



24/27
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

LA AGRESION EN PACIENTES CON DIABETES JUVENIL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

MONICA CARRILLO ROCHA

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. AIDA BRENER BRENER

MEXICO, D. F.,

1989

FALLA DE ORIGEN



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

	PAG.
RESUMEN.	
INTRODUCCION.	1
I.-ANTECEDENTES.	5
1.1 Factores orgánicos:La diabetes Juvenil y su tratamiento.	7
1.2 Revisión de investigaciones.	28
II.-MARCO TEORICO.	47
2.1 Psicología del Adolescente.	47
2.2 Concepto de Frustración.	63
2.3 Concepto de Agresión.	71
2.4 Concepto de Proyección	80
2.5 Concepto de Superyo, Yo y Ello.	82
III.-METODOLOGIA.	88
3.1 Planteamiento del problema.	88
3.2 Hipótesis del Trabajo.	88
3.3 Variables.	89
3.4 Definición conceptual y operacional de variables.	92
3.5 Sujetos.	93
3.5.1 Muestreo.	93
3.6 Tipo de estudio.	93
3.7 Tipo de Diseño.	93
3.8 Escenario.	94
3.9 Instrumento.	95
3.10 Procedimiento.	101
IV.-RESULTADOS.	103
V.- DISCUSION Y CONCLUSION.	116
APENDICE I: GRAFICAS Y GLOSARIO DE TERMINOS.	124
APENDICE II: TEST DE FRUSTRACION DE ROSENZWEIG Y TABLA 7.	130
BIBLIOGRAFIA.	138

R E S U M E N

RESUMEN

El objetivo principal del presente estudio, fué valorar las reacciones a la frustración de un grupo de diabéticos juveniles, afiliados a la Clínica de Diabéticos del Hospital Infantil de México "Federico Gómez". La razón de llevarlo a cabo se basó en la observación de una serie de conductas relacionadas con un control inadecuado de la enfermedad, las cuales llevaron a pensar en la presencia de agresión y diferentes formas de manifestarla.

Los objetivos específicos fueron determinar si la dirección de la agresión era intrapunitiva y el tipo de reacción se encontraba dentro de la categoría de Predominio del Obstáculo.

Los resultados indican que las hipótesis planteadas no pueden ser aceptadas, al observarse una tendencia de la agresión Extrapunitiva, y un tipo de respuesta de la categoría Defensa del Ego.

Una revisión general del problema estudiado, muestra que los pacientes no solo se enfrentan a una gran carga de tensión

y ansiedad provocada por una enfermedad crónica como la Diabetes Juvenil, sino que además atraviesan por un periodo de cambios fisiológicos y psicológicos importantes como es la Adolescencia. Todo ello constituye una fuente de frustración, misma que generará en un momento dado agresión, la cual se manifiesta hacia el medio que los rodea, como una manera de proteger y reafirmar al Yo en su camino hacia la identidad.

La prueba utilizada en ésta investigación, fué el "Test de Frustración de S.Rosenzweig", adaptación a México por Berrum T. (1966), forma para adultos. Los sujetos examinados fueron un total de 20 entre 12 y 16 años de edad, todos ellos en escolaridad secundaria, nivel socioeconómico medio a medio bajo, y con diagnóstico de Diabetes tipo I entre 3 y 5 años de evolución.

El marco referencial fué la teoría Psicoanalítica de la Agresión, donde se revisaron diferentes autores y especialmente la teoría de la Frustración de S:Rosenzweig.

En la parte final se plantean las conclusiones y alcances encontrados durante el curso del estudio, así como un esbozo de posibles alternativas para el manejo más efectivo del psicólogo en lo relativo al paciente diabético juvenil.

I N T R O D U C C I O N

INTRODUCCION

En los últimos años han surgido una serie de campañas en nuestro país, por parte del Equipo Médico Institucional, con el fin de difundir hasta donde sea posible, todo lo referente a la Diabetes Mellitus, debido a que se considera en la actualidad, como uno de los grandes problemas de salud pública.

De acuerdo a datos recientes reportados por la Clínica de Diabetes del Instituto Nacional de la Nutrición y del Instituto Mexicano del Seguro Social (agosto 1988), en nuestro país la Diabetes ocupa la cuarta causa de mortandad, la tercera causa de morbilidad, y la segunda de ingreso hospitalario.

El aumento acelerado de este padecimiento y la falta de adherencia terapéutica respecto de las indicaciones médicas propuestas para su control, por parte de las personas afectadas, dieron lugar a la presente investigación. [al surgir numerosas interrogantes al respecto].

Sabemos que la Diabetes es una enfermedad crónica, hereditaria, cuya etiología aún no ha sido precisada y que afecta por igual a todas las clases sociales, en cualquier edad y sexo, y que el único tratamiento efectivo, es el buen control desde el inicio mismo de la enfermedad, tras su detección, y a través de la educación de los pacientes y sus familiares sobre la naturaleza e importancia del padecimiento.

Existen dos grupos de Diabetes, la Diabetes Juvenil o tipo I

y la Diabetes tipo Adulto o tipo II; existe entre ambas una diferencia grande en lo que se refiere a su aparición y tratamiento. El estudio se dirigió especialmente hacia los pacientes adolescentes con Diabetes tipo I, quienes muestran actitudes rebeldes respecto a la aplicación de la insulina. Haciéndolo en dosis reducidas o aumentadas; trasgrediendo la dieta, al tomar alimentos prohibidos, o bien ayunan. En general, por hacer o llevar un control inadecuado de su enfermedad, sin tomar en cuenta que con ella va de por medio su vida.

Se sabe que la Diabetes, por ser una enfermedad crónica, como tal, desencadena o intensifica alteraciones psicológicas que además de interferir en el tratamiento, generan paralelamente desajustes en el seno de la familia; en el trabajo; en la institución en la que se les trate; en el grupo social a que pertenecen, etc., ya que el paciente diabético debe aprender a vivir con su enfermedad, no para ella, pero si con ella. Debe aprender a diagnosticar en si mismo los cambios metabólicos, y ser su propio enfermero y su propio laboratorista.

