacios indicados en la hoja de respuestas. Deje para después la información de los tres últimos espacios relativa al tiempo. Escriba solamente en la hoja de respuestas y no escriba en este folleto.

En este folleto encontrará una serie de afirmaciones en las cuales Ud. se describe a sí mismo, tal como Usted se ve. Conteste como si Usted se estuviera describiendo a sí mismo y no ante ninguna otra persona. NO OMITA NINGUNA AFIRMACION. Lea cada afirmación cuidadosamente y después escoja una de las cinco respuestas. En la hoja de respuestas. ENCIERRE EN UN CIRCULO el número de la respuesta que Usted escogió; si desea cambiar la respuesta después de haber hecho el círculo, no borre; escriba una "X" sobre la respuesta marcada y después ponga el círculo en la respuesta que Ud. desea.

Cuando éste listo para empezar localice en su hoja de respuestas el espacio que dice "HORA EN QUE EMPEZO" y anote la hora; cuando haya terminado anote la hora en que terminó dentro del espacio que dice "HORA EN QUE TERMINO". Al comenzar, asegurece que la hoja de respuestas y este folleto estén colocados de tal manera que los números de las afirmaciones y los de las respuestas coincidan. Recuerde trazar un CIRCULO alrededor del número de la respuesta que Usted ha escogido para cada afirmación.

## RESPUESTAS:

| Completamente<br>Falso | Casi<br>Totalmente<br>Falso | Parte Falso<br>y parte<br>Verdadero | Casi<br>Totalmente<br>Verdadero. | Totalmente<br>Verdadero. |
|------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| 1                      | 2                           | 3                                   | 4                                | 5                        |

Esta escala se ha producido al pie de cada página a fin de ayudarle a -  
recordar.

No pase a la página siguiente si no ha comprendido claramente las instrucc-  
ciones.

Página 1

Item

No.

|     |  |    |
|-----|--|----|
| 1.  | Gozo de buena salud .....                                  | 1  |
| 3.  | Soy una persona atractiva .....                            | 3  |
| 5.  | Me considero una persona muy desarreglada .....            | 5  |
| 19. | Soy una persona decente .....                              | 19 |
| 21. | Soy una persona honrada .....                              | 21 |
| 23. | Soy una persona mala .....                                 | 23 |
| 37. | Soy una persona alegre .....                               | 37 |
| 39. | Soy una persona calmada y tranquila .....                  | 39 |
| 41. | Soy un "don nadie" .....                                   | 41 |
| 55. | Mi familia siempre me ayudaría en cualquier problema ..... | 55 |
| 57. | Pertenezco a una familia feliz .....                       | 57 |
| 59. | Mis amigos no confían en mí .....                          | 59 |
| 73. | Soy una persona amigable .....                             | 73 |
| 75. | Soy popular con personas del sexo masculino .....          | 75 |
| 77. | Lo que hacen otras gentes no me interesa .....             | 77 |
| 91. | Algunas veces digo falsedades .....                        | 91 |
| 93. | En ocasiones me enojo .....                                | 93 |

|                 |                 |                     |
|-----------------|-----------------|---------------------|
| Completamente   | Casi Totalmente | Parte Falso y Parte |
| Falso           | Falso           | Verdadero           |
| 1               | 2               | 3                   |
| Casi Totalmente | Totalmente      |                     |
| Verdadero       | Verdadero       |                     |
| 4               | 5               |                     |

## Página 2

Item

No.

|     |   |    |
|-----|---|----|
| 2.  | Me agrada estar siempre arreglado (a) y pulcro (a) .....                      | 2  |
| 4.  | Estoy lleno (a) de achaques .....   | 4  |
| 6.  | Soy una persona enferma .....   | 6  |
| 20. | Soy una persona muy religiosa .....   | 20 |
| 22. | Soy un fracaso en mi conducta moral .....                                     | 22 |
| 24. | Soy una persona moralmente débil .....  | 24 |
| 38. | Tengo mucho dominio sobre mí mismo (a) .....                                  | 38 |
| 40. | Soy una persona detestable .....  | 40 |
| 42. | Me estoy volviendo loco (a) .....   | 42 |
| 56. | Soy importante para mis amigos y para mi familia .....                        | 56 |
| 58. | Mi familia no me quiere .....   | 58 |
| 60. | Siento que mis familiares me tienen desconfianza .....                        | 60 |
| 74. | Soy popular con personas del sexo femenino .....                              | 74 |
| 76. | Estoy disgustado (a) con todo el mundo .....                                  | 76 |
| 78. | Es difícil entablar amistad conmigo .....                                     | 78 |
| 92. | De vez en cuando pienso en cosas tan malas que no pueden<br>mencionarse ..... | 92 |
| 94. | Algunas veces, cuando no me siento bien, estoy de mal humor ....              | 94 |

|                 |                 |                     |
|-----------------|-----------------|---------------------|
| Completamente   | Casi Totalmente | Parte Falso y Parte |
| Falso           | Falso           | Verdadero           |
| 1               | 2               | 3                   |
| Casi Totalmente | Totalmente      |                     |
| Verdadero       | Verdadero       |                     |
| 4               | 5               |                     |

|     |  |    |
|-----|--|----|
| 7.  | No soy ni muy gordo (a) ni muy flaco (a) .....                                   | 7  |
| 9.  | Me agrada mi apariencia física .....   | 9  |
| 11. | Hay partes de mi cuerpo que no me agradan .....                                  | 11 |
| 25. | Estoy satisfecho con mi conducta moral .....                                     | 25 |
| 27. | Estoy satisfecho (a) de mis relaciones con Dios .....                            | 27 |
| 29. | Debería asistir más a menudo a la iglesia .....                                  | 29 |
| 43. | Estoy satisfecho (a) de lo que soy .....   | 43 |
| 45. | Mi comportamiento hacia otras personas es precisamente como<br>debería ser ..... | 45 |
| 47. | Me desprecio a mí mismo (a) .....  | 47 |
| 61. | Estoy satisfecho (a) con mis relaciones familiares .....                         | 61 |
| 63. | Muestro tanta comprensión a mis familiares como debiera .....                    | 63 |
| 65. | Debería depositar mayor confianza en mi familia .....                            | 65 |
| 79. | Soy tan sociable como quier ser .....  | 79 |
| 81. | Trato de agradar a los demás pero no me excedo .....                             | 81 |
| 83. | Soy un fracaso en mis relaciones sociales .....                                  | 83 |
| 95. | Algunas de las personas que conozco me caen mal .....                            | 95 |
| 97. | De vez en cuando me dan risa los chistes colorados .....                         | 97 |

|                 |                 |                     |
|-----------------|-----------------|---------------------|
| Completamente   | Casi Totalmente | Parte Falso y Parte |
| Falso           | Falso           | Verdadero           |
| 1               | 2               | 3                   |
| Casi Totalmente | Totalmente      |                     |
| Verdadero       | Verdadero       |                     |
| 4               | 5               |                     |

|     |  |    |
|-----|--|----|
| 8.  | No soy ni muy alto (a) ni muy bajo (a) .....   | 8  |
| 10. | No me siento tan bien como debiera .....   | 10 |
| 12. | Debería ser más atractivo (a) para con personas del sexo opuesto                               | 12 |
| 26. | Estoy satisfecho con mi vida religiosa .....   | 26 |
| 28. | Quisiera ser más digno (a) de confianza .....  | 28 |
| 30. | Debería mentir menos .....   | 30 |
| 44. | Estoy satisfecho (a) con mi inteligencia .....   | 44 |
| 46. | Me gustaría ser una persona distinta .....   | 46 |
| 48. | Quisiera no darme por vencido (a) tan fácilmente .....   | 48 |
| 62. | Trato a mis padres tan bien como debiera (Use tiempo pasado si..<br>los padres no viven) ..... | 62 |
| 64. | Me afecta mucho lo que dice mi familia .....   | 64 |
| 66. | Debería amar más a mis familiares .....  | 66 |
| 80. | Estoy satisfecho (a) con mi manera de tratar a la gente .....                                  | 80 |
| 82. | Debería ser más cortés con los demás .....   | 82 |
| 84. | Debería llevarme mejor con otras personas .....  | 84 |
| 96. | Algunas veces me gusta el chisme .....   | 96 |
| 98. | Algunas veces me dan ganas de decir malas palabras .....                                       | 98 |

|                 |                 |                     |
|-----------------|-----------------|---------------------|
| Completamente   | Casi Totalmente | Parte Falso y Parte |
| Falso           | Falso           | Verdadero           |
| 1               | 2               | 3                   |
| Casi Totalmente | Totalmente      |                     |
| Verdadero       | Verdadero       |                     |
| 4               | 5               |                     |

## Página 5

 Item  
 No.
 

---

|     |   |    |
|-----|---|----|
| 13. | Me cuido bien fisicamente .....                                   | 13 |
| 15. | Trato de ser cuidadoso (a) con mi apariencia .....                | 15 |
| 17. | Con frecuencia soy muy torpe .....                                | 17 |
| 31. | Mi religión es parte de mi vida diaria .....                      | 31 |
| 33. | Trato de cambiar cuando sé que estoy haciendo algo que no debo .. | 33 |
| 35. | En algunas ocasiones hago cosas muy malas .....                   | 35 |
| 49. | Puedo cuidarme siempre en cualquier situación .....               | 49 |
| 51. | Acepto mis faltas sin enojarme .....                              | 51 |
| 53. | Hago cosas sin haberlas pensado bien .....                        | 53 |
| 67. | Trato de ser justo (a) con mis amigos y familiares .....          | 67 |
| 69. | Me intereso sinceramente por mi familia .....                     | 69 |
| 71. | Siempre cedo a las exigencias de mis padres .....                 | 71 |
| 85. | Trato de comprender el punto de vista de los demás .....          | 85 |
| 87. | Me llevo bien con los demás .....                                 | 87 |
| 89. | Me es difícil perdonar .....                                      | 89 |
| 99. | Prefiero ganar en los juegos .....                                | 99 |

|               |                 |                     |
|---------------|-----------------|---------------------|
| Completamente | Casi Totalmente | Parte Falso y Parte |
| Falso         | Falso           | Verdadero           |
| 1             | 2               | 3                   |

|                 |            |
|-----------------|------------|
| Casi Totalmente | Totalmente |
| Verdadero       | Verdadero  |
| 4               | 5          |

## Página 6

Item  
No.  
—

|      |  |     |
|------|--|-----|
| 14.  | Me siento bien la mayor parte del tiempo .....                 | 14  |
| 16.  | Soy malo (a) para el deporte y los juegos .....                | 16  |
| 18.  | Duermo mal .....   | 18  |
| 32.  | La mayoría de las veces hago lo que es debido .....            | 32  |
| 34.  | A veces me valgo de medios injustos para salir adelante .....  | 34  |
| 36.  | Me es difícil comportarme en forma correcta .....              | 36  |
| 50.  | Resuelvo mis problemas con facilidad .....                     | 50  |
| 52.  | Con frecuencia cambio de opinión .....                         | 52  |
| 54.  | Trato de enfrentar mis problemas .....                         | 54  |
| 68.  | Hago el trabajo que me corresponde en casa .....               | 68  |
| 70.  | Riño con mis familiares .....                                  | 70  |
| 72.  | No me comporto en la forma que desea mi familia .....          | 72  |
| 86.  | Encuentro buenas cualidades en toda la gente que conozco ..... | 86  |
| 88.  | Me siento incómodo (a) cuando estoy con otras personas .....   | 88  |
| 90.  | Me cuesta trabajo entablar conversación con extraños .....     | 90  |
| 100. | En ocasiones dejo para mañana lo que debería hacer hoy .....   | 100 |

|                 |                 |                     |
|-----------------|-----------------|---------------------|
| Completamente   | Casi Totalmente | Parte Falso y Parte |
| Falso           | Falso           | Verdadero           |
| 1               | 2               | 3                   |
| Casi Totalmente | Totalmente      |                     |
| Verdadero       | Verdadero       |                     |
| 4               | 5               |                     |