En la mayoría de los escritos sobre patrones emocionales en la Diabetes, encontramos que la agresión en su forma de autodestrucción es relevante, detectándose reacciones de depresión y ansiedad frente a las situaciones frustrantes. Siendo la Diabetes Juvenil, vista desde esta perspectiva fuente de frustración ya que impone para su control, un régimen más estricto donde se hace necesaria la insulina, la dieta y el ejercicio.

Es por ello importante conocer y tratar tales alteraciones por ser aspectos dinámicos en el contexto de la enfermedad y de la rehabilitación integral del individuo, donde el ser humano debe ser considerado una entidad biopsicosocial, ya que la alteración de alguno de sus componentes, repercuten en los otros, los cuales a su vez influyen la alteración del primero en la búsqueda de un equilibrio.

Por lo tanto, el psicólogo juega un papel importante en el campo de la salud mental como parte de un equipo interdisciplinario, en donde se espera que su participación permita una comprensión psicológica de los distintos problemas que se presentan en ésta área, que incluyen no sólo trastornos fundamentalmente psicológicos, sino también aquéllos que se explican por alteraciones fisiológicas.

Por lo anterior se explica que el objetivo fundamental de éste estudio fuese el investigar si el adolescente con Diabetes tipo I al llevar un control inadecuado de su enfermedad, presentaba mayor número de conductas autodestructivas, que cualquier otro tipo de respuesta, si la agresión que se produce en él, originada, por la frustración de la enfermedad crónica, estuviera canalizándose hacia el sujeto mismo.

Para abordar el tema de la Agresión, se utilizó como marco de referencia la teoría Psicoanalítica, haciendo una revisión de la teoría de Freud y Rosenzweig principalmente.

El instrumento empleado fué el Test de Frustración de Rosenzweig, adaptación a México por Berrum T, forma para adultos. Se

eligió ésta prueba porque es una técnica proyectiva controlada cuyo objeto es descubrir patrones de respuestas a las situaciones "estresantes" de todos los días que son reconocidas de gran importancia para el ajuste normal.

Este procedimiento está basado en la teoría de la frustración agresión, por lo que valora dirección y tipo de la respuesta de la agresión.

La población estuvo constituida por adolescentes con diagnóstico de Diabetes tipo I entre 12 y 16 años de edad, pacientes de la clínica de diabéticos del Hospital Infantil de México "Dr. Federico Gomez".

El estudio abarca aspectos fisiológicos y psicológicos de la Diabetes tipo I, una revisión de investigaciones, que al respecto se han hecho, e incluye el tratamiento estadístico de la muestra. Todo ello analizado en 5 capítulos.

Se espera que la investigación sea una aportación importante para quienes están relacionados con Diabéticos Juveniles, ya que no existe estudio alguno en México que haya abordado especialmente el tema de la agresión en estos pacientes. Aspecto que permitirá al psicólogo clínico intervenir de manera más eficiente y localizada en beneficio de éstos.

I. - A N T E C E D E N T E S

ANTECEDENTES.

El presente estudio se enfocó a pacientes con enfermedad crónica, como es la Diabetes Juvenil. Por ello es importante tomar en cuenta las limitaciones a las que el paciente tiene que someterse durante toda su vida, para así conocer cuales son las repercusiones psiquicas del transtorno, en este tipo de pacientes.

Probablemente no exista otra enfermedad en la historia de la medicina que se haya estudiado tanto y continúe originando tantas controversias como la Diabetes Mellitus. La enfermedad se conoce desde hace más de 3,000 años, pero ha sido en este siglo cuando se han logrado los progresos más importantes partiendo del descubrimiento de la insulina por Frederick Banting y Charles Best en 1922 y culminando con los que han surgido en la última década y le han dado una nueva fisonomía al padecimiento. Aunque se ha progresado en todos los aspectos, los adelantos más importantes han sido en la mejor caracterización de los dos tipos de diabetes genética, en el conocimiento de los receptores celulares de insulina, en los nuevos métodos de tratamiento y en la biosíntesis de insulina por fermentación de *Escherichia Coli*.

En México la insistencia en nuestros días en dar a conocer todo acerca de la Diabetes, ha surgido de considerar la enfermedad un problema de salud pública, ya que está ocupando los primeros sitios como causa de mortalidad, morbilidad e ingreso

hospitalario.

Se calcula que existen dos millones de diabéticos en nuestro país, donde alrededor del 5% de la población diabética pertenece a los pacientes con Diabetes tipo I o comunmente llamada Juvenil. La mortalidad a partir del descubrimiento de la hormona insulina ha disminuido. Convirtiéndose así en la enfermedad de por vida con serias complicaciones que terminan disminuyendo la edad promedio de vida en quienes la padecen.

En estudios realizados de 1956 a 1964 (1) el porcentaje de muerte por cetoacidosis diabética fué del 0.9% mientras que las complicaciones vasculo-renales alcanzaron el 75.4%. Por lo que es obvia la ganancia en tiempo si se considera que:

I.-La presentación brusca de la diabetes tipo I generalmente es y ha sido por medio de un coma cetoacédótico, y

II.-Para que aparezcan las complicaciones vasculares -cardiorenales es necesario un periodo relativamente largo que depende del buen control global del paciente. Por lo tanto al hablar de que el enfermo fallece por las complicaciones, se entiende que el periodo ya no determinado, está íntimamente relacionado con el control y cuidado que el diabético tenga de su enfermedad.