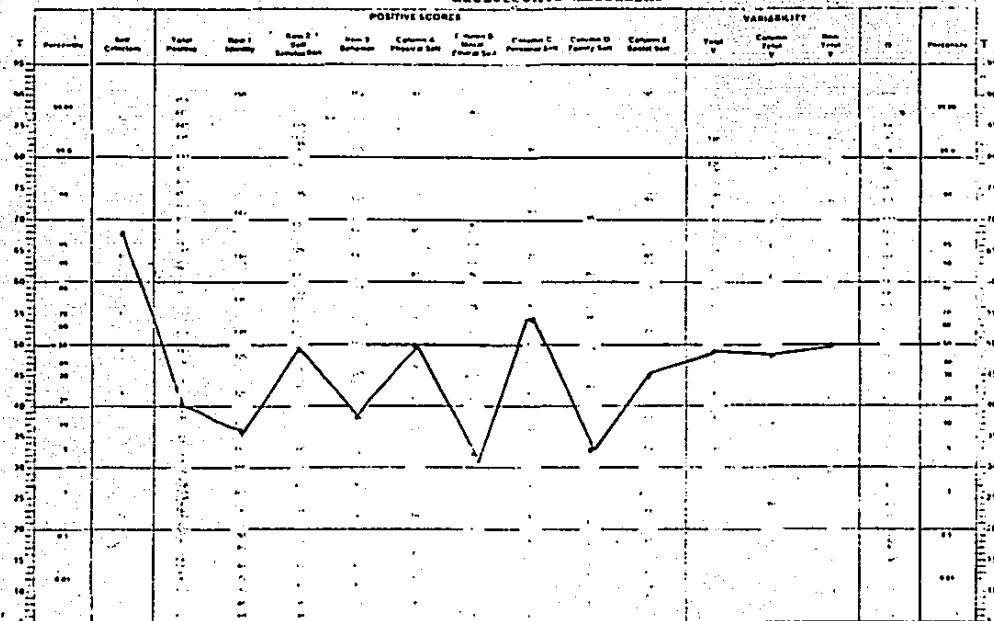
## APENDICE 2

### GRAFICAS DE LOS TEST APLICADOS

Tennessee Self-Concept Scale  
Profile Sheet  
adolescente masculino 1

Counseling Form

156



Raw Score

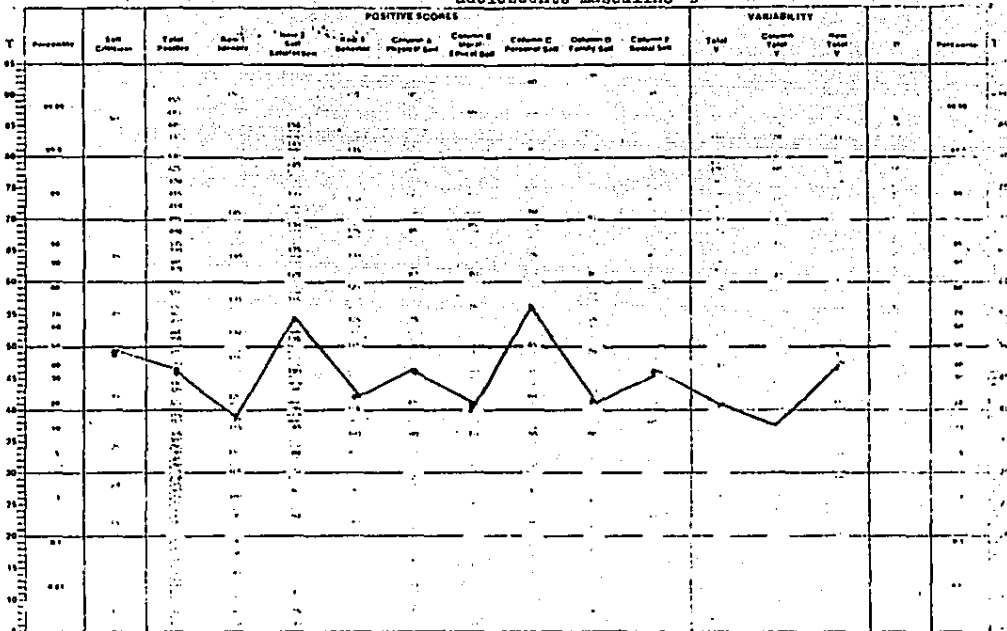
adolescente



Tennessee Self-Concept Scale  
Profile Sheet

Counseling Form

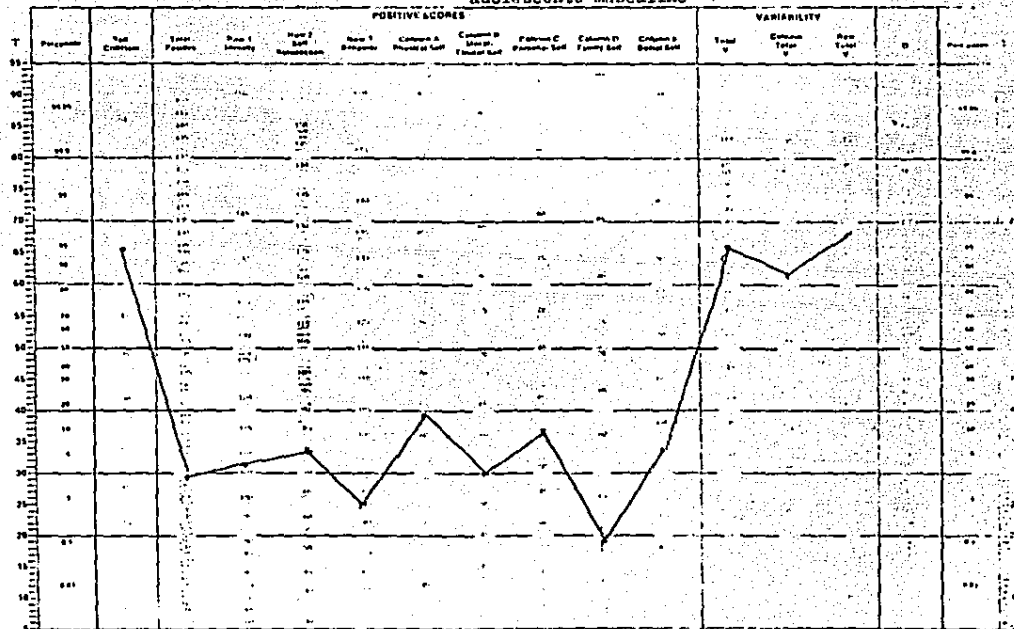
Adolescente masculino 3



Tennessee Self-Concept Scale  
Profile Sheet

Counseling I

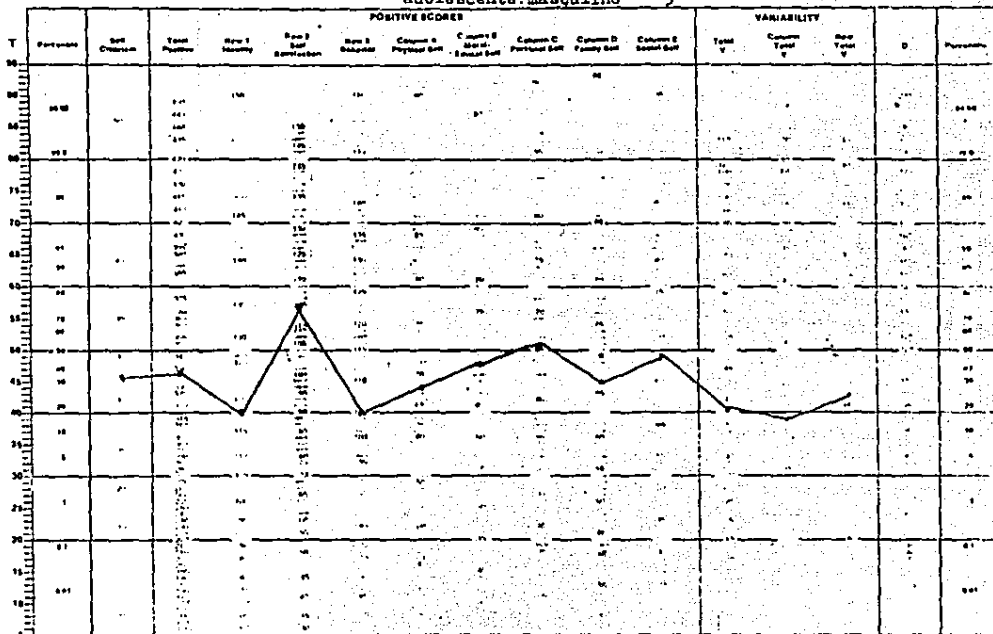
adolescente masculino 4



# Tennessee Self-Concept Scale Profile Sheet

Counseling Form

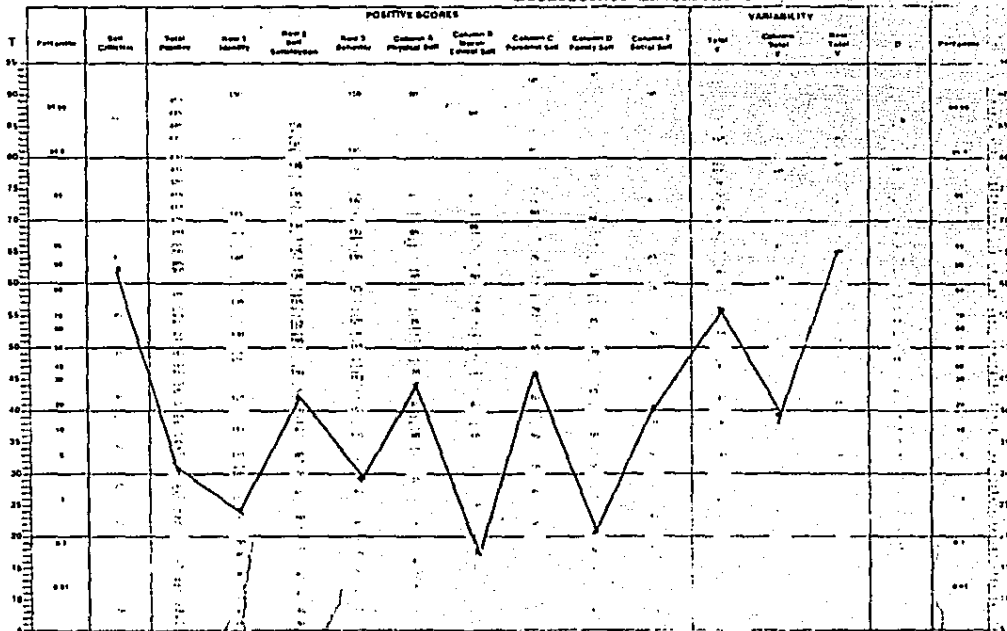
adolescents. maagolino 5



Tennessee Self-Concept Scale  
Profile Sheet

Counseling Form

adolescente masculino 6

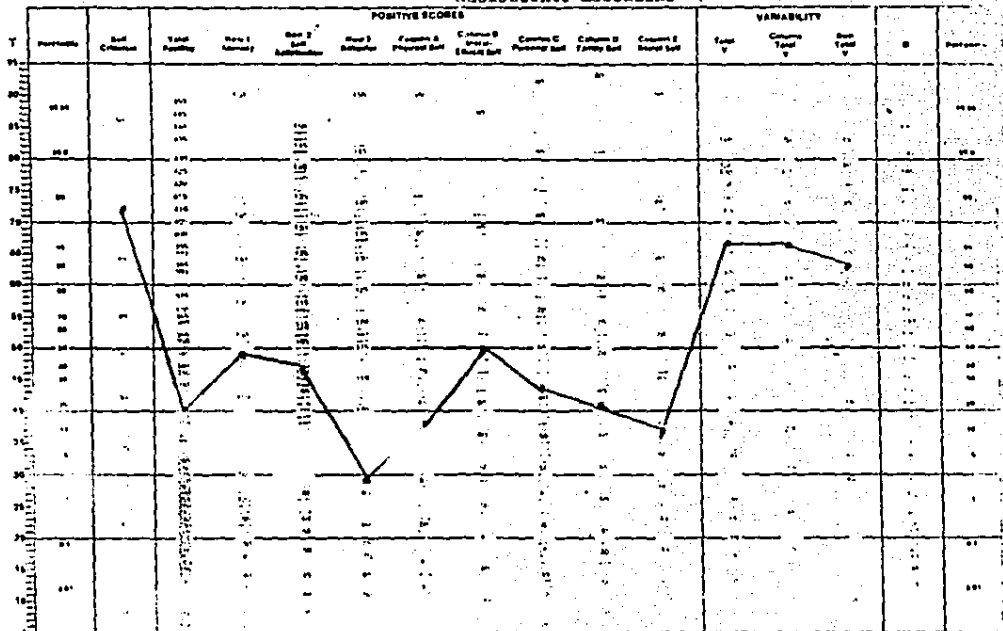


Raw Scores

### Tennessee Self-Concept Scale Profile Sheet

Counseling Form

Adolescents - masculine 7



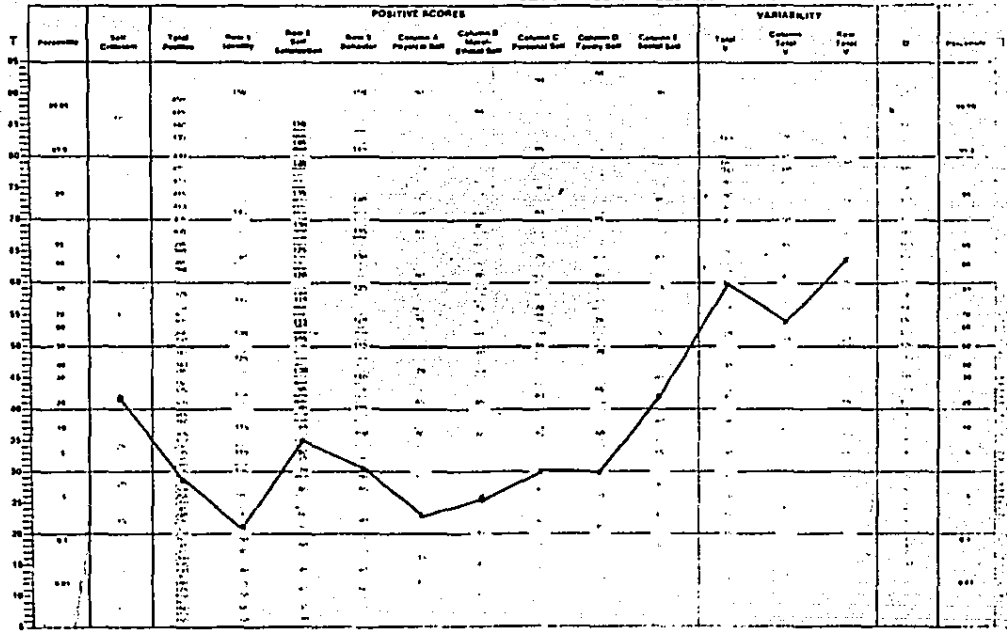


### Tennessee Self-Concept Scale Profile Sheet

Counseling Pct.

adolescente masculino

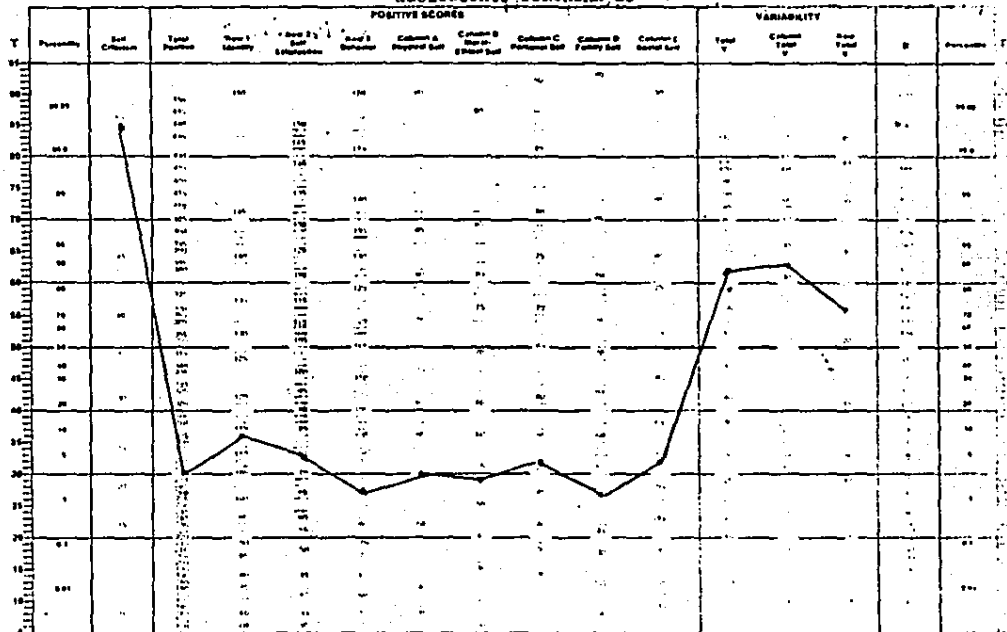
8



Handwritten notes and a signature.