La Dra. Luna Barradas (2) hace un análisis del comportamiento epidemiológico de la diabetes mellitus en México entre 1971 y 1975 donde observa que existe un incremento de la tasa del 20.40% que por 100,000 Hab. hubo de mortalidad entre esos años y el incremento de defunciones fué del 37.34%, lo que habla

(1) Chavarría Bonequi. "Diabetes Mellitus en el niño y el adolescente". Ed. Méndez Oteo, México 1970. (p.24 y 25)

(2) Barradas L. Fidela. "Análisis de la situación epidemiológica de Diabetes Mellitus" (1971-1975) Rev. Fac. Med. Mex.

del aumento de la enfermedad como una verdadera amenaza en nuestros días. Pues incrementos similares, o mayores deben estar dándose aunque, en ese sentido no se debe olvidar que la población en México también ha aumentado eceleradamente y que también corresponde a las cifras de diabéticos conocidos.

No existen registros epidemiológicos que informen sobre la invalidez que causa la diabetes ni el daño que causa a la comunidad, pero es seguro que el impacto es de cierta intensidad si se tiene en cuenta su carácter crónico, su aumento progresivo y las complicaciones invalidantes que determinan la hospitalización, ceguera, amputaciones, pensiones y subsidios económicos, costo de la atención médica y menor supervivencia.

La Dra. Barradas concluye que la frecuencia del padecimiento es mayor en el sexo femenino que en el masculino, y que es de mayor incidencia después de los 35 años de edad.

En un artículo del Dr. Barrera publicado en septiembre de 1988 sobre diabetes mellitus y su costo social, menciona que las estadísticas del Instituto Mexicano del Seguro Social en los años de 1985, 1986 y 1987, la diabetes mellitus ocupó el segundo lugar como causa de muerte; sólo por debajo de tumores malignos. Considera que en México esto es un problema de salud con un alto costo.

1.1 Factores orgánicos: La Diabetes Juvenil y su tratamiento.

Es difícil elaborar una definición de la Diabetes Mellitus, ya que su etiología no ha sido precisada, pero para poder

comprender hechos u observaciones demostrados, es necesario ubicarse en alguna de ellas. Se ha elegido la que nos dá el Dr. César Chavarría Bonequi (3):

"Entendemos por diabetes mellitus a una enfermedad hereditaria, crónica, caracterizada por alteraciones de la insulina efectiva y del metabolismo energético, acompañada de daño vascular".

La palabra "diabetes" se deriva del griego y significa tener una enfermedad parecida a un sifón de desperdicio, es decir, "un tubo o acueducto de desagüe o de paso", por el cual pasa una sustancia y sin detenerse ni aprovecharse adecuadamente por el organismo, se elimina o desperdicia por la orina.

La palabra "mellitus" se deriva del latín y quiere decir miel o jarabe de azúcar porque el sabor de la orina en estos pacientes es dulce y recuerda la dulzura de la miel, de aquí mellitus. La enfermedad aparece tanto en los hombres como mujeres, aunque éstas últimas tienen mayor tendencia a padecerla. No respeta edad ni clase social, aunque se ha dicho que es la enfermedad de los ricos debido a su alto costo para sobrellevarla.

Existen dos tipos de Diabetes Mellitus que son:

- a) La Diabetes Mellitus de tipo Juvenil o tipo I
- b) La Diabetes Mellitus de tipo Adulto o tipo II

La causa exacta del padecimiento se desconoce, lo que se asegura es que la herencia juega un papel muy importante donde personas con antecedentes de familiares diabéticos tienen una predisposición o susceptibilidad para que las células beta del

(3)Chavarría B. Op. Cit.

páncreas, sufran cambios en su estructura o en su función. No se sabe lo que origina estos cambios. Recientemente se señala que algunos virus como los de las paperas, la rubeola y otros llamados coxachie, pueden lesionar las células beta y dar lugar a la Diabetes Mellitus Juvenil, en individuos con predisposición diabética.

Siperstein y et. al., [citado en (1) pag.31] estudiando a prediabéticos hijos de ambos padres con diabetes, encontró alteraciones capilares del tejido muscular consistentes en un engrosamiento de su membrana basal y sugiere que ese defecto a nivel de los capilares de los islotes de Langerhans, puede ser el primer evento en el desarrollo de la diabetes mellitus.

Otros autores apoyan el origen de la diabetes en el antagonismo a la insulina que se pone de manifiesto al principio de la enfermedad por niveles elevados de insulina circulante y posteriormente cuando requieren insulina exógena, por cantidades mayores. Potencialmente la hormona del crecimiento y el glucagon entre otros, podrían ser responsables del antagonismo a la insulina. Debe mencionarse que un buen número de diabéticos, al principio de su enfermedad, cursa con mayor sensibilidad a la insulina. En otros niños hay evidencia de autoinmunidad pancreática en la génesis del padecimiento (aspecto histológico del páncreas, anticuerpos, asociación con terribles y/o "adremalitis" e insuficiencia suprarrenal) o bien de proceso infeccioso, de preferencia viral reciente.

En la actualidad no hay información que indique la existencia

de anomalías en la síntesis de proinsulina o en su conversión a insulina en alguna forma de diabetes.

Con el propósito de discriminar adecuadamente el tipo de trastorno diabético objeto del presente estudio, es importante hacer notar la diferencia que existe entre la llamada Diabetes Juvenil y la Diabetes Adulta.

La primera se caracteriza por una marcada deficiencia en la secreción de insulina que es consecuencia de graves alteraciones anatómicas en los islotes de Langerhans. Se presenta por lo general en los individuos menores de 20 años, entre los 5 y 7 años o entre los 10 y 14 años de edad, aunque puede haber adultos que la padecen, por lo que últimamente la clasificación médica designa a los pacientes con este tipo de diabetes, diabéticos insulino-dependientes o con diabetes tipo I.

La diabetes mellitus de tipo adulto se presenta por lo regular en personas mayores de 40 años de edad, sin embargo puede haber jóvenes que la presenten, por lo que se le ha designado como diabetes mellitus tipo Adulto o Tipo II, ya que para su control requieren de pastillas que estimulan a las pocas células beta del páncreas que funcionan, por lo tanto su páncreas alcanza a producir alguna cantidad de insulina. Las diferencias más notables se exponen en la tabla I (ver apéndice).

A continuación se detallará en forma breve las principales características metabólicas de la llamada diabetes mellitus tipo I, para posteriormente hacer incapie en el cuadro clínico, por ser, el de mayor relevancia en las repercusiones psicológicas.

El páncreas es una glándula que se encuentra situada por debajo y detrás del estómago y dentro de ella se encuentran pequeñas piezas de tejido llamadas islotes de Langerhans. Estos contienen células beta que secretan una proteína llamada insulina. Además de la producción, almacenamiento y liberación de insulina, el páncreas tiene varias funciones importantes. Una es la producción de ciertas enzimas útiles para la conversión de varios alimentos en la dieta, otra es la producción y liberación de la hormona glucagon que llevan a cabo las células alfa. La absorción de proteínas de la dieta estimula la liberación de glucagon. Una de las principales funciones del glucagon es aumentar el nivel de glucosa sanguínea. Cuando una persona por ejemplo, come pan, éste es desdoblado y absorbido principalmente como azúcar en el torrente sanguíneo, donde el nivel aumentado de azúcar (hasta alrededor de 160 mg.%) estimula la liberación de insulina. Después de dos horas de la ingestión de alimento, la glicemia desciende a su valor inicial que es alrededor de 70-90 mg.%.

La formación de insulina se inicia aún antes de que el nivel de azúcar sanguíneo se eleve. Al entrar el alimento en el tracto digestivo, son liberadas ciertas hormonas y éstas estimulan la liberación de insulinas desde las células beta. La producción posterior y la liberación de insulina depende de la cantidad y del tipo de alimento que se ingiera.

La insulina permite que la glucosa de la sangre pase al interior de las células; ciertos órganos pueden utilizar glucosa sin insulina como es el caso del cerebro, el corazón y los

músculos en ejercicio. .

El descenso de la glucosa sanguínea (glicemia) indica que la glucosa ha pasado a las células (utilización de la glucosa) por efecto de la insulina. Una parte de la glucosa sanguínea se transforma en grasa y otra se almacena en el hígado en forma de un compuesto llamado Glucógeno, que sirve de reserva de glucosa durante situaciones en que no se dispone de suficiente cantidad.

La insulina por tanto, es el principal mensajero que proporciona al cuerpo las señales que controlan el almacenamiento y movilización de los combustibles; también participa en la utilización, formación y degradación de las proteínas y de las grasas. Los cálculos de la producción diaria de insulina ponen de manifiesto que corresponde aproximadamente a 40-50 unidades. La secreción en los diabéticos tipo I es nula mientras que en los diabéticos tipo II alcanza ciertas cantidades y responden al estímulo que representa la glucosa con una respuesta exagerada, aunque tardía.

Se ha calculado que la vida media de insulina es de alrededor de 9 a 16 minutos, aunque se ha sugerido que puede ser un poco más prolongada. La insulina es destruida por el hígado y el riñón y se excreta por la bilis y la orina. Cuando los niveles de insulina están bajos, se presentan cambios importantes en el organismo debido a que otras hormonas como el glucagón, cortisona y adrenalina, se estimulan cuando baja la glucosa por abajo de 40-50 mg.% ,originando cansancio, debilidad y una incapacidad para producir suficiente energía para estar bien. Aparece la sensación

de hambre y el individuo come más. Como los niveles de insulina son bajos y no se libera ésta en la circulación, se presenta una acumulación de glucosa y de otros combustibles. Esta sobrecarga de glucosa no utilizada circula a través del riñón y se derrama a la orina. El azúcar en la orina se llama glucosuria y la pérdida de grandes cantidades de agua estimula un esfuerzo para aumentar la cantidad de agua corporal por aumento en la sensación de la sed (polidipsia).

La poliuria no solo es pérdida de agua y glucosa por la orina sino también de minerales importantes como el sodio y el potasio.

En estas condiciones la grasa almacenada en los adipocitos se transforma (degradación) en ácidos grasos que utilizan los músculos para producir energía. No todos los ácidos grasos son utilizados por los músculos, sino que una parte de ellos se convierte en el hígado en cuerpos cetónicos, que pasan a la sangre y de ahí a la orina. Cuando la falta de insulina es severa y prolongada, la degradación de la grasa es más intensa, con abundante formación de cuerpos cetónicos que al acumularse en la sangre van a originar lo que se conoce como Cetoacidosis Diabética.

La pérdida exagerada de agua, la utilización de la grasa como energía y la nula formación de proteínas-músculo , son las causas por las que el diabético juvenil pierde peso.

Por lo que respecta al cuadro clínico, la diabetes mellitus juvenil suele caracterizarse por evidencias clínicas tan manifiestas, que, en la mayoría de los casos, el diagnóstico se

establece con facilidad. La sintomatología es :

- Poliuria;
- Polidipsia;
- Polifagia;
- Pérdida inexplicable y rápida de peso;
- Agotamiento físico;
- Enuresis y visión borrosa;
- Dolores vagos y cansancio inespecífico de piernas;
- Comezones en diferentes partes del cuerpo;
- Infecciones crónicas;
- Sensaciones de hormigueos, calambres, ardores, piquetes y entumecimiento de las piernas;
- El coma diabético puede ser el primer síntoma.

Como se aprecia, la diabetes mellitus produce un trastorno global del metabolismo energético-carbohidratos, grasas, proteínas, electrolitos y agua que desencadena manifestaciones clínicas susceptibles de ser identificadas y que constituyen el cuadro característico.

Parece existir una correlación entre el nivel cultural, económico y social de una familia y la posibilidad de que el diagnóstico de diabetes juvenil se establezca antes de que el paciente llegue a un estado grave de cetoacidosis y coma. En estratos superiores se acude a consulta poco después de que el paciente ha iniciado los síntomas; por el contrario, los enfermos pertenecientes a familias de escasos recursos, incluyendo no sólo a las de recursos económicos sino también aquellas familias de

escasa cultura médica, permiten que el curso del padecimiento continúe y que se instale la cetoacidosis.