Tennessee Soil-Concept Scale  
Profile Sheet  
adolescent: feminine 10

Counseling Form

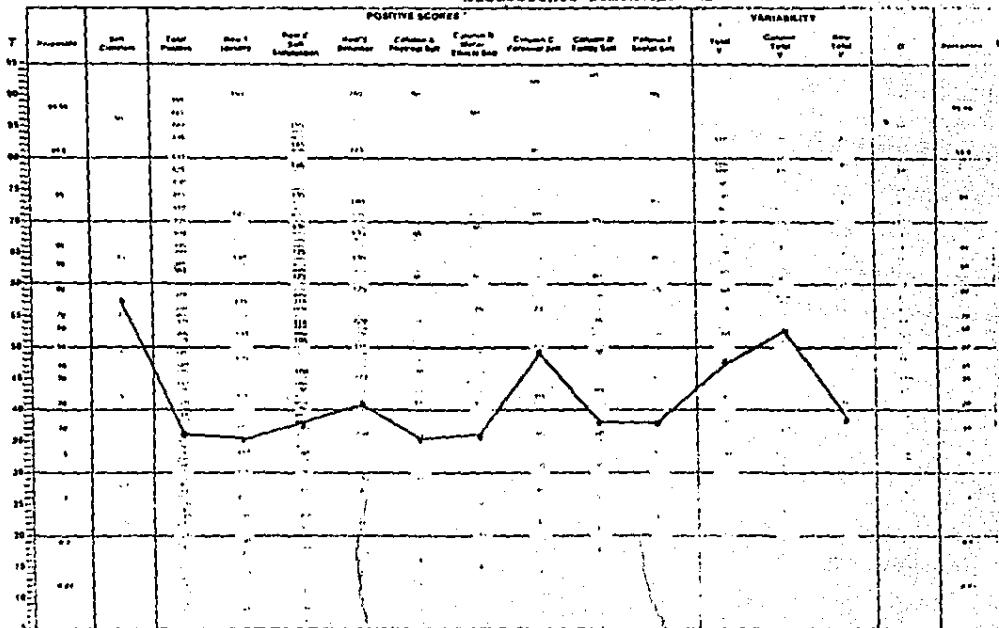


New Scores

Tennessee Self-Concept Scale  
Profile Sheet

Counseling Form

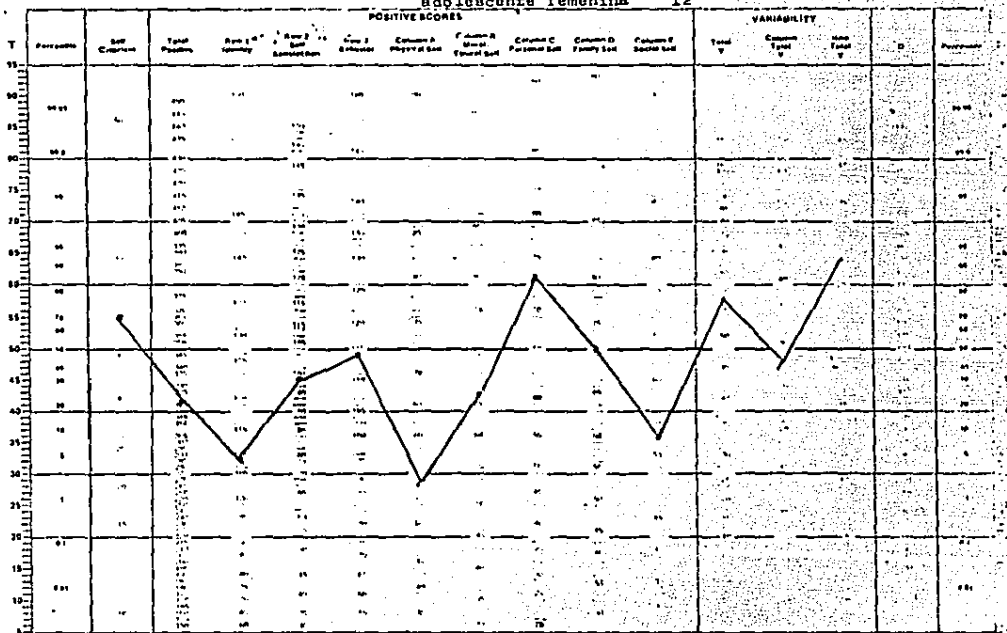
adolescente femenina 11



Tennessee Self-Concept Scale  
Profile Sheet

Counseling

adolescents femina 12



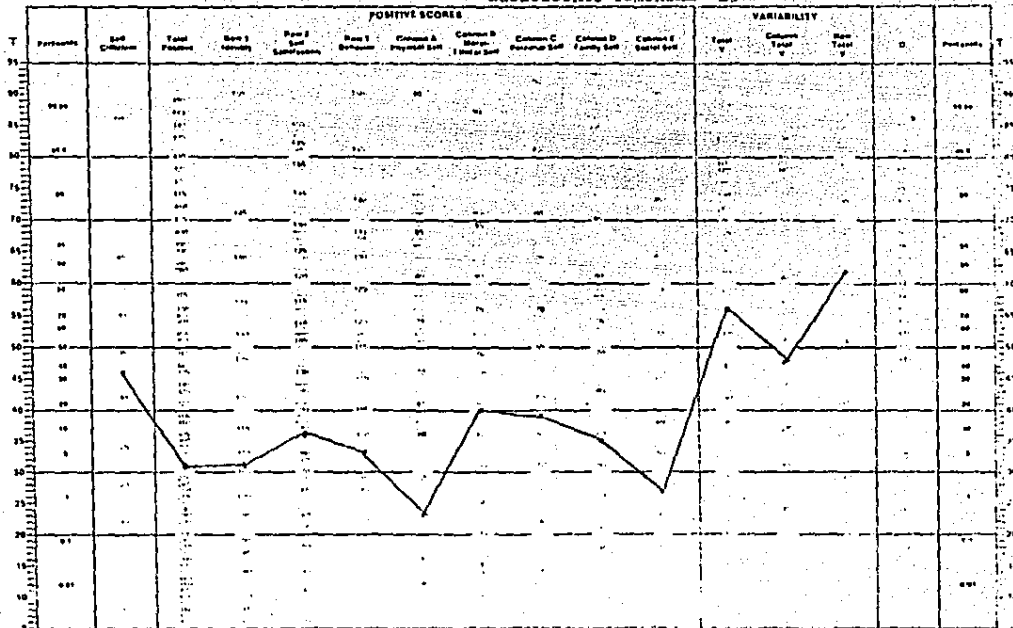
Raw Scores

Tennessee Self-Concept Scale  
Profile Sheet

Counseling Form

adolescente femenina 13

167

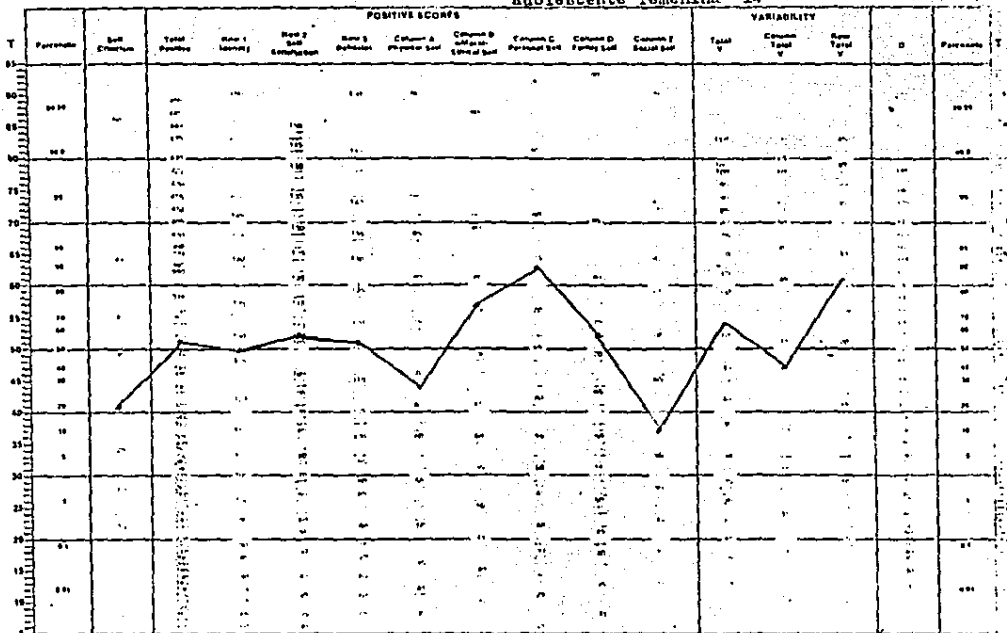


Use Form

Tennessee Self-Concept Scale  
Profile Sheet

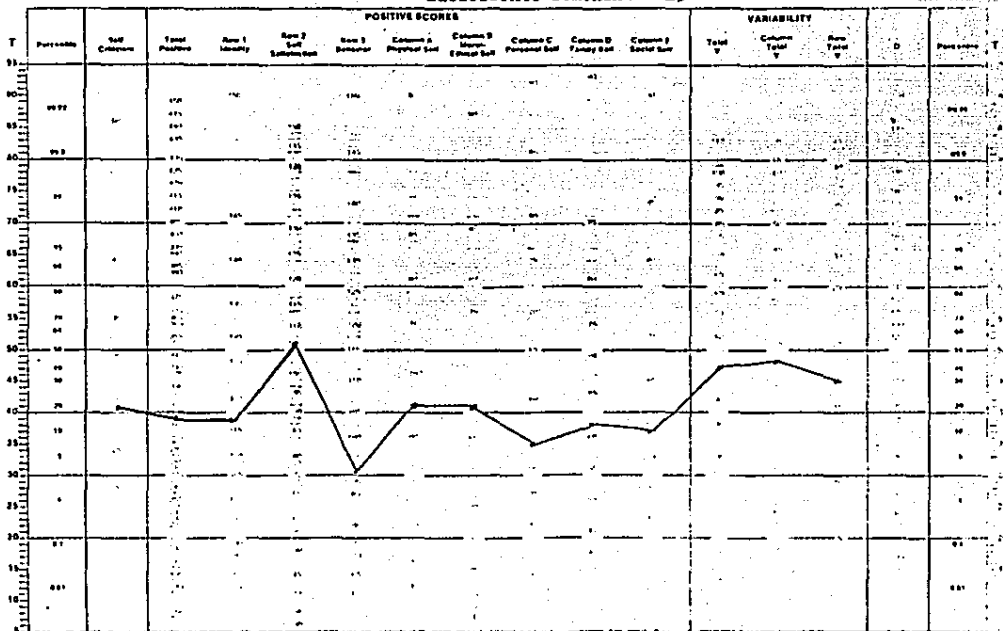
Counseling Form

adolescente femenina 14



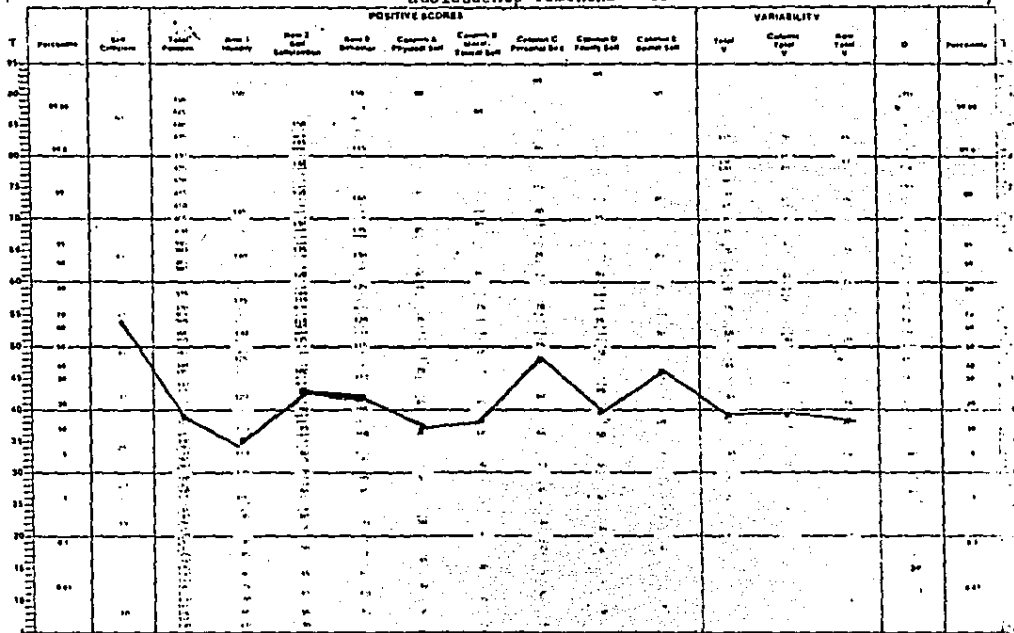
Tennessee Self-Concept Scale  
Profile Sheet  
adolescente femenina 15

Counseling Form



Tennessee Self-Concept Scale  
Profile Sheet  
adolescent females 16

Counseling Form

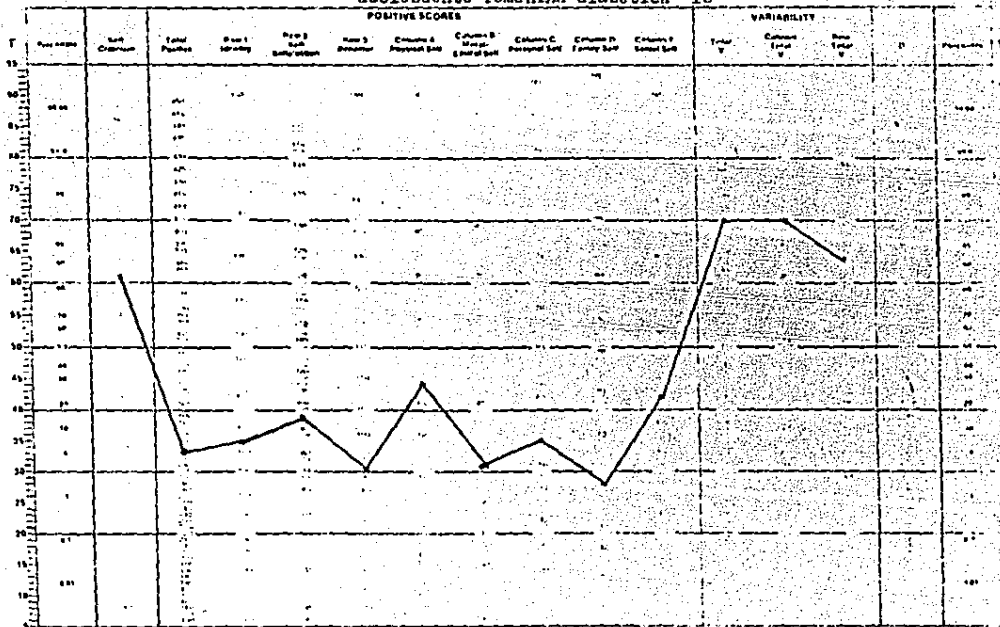


Raw Scores



Tennessee Self-Concept Scale  
Profile Sheet  
adolescente femenina diabética 18

Counseling Form



Raw Score

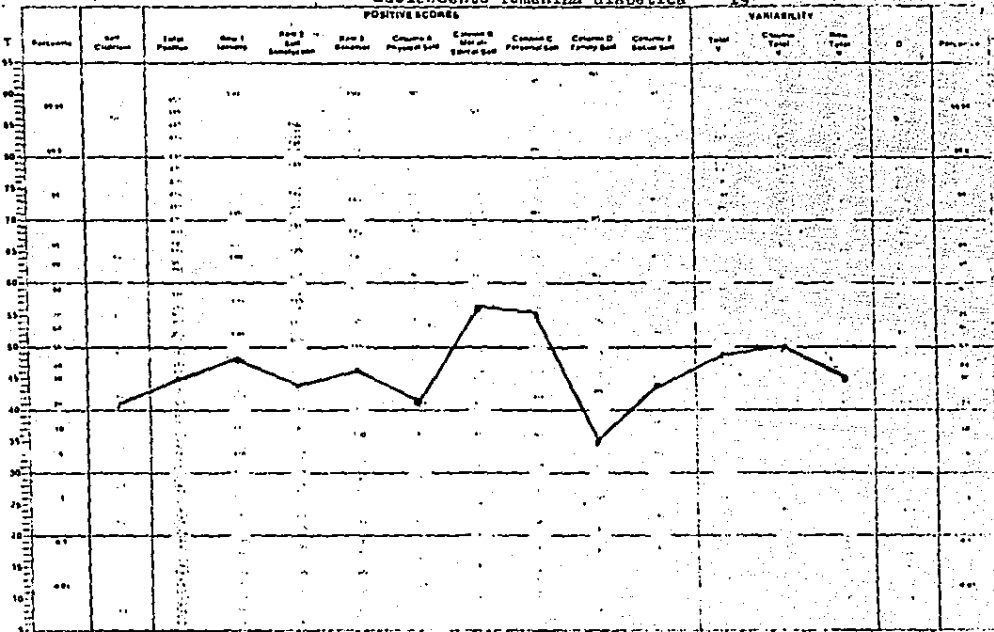
Tennessee Self-Concept Scale  
Profile Sheet