La evolución es otra característica distintiva fundamental con la diabetes de aparición en la edad adulta, ya que en tanto la diabetes juvenil aparece en forma brusca, en la diabetes tipo adulto el curso de los síntomas es lento, de tal forma que con frecuencia el padecimiento pasa inadvertido tanto para el enfermo como para sus familiares.

Una vez hecho el diagnóstico queda establecido el requerimiento de insulina exógena a lo largo de toda la vida. Hace algunos años se tenía la impresión de que el diabético juvenil al iniciar su enfermedad tenía una estatura en general superior y, un peso menor que las personas no diabéticas de edades similares. Pero parece que este concepto emanó de comparaciones con grupos controles inadecuados, ya que evaluaciones más recientes no ratifican el dato de talla mayor.

Wohltmann (citado en (1) pág. 39) siguió la evolución del crecimiento en 75 niños diabéticos, utilizando el rayado de Wetzel y comparando los datos con los de casi 10,000 niños escolares de la misma área; observó que los diabéticos ocupaban los canales de los robustos con mayor frecuencia que los controles, pero la velocidad de crecimiento era prácticamente idéntica en ambos grupos.

El Dr. Chavarría (4) ha observado que sólo los niños bien controlados, que asisten con la regularidad a la consulta y que pertenecen a familias cuidadosas en seguir los regimenes

(4)Chavarría B. Op. Cit.

higiénicos, dietéticos e insulínicos prescritos, crecen a velocidades muy similares a las de personas normales de las mismas edades, de grupos sociales económicos y culturales análogos. Desgraciadamente, no es raro encontrar en nuestro país ejemplos dramáticos de enanismo por diabetes, niños atendidos con tan pocos cuidados que milagrosamente viven. Es importante mencionar que el diabético que acelera su velocidad de crecimiento al iniciar la adolescencia, la demanda de insulina aumenta proporcionalmente, sin que ello signifique que se haya perdido o deteriorado el control de la diabetes.

Otra característica clínica de la diabetes juvenil es su tendencia a presentar remisión parcial o completa, en general dentro del primer año del padecimiento y más frecuentemente después de una cetoacidosis.

La diabetes mellitus es un trastorno permanente por lo tanto el manejo debe ser también permanente. El control de la diabetes mellitus pretende que el niño o joven diabético sea semejante al no diabético en su desarrollo físico, estado emocional, capacidad intelectual y actividad en la sociedad en que vive. Esto solo puede lograrse a través de una adherencia terapéutica, es decir, del proceso a través del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones y prescripciones que su médico le dá para el manejo de su enfermedad.

El tratamiento a seguir en el caso de los diabéticos tipo I es el siguiente:

I.- La administración diaria de insulina, la cual debe ser

regulada ya que su carencia lleva a la cetoacidosis y el exceso de insulina al ataque hipoglucémico.

2.-El consumo de una alimentación apropiada, que sea 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 el contrario hay exceso de comida o carbohidratos, favorece la aparición de síntomas cetoacidóticos.

3.-Regulación del ejercicio físico, necesario para el metabolismo de azúcar e inherente en nuestros sujetos niños y adolescentes, pues su ausencia favorece la hiperglucemia y un exceso de ejercicio, la hipoglucemia.

4.-Necesidad de análisis diarios de orina, para determinar glucosuria y saber el requerimiento insulínico así como detectar presencia de cuerpos cetónicos (cetonuria)

5.-Análisis periódico de sangre, para determinar el nivel de azúcar en sangre .

6.-La necesidad de un riguroso y periódico control médico, que refuerza la nominación de "enfermo".

La insulina que se usa en el manejo del diabético se extrae del páncreas de distintos animales, especialmente del cerdo y del ganado bovino, aunque los continuos progresos en biología molecular, en el cultivo de células y en la manipulación genética, han permitido que cepas de Escherichia Coli produzcan fermentaciones que contienen insulina. La hormona producida es química, física e inmunológicamente semejante a la insulina humana

y además, es equivalente en su acción biológica a las insulinas humanas y porcina. Esta insulina ya ha sido usada en algunos pacientes y se espera que en un futuro sea la fuente principal de la insulina que va a administrarse a los diabéticos.

Es importante que el diabético cambie diariamente las áreas de inyección de tal manera que cuando menos durante cinco días se deje descansar una de las zonas. En la figura I se observan las áreas para la inyección de insulina. (Ver apéndice I).

El joven diabético también debe llevar un registro diario de las glucosurias, cetonurias, cantidad de insulina, síntomas o enfermedades intercurrentes o condiciones especiales, ya que éste es revisado por el médico en la consulta y le permite alertar al paciente sobre una posible hipoglucemia o cetonuria.

Las complicaciones más comunes del padecimiento son la hipoglucemia y la cetoacidosis. La hipoglucemia o baja de azúcar en la sangre por debajo de lo normal, aparece cuando el paciente deja de tomar alguna de las comidas o la colación indicada; al dejar pasar más de seis horas sin tomar alimento; al aplicarse más insulina de la necesaria; al hacer ejercicio al que no se está acostumbrado y; al no tener la precaución de comer un poco más, o bien, por ingestión de bebidas alcohólicas pues éstas potencializan el efecto de la insulina.

La cetoacidosis se caracteriza por la presencia de glucosa y cuerpos cetónicos en la sangre y en la orina. Esta complicación indica que se está aplicando menos insulina de la necesaria o que han aumentado las necesidades de insulina por

algún proceso agregado de tipo infeccioso; el dejarse de aplicar la insulina diariamente, o bien por problemas emocionales o trasgresiones en la dieta.

La sintomatología de cada una de las complicaciones mencionadas se presentan en la tabla 2 (ver apéndice I), en la tabla 3 se observa la secuencia para llegar a una acidosis diabética (coma diabético) y en la gráfica 1 los niveles de azúcar en sangre normales, en ayunas y después de los alimentos.

El Dr. Luis Dorantes (5) dice de la cetoacidosis, es la emergencia más frecuente a la que se enfrentan los endocrinólogos. Considera que la cetoacidosis diabética es la causa más importante de mortalidad y una de las más frecuentes de morbilidad en la diabetes juvenil.