Counseling Form

adolescente femenina disbdtica

19

172

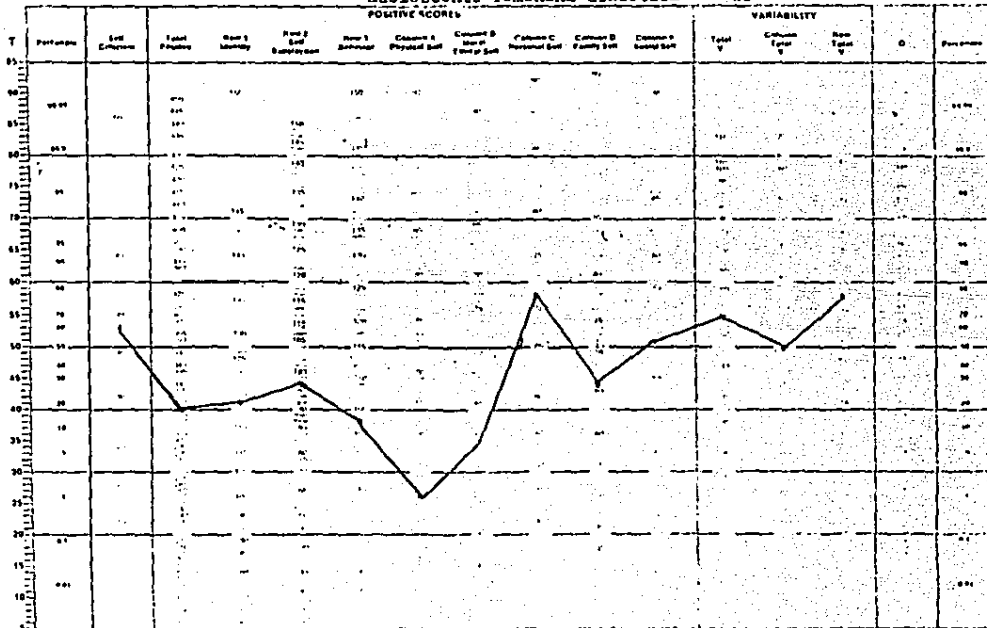


Tennessee Self-Concept Scale  
Profile Sheet

Counseling Form

adolescente femenina diabética

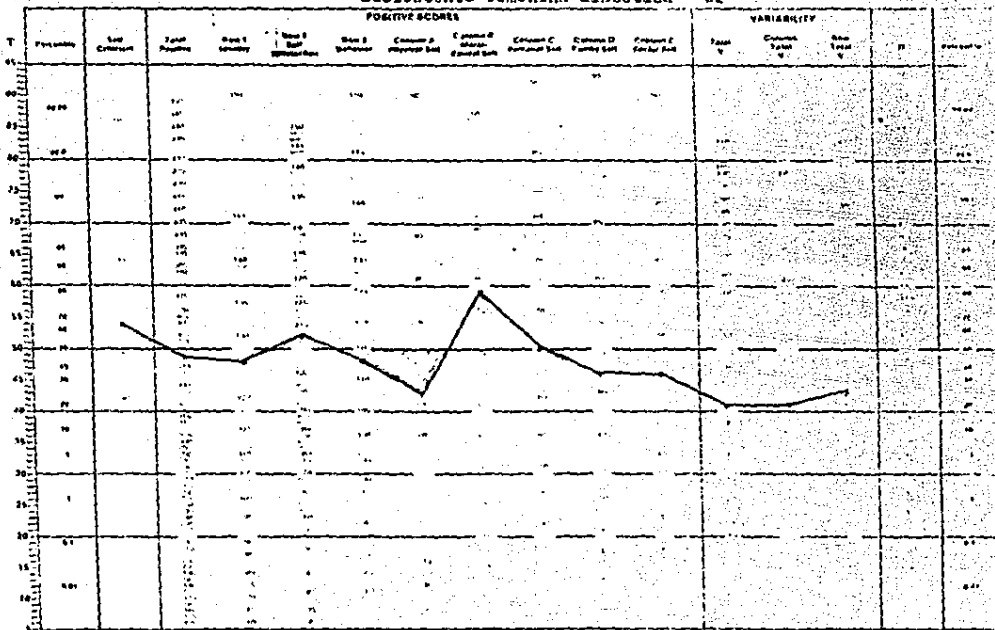
20





Tennessee Self-Concept Scale  
Profile Sheet  
adolescent feminine diabetic 22

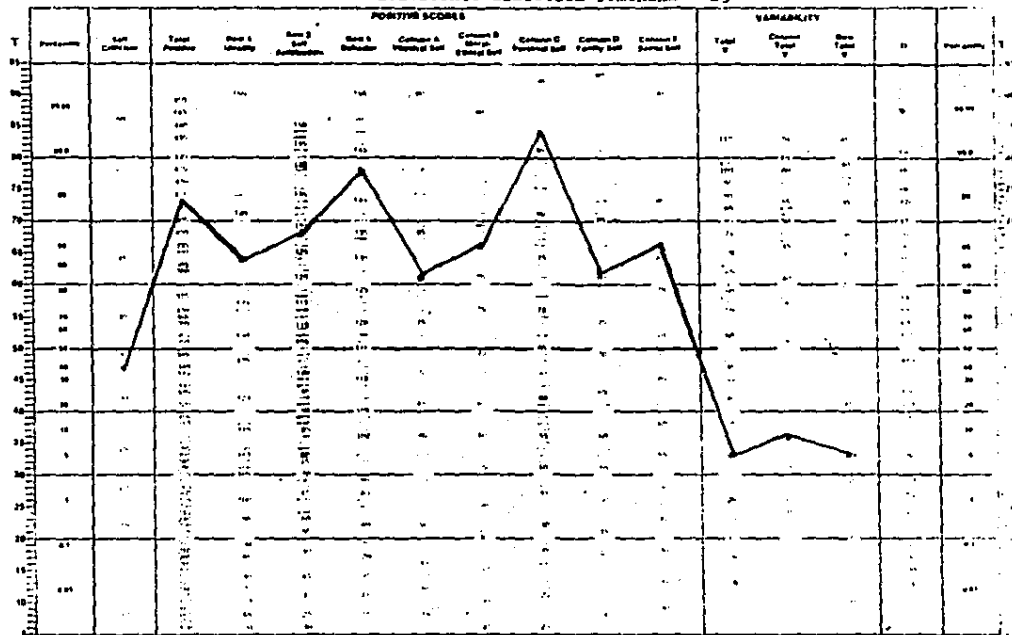
Counseling 4-22



Mean Score 66

Tennessee Self-Concept Scale  
 Profile Sheet  
 adolescente diabética femenina 23

Counseling Form

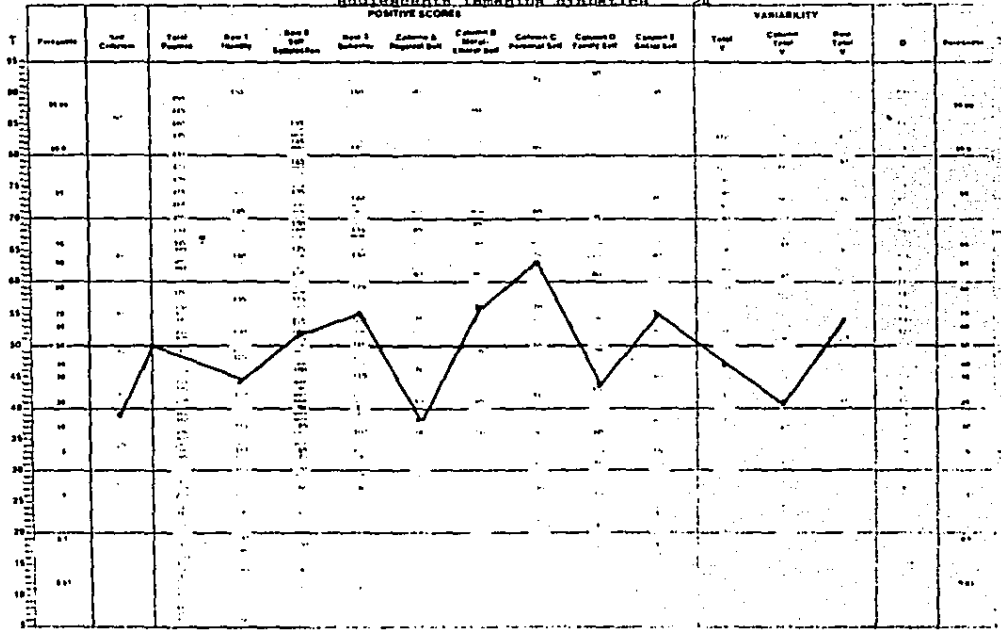


Tennessee Self-Concept Scale  
Profile Sheet

Counseling Form

adolescents remaining inhibited 24

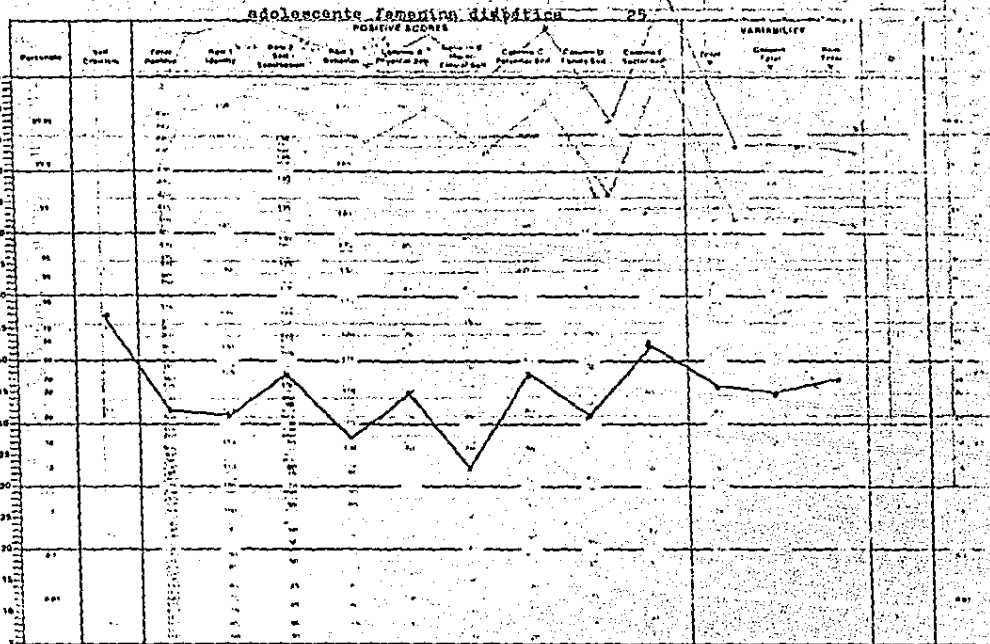
177



1116 7 111

Tennessee Soil-Concept Scale  
Profile Sheet

Counselor



New York

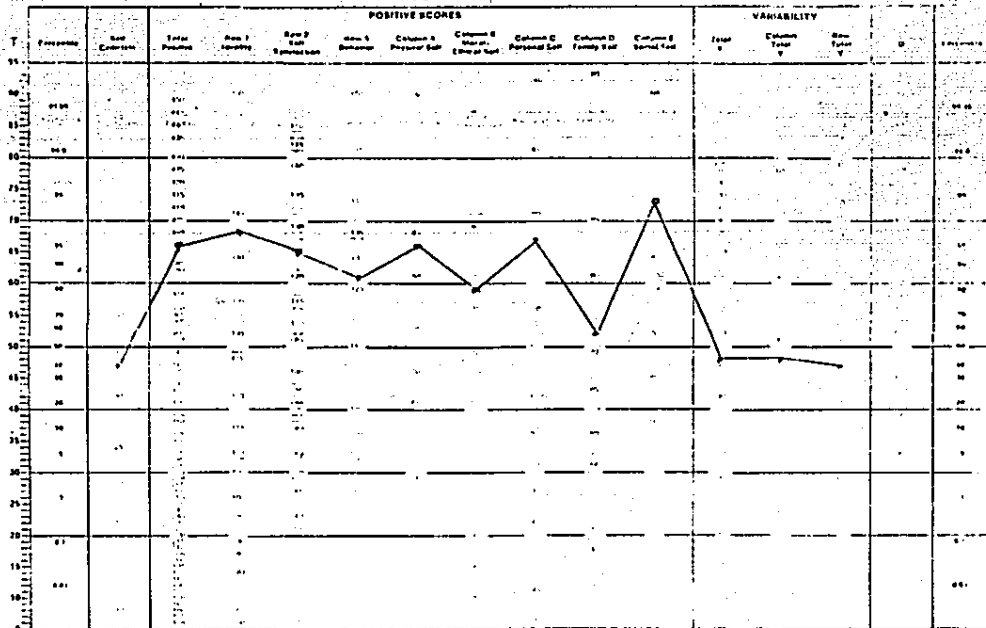


Tennessee Self-Concept Scale  
Profile Sheet

Counselor

adolescente masculino diabético 26

179

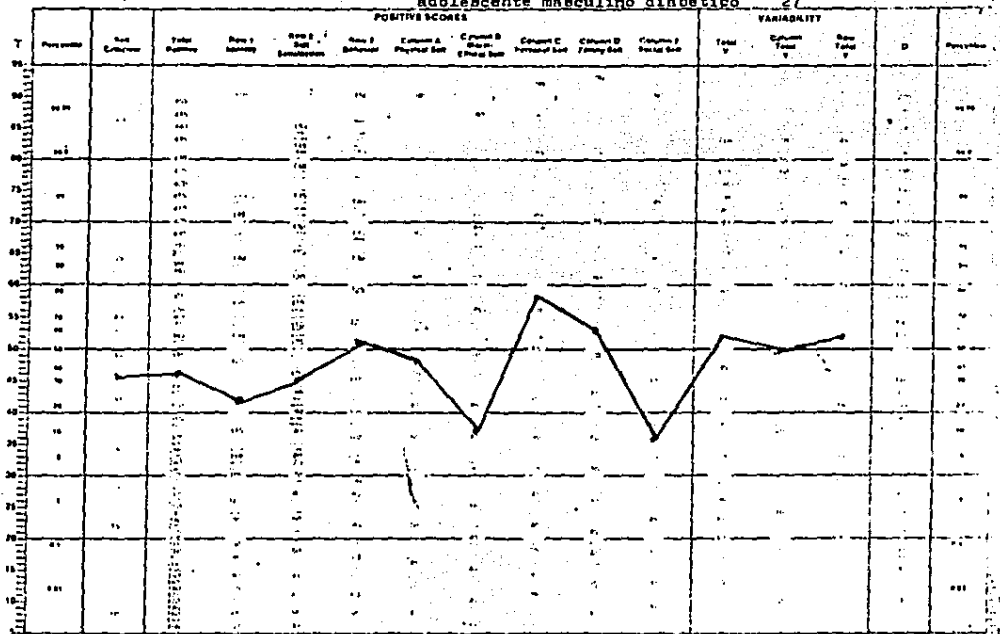


11-10-70

Tennessee Self-Concept Scale  
Profile Sheet

Counseling Form

adolescente masculino indistinto 27



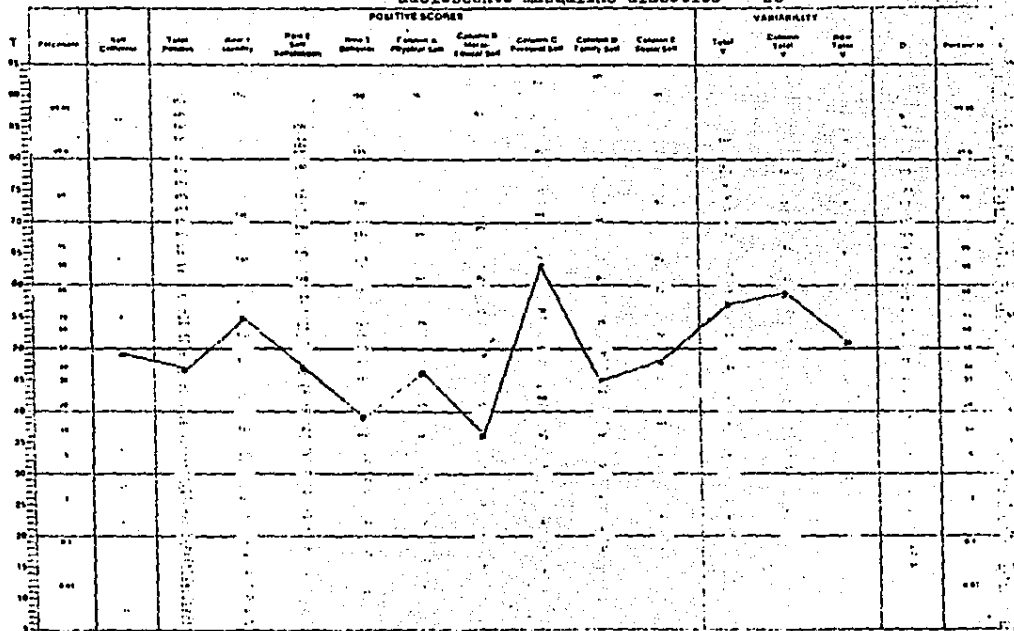
Form 50-100

Tennessee Self-Concept Scale  
Profile Sheet

Counseling Form

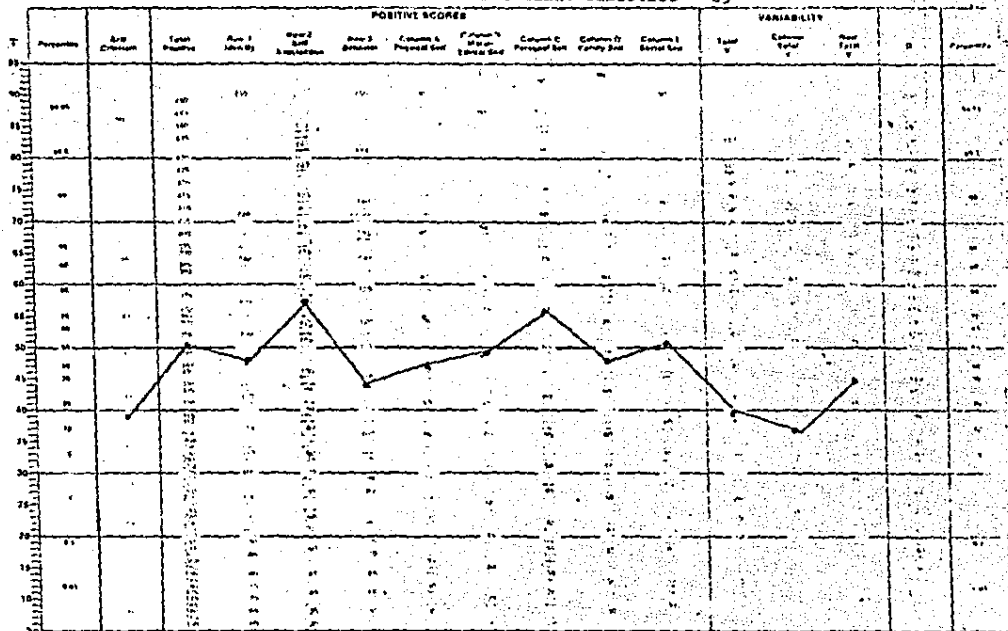
adolescente masculino diabético 28

181



Tennessee Self-Concept Scale  
Profile Sheet  
adolescente masculino diabético 29

Counseling Tr.

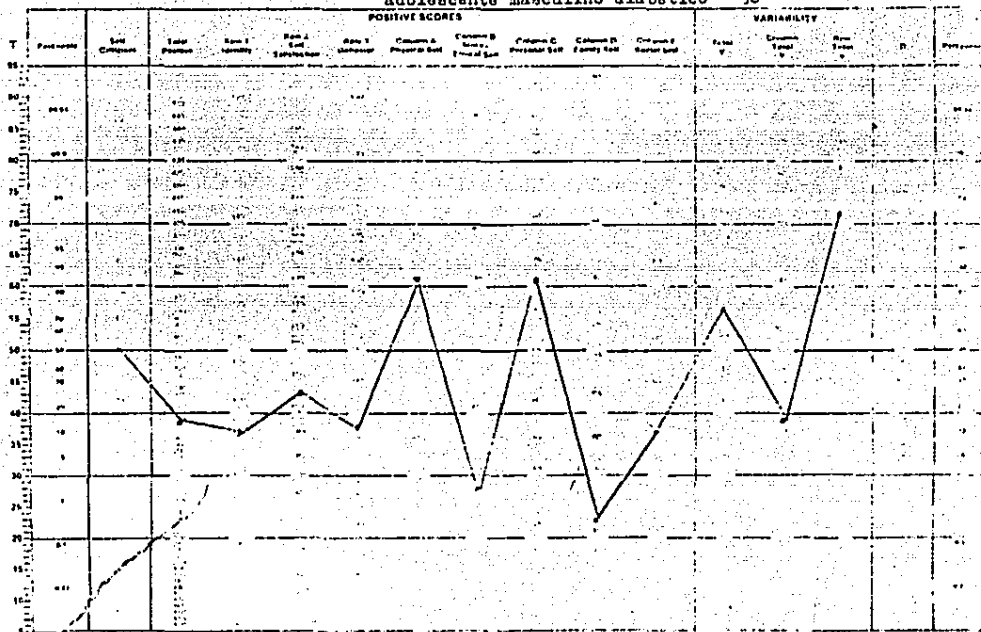


Rae N. 1-1-19

Tennessee Self-Concept Scale  
 Profile Sheet  
 adolescente masculino diabético 30