En un estudio realizado por Dorantes y Cols., endocrinólogos del Hospital Infantil de México "Federico Gómez" entre 1975 y 1979, observaron que la distribución por edades de 37 casos clínicos que manifestaron cetoacidosis, la frecuencia mayor se presentó en el periodo de la adolescencia y explican que podría deberse a que el número de pacientes diabéticos en ésta edad es mayor, y a que la adolescencia presenta grandes cambios emocionales y endócrinos que podrían contribuir a la presentación de la cetoacidosis.

La revisión de los expedientes de estos casos, mostró que los niños con estos cuadros eran desnutridos en algún grado y que el 35% tenían baja talla.

Al investigar los factores desencadenantes de ésta

(5) Dorantes L., Ajuria MA. Luz, Bonnes Mirna y Cols.,. "Cetoacidosis Diabética: Experiencia del Hospital y nuevo protocolo de Tratamiento". Bol. Med. Hosp. Inf. Mex. Vol.39 No.10 oct. 1982.
(n. 488-491)

complicación, se encontró que la infección ocurrió en 13 casos, en 4 por transgresión dietética, por factores desconocidos en 2 casos, infección por omisión a la insulina en 2 casos, omisión a la insulina exclusivamente 2 casos, traumático en uno, tensión emocional en uno y cirugía en uno y 2 casos como manifestación inicial de diabetes.

Consideran que las transgresiones dietéticas tienen un valor relativo pues piensan que "per se" no es una causa desencadenante de la cetoacidosis diabética sino que, quizás unida a la alteración emocional que, significa la transgresión de una norma, podría haberse convertido en el gatillo que origina la cetoacidosis. Con relación a la omisión de la insulina que ocurrió en 4 casos, considera que esta es una de las causas más frecuentes que proporciona la recaída cetoacidósica, pero no siempre es posible obtener el dato, pues los familiares se muestran renuentes a confesar que han descuidado al paciente. De tal manera que el número que obtuvieron lo tomaron con reserva.

El Dr. Chavarria afirma que la diabetes reviste aspectos endócrinos, neurológicos, fisiológicos, emocionales y de rehabilitación.

Algunos autores consideran que existe un nexo estrecho entre la presentación de la diabetes y conflictos emocionales, es decir, que la iniciación del padecimiento está ligada a una condición conflictiva que genera ansiedad o a situaciones condicionantes de stress.

Como todos sabemos la diabetes supone una predisposición

hereditaria a la enfermedad, además de esta predisposición parecen existir rasgos psicológicos que coadyuvan con la predisposición hereditaria y dan lugar a la enfermedad. Los stress psicológicos ya sean los stress externos como sería un accidente, muerte de algún ser querido etc. así como los stress internos, como los conflictos intrapsíquicos, pueden desempeñar un papel desencadenante o agravante.

Hay quien considera que los rasgos psicológicos que acompañan a la enfermedad, son consecuencia del padecimiento y de las limitaciones que éste impone; desde éste enfoque se trataría más de una influencia somatopsíquica que de una enfermedad psicósomática. La cronicidad de la enfermedad tiene efectos somatopsíquicos ya que se puede provocar agresión, angustia etc.

Parece ser que en la diabetes lo somático y lo psíquico se encuentran en un círculo cerrado donde ni lo psíquico crea lo somático, ni tampoco lo somático lo psíquico. Lo real en una enfermedad hereditaria como ésta, es su realimentación entre ambas; esto es diferente a otros transtornos en donde el problema es una perturbación psicopatológica adquirida que como tercer eslabón crea una somatización.

Se han llevado a cabo muchas investigaciones alrededor de este tema, Mirky encontró que podría producir glucosurias psicógenas en sujetos sanos sin herencia ni perspectiva alguna de que puedan llegar a ser diabéticos.

Vignon (citado en 1) menciona que choques afectivos internos desencadenan diabetes latente en el plazo de unos días ó

meses. Estas investigaciones comprueban que un impacto único o repetido de tipo emocional o una ininterrumpida situación de tensión psíquica agotadora que puede venir del ambiente o del interior del individuo, puede desencadenar una diabetes.

El stress según Katz (citado en 1), aumenta el azúcar circulante o es capaz de causar hipoglucemia. Durante el stress, hay un consumo elevado de carbohidratos, por lo que se aumentan los requerimientos de insulina, dicen Wolf y Hinkle (6); para ellos, el cambio emocional y el cambio metabólico son concomitantes. Ellos estudiaron la influencia de las emociones sobre el aumento de azúcar en los humanos aplicando estímulos emocionales de distinta índole y encontraron que los sentimientos de inseguridad, hostilidad o agresividad que el enfermo no podía expresar y había tenido que reprimir, provocaban el aumento.

Cuando el enfermo recobraba su seguridad emocional, desaparecían las modificaciones observadas.

Nittelman y Wolf también observaron que en situaciones que despertaban ansiedad, culpa, inseguridad o frustración se daba un aumento del azúcar.

Los investigadores han observado severas descompensaciones (hipo, o hiperglicemia, cetoacidosis, etc.) desencadenadas a partir del rechazo real o aparente de los demás.

El Dr. Chavarría(7) nos dice: "Es bien conocida la participación de las alteraciones emocionales en la génesis de la cetoacidosis diabética. Personas que caen con frecuencia en este cuadro deben ser estudiadas desde el punto de vista psiquiátrico.

(6) Hinkle L. y Wolff, S: "Experimental Study of life Situations, Emotional and The Occurrence of Acidosis in a Juvenile Diabetic".
Am. J. Med. Sci. 1949. (p. 217,138)

(7) Chavarría B. Op. Cit.