Counselor

103





Tennessee Self-Concept Scale  
Profile Sheet

Counseling Form 1

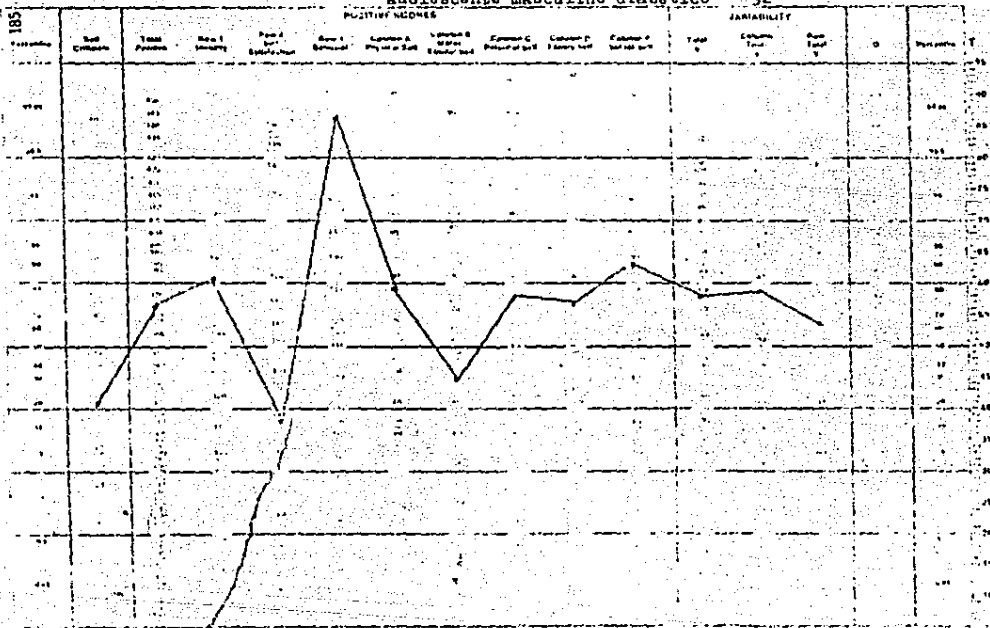
adolescente masculino diabético

32

185

POSITIVE SCORES

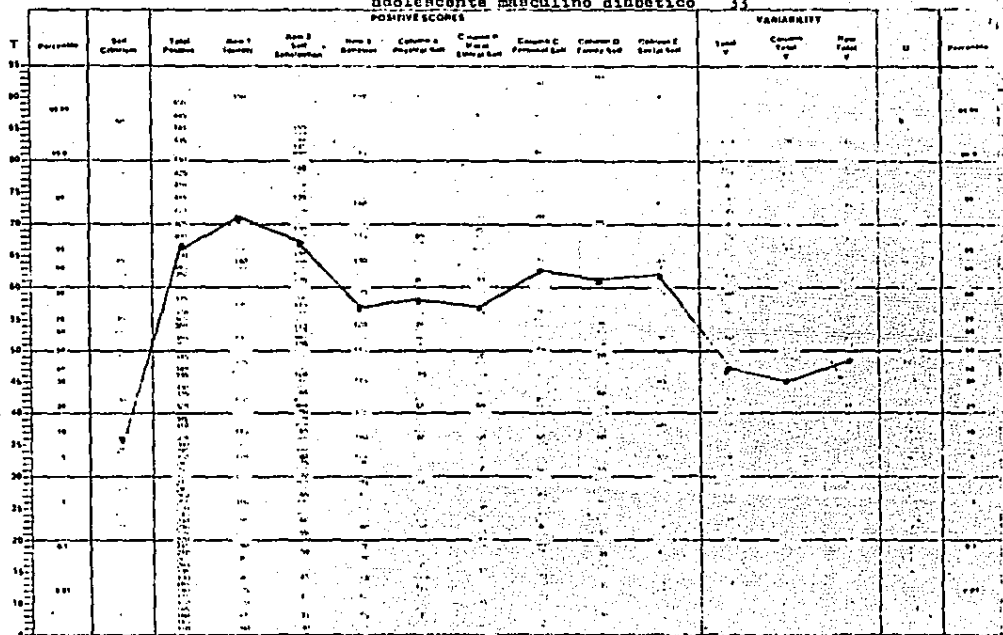
STABILITY



Tennessee Self-Concept Scale  
Profile Sheet

Counseling Form

adolescente masculino diabético 33



Law 5000



## REVISION BIBLIOGRAFICA

## T E S I S

. María Luisa Velasco Campos. Estudio Comparativo Preliminar sobre algunas Variables psicológicas entre niños con diabetes Mellitus y niños normales en la Ciudad de México. U.I.A. 1972.

. Ivette Duclaud Colunga, Salvador Aguilar Sánchez. Factores personales y/o familiares que participan en el control de la diabetes Mellitus Juvenil. U.N.A.M. 1984.

. Araujo. Diabetes. U.N.A.M. 1966.

. Lic. Guadalupe B. Santaella Hidalgo. La importancia de la percepción familiar en el adolescente. Proyecto de investigación para concurso de oposición abierto. U.N.A.M. 1985.

. Luz María Montoya Pérez. Actitudes y conducta sexual en una muestra de - estudiantes de preparatoria oficiales. U.N.A.M. 1980.

. María Cristina Díaz Savaleta, María de los Angeles Flores Torres. Como un grupo de menores adolescentes infractoras cautivas percibe a su familia. U.N.A.M.

. Elizabeth Rodríguez Almaraz, Guadalupe Leticia Rodríguez Gallardo. Estudio Comparativo de Autoconcepto en dos grupos de adolescentes epilépticos y no - epilépticos. U.N.A.M. 1985.

. Silvia Guadalupe Fernández García, Eva Sygier Mussan. Estudio Comparativo de relaciones de autoridad racional e irracional en adolescentes infractores y no infractores. U.N.A.M. 1979.

. Tesis de Doctorado de Lily Bar-On Blugerman. Autoestima, autoridad parental y conflicto familiar. U.N.A.M. 1985.

#### ARTICULOS Y REVISTAS

. Revista de Psicología Educativa "La Adolescencia". México 1984.

. Cerreto MC; Travis LB. Implications of psychological and family factors in the tratmente of diabetes *Pediatr Clin North Am* 1984 Jun; 31 (#): 689-710.

. Kimberly White, M.D., Mary Lee Kolman, RN, PNP, Phyllis Waxler, MA, Elizabeth A. Schlenk, R.N. M.A. and Laura K. Hart, R.N. Ph.D.. Number 6 "Unestable Diabetes and Unvestable Families Psychosocial Evaluation of Diabetic Children With Recurrent Ketoacidosis. *Pediatrics* Vol. 73 June 1984.

. Relationship Between Health Locus of Control, Health Value and Social Support and Compliance of Persons with Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, Vol. 7 Nov. 6, Nov. Dec. 1984.

. Carolyn Robinson Banion R.N. Margaret Shandor Miles R.N. Ph.D. and Melba C. Carter R.N. Ph.D.. Problems and mothers in management children with Diabetes, *Diabetes Care*, Vol. 6 Nov. 6. Nov. Dec. 1983.

- . Judy A. Skenazy Erin D. Bigler. Psychological Adjustment and Neuropsychological Performance in Diabetic Patients. Journal of Clinical Psychology. May 1985 Vol. 41. No. 3.
- . Christine Eiser, David Patterson; John H. Tripp. Illness experience and Children's concept of health and illness Child care, health and development. 1984, ID 157-162.
- . Robert M. Kaplan Ph. D. Michele W. Chadwick, B.A. and Leslie E. Schimmel Social Learning Intervention to promote Metabolic Control in Type I diabetes Mellitus. Pilot Experiment Results. Diabetes Care. Vol. 8 No. 2 March-April 1985.
- . Roger S. Mazze Ph.D. David Lucido Ph.D., and Harry Shamoon M.D. Psychological and Social correlates of Glycemic Control Diabetes Care. Vol. 7 No. 4 July-August 1984.
- . Johanna Shapiro Ph. D. Duncan Wigg, M.S. M. Arthur Charles M.D., Ph. D. and Michael Perley M.D. Personality and Family profiles of chronic insulin-dependent diabetic patients. Diabetes Care Vol. 7 No. 2 March-April 1984.
- . Elisa S. Bobrow, Ph. D. Theodore W. Avruskin M.D. and Jerome Siller Ph. D. Mother-daughter interaction and adherence to diabetes regimens. Diabetes Care Vol. 8 No. 2 March-April 1985.
- . Maria Kovacs, Ph. D., Terry I. Feinberg, M.S.W. Stana Paulauskas, Ph. D. Richard Finkelstein, Ph. D. Myrna Pollock M.S.W., and Mary Crouse-Novak M.S.W. The Journal of Pediatrics, May 1985.

- 1.- Rosenberg Morris. "La autoimagen del adolescente y la sociedad"
- 2.- William H. Fitts. "Tennessee Self Concept Scale". 1965.
- 3.- Diccionario de Psicología y Psicoanálisis. Biblioteca Lexicon.
- 4.- A. Freud, P.A. Osterrieth, J. Piaget y otros. El desarrollo del adolescente normal. Ed. Hormé.
- 5.- Calvin Hall y Gardner Lindsey. "Las teorías del sí mismo y la personalidad.
- 6.- B. Hurlock, Elizabeth. "Psicología de la adolescencia".
- 7.- Erickson Erik H, Noemi Rosenblatt. Infancia y Sociedad. Argentina Ed. Hormé 1980.
- 8.- Erickson, Erik H. Identidad, Juventud y Crisis. Buenos Aires. Ed. Paidós 1970.
- 9.- Erickson, Erik H. Juventud en el Mundo Moderno. Buenos Aires. Ed. paidós 1963.
- 10.- Hall, Calvin Springer. Compendio de la Psicología Freudiana. Buenos Aires, Ed. Paidós 1964.
- 11.- Cuelli, José; Reidl Lucy. Teorías de la Personalidad. México. Ed. Trillas 1976.

- 12.- W. Allport *Self and others. El conocimiento del sí mismo y de los Demás* Buenos Aires. Ed. Paidós 1969.
- 13.- Pierini C.D. (compilador). *Identidad en el adolescente.* Buenos Aires Ed. Paidós 1973.
- 14.- Roger Carl. "Una teoría de la Personalidad".
- 15.- William H. Fitts Ph. D. *The Self concept and Self-Actualización.*
- 16.- Lily Bar-On Blugerman. "Autoestima Autoridad Parental y Conflicto familiar". Tesis Doctorado. U.N.I.M. 1985.
- 17.- Janice e Saussure. "Algunas de las complicaciones en la regulación de la autoestima provocadas por el uso de la imagen arcaica del self como ideal". Trad. por la *International Journal of Psych analysis* Vol. 52 Part. 1. 1971.
- 18.- Heinz Kohut y Ernest Wolf. "Los transtornos del self y su tratamiento" Traducido del *International Journal of Psycho-Analysis* . Vol. 59 Part 4, 1978.
- 19.- Otto F. Kerenberg. "Self, Ego, Affects, And Drives". Presented at the panel on "Psychoanalysis Theories of the Self". at the Fall Meeting of the American Association. New York. December 1980.
- 20.- Harold P. Blum M.D. "Theories of the Self and Psychoanalytic Concepts: Discussion. Presented at the panel on "Psychoanalytic Theories of the Self" at the Fall Meeting of the American Psychoanalytic Assoc. New York. December 1980.
- 21.- Peter Blos. *Psicoanálisis de la adolescencia.* México. Ed. Joaquín Mortiz 1980.

- 22.- **Lean Piaget. Seis estudios de psicología. México. Ensayo Seix Barral 1983.**
- 23.- **Armida Aberasturi. La adolescencia normal. Argentina. Ed. Paidós 1977.**
- 24.- **Elkind Weiner B. Desarrollo Normal y Anormal del adolescente. Biblioteca Hombre Contemporáneo NO. 218, 2a. Parte.**
- 25.- **Monografía No. 1. Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil. Desarrollo Infantil Normal. México. Segunda Edición 1980.**
- 26.- **Sigmund Freud. Obras completas. Madrid, España. Edit. Biblioteca Nueva 1981.**
- 27.- **W. Alport S. Gn. y Otros. El conocimiento de sí mismo y de los demás. Argentina. Ed. Paidós 1969.**
- 28.- **George W. smedecor, William G. Cochraw. Métodos Estadísticos. México. Edt. Cccsa 1981.**