Si el grave descontrol de la diabetes que conduce a estado de cetoacidosis desencadena profundas alteraciones del metabolismo energético, resulta obvio que en estos periodos y en las etapas subsecuentes en que el equilibrio metabólico no se ha recuperado, el crecimiento estará entorpecido necesariamente. De tener cetoacidosis frecuentes, el niño estará incapacitado para progresar normalmente en crecimiento y desarrollo, de donde se desprende que debe existir relación entre factores psicóicos adversos y desaceleración en crecimiento".

En la tesis de Araujo (8) se habla de un experimento donde la manipulación psicológica intencionada realizada a 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.

Se ha dicho que el diabético puede vivir en forma tan normal como una persona no diabética pero esto, no es del todo cierto. Pues la libertad completa para comer y ser tan activo como uno quiera en cualquier tiempo está restringida por un programa que debe seguir la acción de la inyección diaria de insulina. Lo que requiere agujas, jeringas, una dieta nueva o revisada y una continua atención a las infecciones, cuidados de la piel y salud en general. Situación de tensión que naturalmente evoca fuertes sentimientos emocionales como el sentimiento de daño al cuerpo y el miedo a sufrir una hipoglucemia y morir.

Los problemas de conducta se observan en los diabéticos más jóvenes aunque varían con las diferentes edades, volviéndose más

(8) Araujo Paullada C. "Problemas Emocionales de Pacientes Diabéticos Juveniles". Tesis Psic. UNAM México 1966.

profundos en la adolescencia. Las aprehensiones normales de la adolescencia están amplificadas por las realidades de la vida. El adolescente debe comprender acerca de la insulina, las reacciones, las pruebas, la dieta y precauciones y esto puede provocar una reacción de rebeldía que puede ser la causa de una descompensación que hacen necesaria en ocasiones la hospitalización del paciente. Semejante conducta revela muchas veces una reacción depresiva o ansiosa ante situaciones frustantes donde el paciente puede optar por la autodestrucción como resultado de su incapacidad para manejar una realidad desagradable. Es por ello que se puede encontrar frecuentemente en los cuadernos de estos pacientes la falsificación de pruebas. También se observa la manipulación de la dosis de insulina, donde secretamente los jóvenes se aplican insulina extra para mantener de manera continua las pruebas de orina sin azúcar, en un intento de agradar al médico u obtener el elogio de sus padres.

Pueden asimismo rehusar la aplicación extra de insulina y en ocasiones tienen que ser hospitalizados con diagnóstico de reacción insulínica y una historia de "no aplicación de insulina". Estas situaciones llegan a descubrirse eventualmente.

Otro problema común es la rivalidad fraterna, que puede darse desde los primeros años de padecer diabetes, debido a que algunos padres tienden a proporcionar atención extra al diabético, atención que puede ser interpretada por los hermanos no diabéticos como favoritismo.

Uno de los problemas clásicos de la adolescencia es la

aprobación de los otros, y en el diabético no es la excepción. Por ello muchos jóvenes diabéticos olvidan los cuidados fundamentales de la enfermedad y se involucran en actividades que muchas veces pueden resultar peligrosas.

A ésta edad cualquier elemento extraño al estilo de vida usual (como la prueba de orina para el azúcar) puede ser tedioso. No obstante muchos niños cuyos padres piensan que ellos no tienen interés en su propio cuidado, pueden tener más interés del que aparentan.

La depresión se presenta en los adolescentes con bastante facilidad, y en aquéllos que son diabéticos es más común. Están con frecuencia conscientes de la muerte y de la incapacidad y con el temor de que sus vidas se acorten con la enfermedad; algunos piensan que pueden tener una escapada y vivir la vida a su totalidad, sin considerar todas las precauciones y sus consecuencias. Sin embargo, se ha visto que mientras más aprenden sobre la diabetes y se les permite la autodisciplina, mejores serán los resultados que se obtienen en su control.

La información acerca de la diabetes confunde a menudo a los pacientes. Alguna de las estadísticas acerca de la diabetes o ciertos ejemplos de diabéticos a los que les fué mal, pueden producir temor. Muchas familias recuerdan las experiencias desafortunadas de sus parientes diabéticos, aún cuando la situación previa puede no relacionarse a la situación de la nueva persona diabética. El resultado de este tipo de influencia es la ansiedad. Si ésta no es manejada adecuadamente, puede convertirse en una

forma absorbente de vida que influirá en las relaciones familiares conyugales e interpersonales. La gente joven con diabetes se rebela a menudo, cuando los padres permanecen demasiado ansiosos y sobreprotectores, pues parte de los enfermos se someten a este temor y ansiedad que los lleva a un estilo de vida árido y frustrante siendo incapaces de tomar decisiones importantes.

Otro sentimiento común que puede darse es la culpa. Por un lado los padres albergan la creencia de que por medio de la diabetes están sufriendo de alguna manera de ciertas faltas o pecados previos, por lo que el paciente se siente culpable ya que considera que su enfermedad acarrerá nuevos problemas en la vida familiar. Este sentimiento hace que la persona se deprima y sea menos capaz de manejar los requerimientos diarios que supone el vivir con ésta enfermedad.

El dominio de los sentimientos emocionales naturales sobre la diabetes es del mayor interés para los doctores, enfermeras y de aquellos miembros de la familia que están tratando de ayudar a sus parientes y a sus amigos diabéticos. Este estado emocional en el paciente es vital para un buen control de la enfermedad y puede en un momento dado significar la diferencia en la aparición y/o gravedad de síntomas y complicaciones.

El seguimiento del control diabético implica un desarrollo emotivo e intelectual difícil de lograr, por lo que es necesario una voluntad como la descrita por Piaget (9): "el poder elegir lo más positivo o conveniente a largo plazo por sobre lo más gratificante en forma inmediata, pero más negativo y/o

(9) Piaget J. "Seis Estudios de Psicología". Ed. Seix Barral 7a. Ed. 1974. (p. 188)

perjudicial en nuestro caso".

*Se considera que hay control de la diabetes cuando los pacientes tienen glucemia normal o cercana a lo normal durante la mayor parte del día. No hay acuerdo general respecto a los niveles de glicemia que deben mantener estos enfermos para considerarlos controlados pues se han sugerido cifras que oscilan entre 54 y 180 mg/dl. El Dr. Dorantes aporta una tabla sobre control diabético para tener una referencia y por ser ésta la que se maneja en el Hospital Infantil de México:

Excelente control: hemoglobina: máximo 10

glucosuria entre 60 y 180

glucosa negativa

no cetoacidosis

no hipoglucecias

crecimiento y desarrollo normal

Buen control: hemoglobina entre 10 y 14

glucosuria entre 45 y 200

glucosa: una que otra positiva

cetoacidosis e hipoglucecia: 2 o 3 por año

Mal control: hemoglobina por arriba de 14

glucosuria por arriba de 200

cetoacidosis e hipoglucecias; más de 3 por año

crecimiento y desarrollo deficiente.

1.2 Revisión de Investigaciones.

En diferentes épocas se ha reconocido la importancia de los factores psicológicos en la diabetes. En el siglo XVII Thomas Willis creía que la enfermedad era el resultado de un prolongado stress.

En 1930 Menninger notó una correlación entre cambios en el estado mental de un número de pacientes diabéticos psicóticos y cambios en su enfermedad, datos que fueron corroborados por Treuting en 1962.

Hasta la llegada de la insulina, el estudio de factores psicológicos fueron mínimos, particularmente en el área de la diabetes insulino-dependiente. Los niños con diabetes en la era de la pre-insulina tenían pocos años de vida, pero en lo concerniente a lo psicológico, estaban necesariamente minimizados a ver su realidad física.

Después de que la insulina fué descubierta en 1922, los pacientes con diferencias de insulina podían esperar una vida más razonable, y el interés en las relaciones entre factores psicosociales y la diabetes insulino-dependiente se incrementó.

Los estudios que se realizaron tenían como finalidad conocer la influencia de factores psicosociales en la aparición de la diabetes, la influencia de ellos en el curso de la enfermedad y, la influencia de la diabetes en el desarrollo psicosocial del niño.

Muchos factores encontrados en la diabetes juvenil son aplicables a otras enfermedades crónicas. Por ejemplo, se presume

que los factores psicológicos tienen un papel causal en el asma, y que también influyen en el curso de enfermedades que requieren una dieta especial, ejercicio y terapias como las enfermedades renales y la fibrosis cística. Todas las enfermedades crónicas tienen un impacto en el bienestar de la familia y del niño. De cualquier manera cada enfermedad crónica tiene efectos específicos los cuales no pueden generalizarse a los jóvenes con otro proceso de enfermedad.

Cabe mencionar que en las investigaciones que se encontraron sobre la diabetes juvenil no enfocan a la agresión como factor predominante en el control de la diabetes, más bien la mayoría de los estudios realizados han centrado su interés en reconocer o encontrar los diferentes factores psicológicos que intervienen en este control diabético. Por ello se consideró importante emprender el presente estudio.

La falta de adherencia al tratamiento, especialmente en niños y adolescentes, han dado lugar a algunas explicaciones al respecto por endocrinólogos quienes consideran que los jóvenes no entienden lo serio de la enfermedad pues observan los médicos las crisis frecuentes provocadas por hipoglucemia. Es común que éstos pacientes falsifiquen las pruebas de orina y sangre que realizan en sus cuadernos de control diario, empleando agua de la llave o falseando a su conveniencia los resultados.

Mazz R. S. y et al. (10) realizaron un estudio con 19 adultos sobre este aspecto y observaron que tres cuartas partes de la muestra reportaron bajos valores ficticios al menos una vez, el

(10) Mazz R. S., Shamon y Et al., "Rehability at home blood glucose monitoring by patients with diabetes mellitus" *Am. J. Med.* 1984; 77: 211-215.

18% omitió las lecturas de su cuaderno y el 40% agregaron valores imaginarios.

En ocasiones algunos padres se dan cuenta de estas falsificaciones de sus hijos hasta que llegan al consultorio del médico, donde las cifras de glucosa en orina como en sangre se encuentran muy elevadas. El chico sabe que una hipoglucemia puede ser prevenida con un dulce y recurren a él con frecuencia.

Las epidemias de pseudohipoglucemia ocurren regularmente en los campos de niños diabéticos y los estudios que se han efectuado al respecto, reportan que episodios de este tipo se confirmaron en el 56% de los casos al encontrar un bajo valor de glucosa en sangre.

Tattersall (11) dice que "siendo la hipoglucemia la complicación más común del tratamiento insulínico, es difícil decidir cuándo una diabetes juvenil tiene un pobre control, porque hay al menos un coma hipoglucémico en 25% de diabéticos estables por año, y dos o más ataques severos por año en pacientes que podrían entonces considerarse anormales y requieren ser investigados, pues entre las frecuentes causas se incluyen los ayunos, la pérdida de prevención de síntomas, el ejercicio no acostumbrado, etc., y estas podrían ser prevenibles o curables con simples maniobras, por lo que muchos ataques son accidentales.

El diabético adolescente puede buscar atención o escapar de la tensión, no comiendo como una forma de chantaje, ignorada por aquellos que afecta directamente con el riesgo de provocar temor y miedo inconsciente en el perpetrador. Yo he reportado varios casos

(11) Tattersall, R. "Psychosocial aspects of Diabetes in Childhood and Adolescence". Pediatric Annuals. 1987 Sep; 16(9) 728-33 y 736-40.

de este tipo".

Orr D. P. y et al,(12) describieron a 6 adolescentes que fueron sorprendidos cuando iban a tomar secretamente insulina extra en un intento suicida o como una forma de sustitución del síntoma en una conducta de autodestrucción. La psicopatología que la sustenta es variada (dicen estos autores) pero la depresión y severos problemas de personalidad eran comunes.

Mencionan también a la cetoacidosis frecuente como una manifestación muy común de pobre control diabético o "diabético frágil", donde estos pacientes son en su mayoría adolescentes mujeres con un sobrepeso quienes toman relativamente largas dosis de insulina. Algunas habían tenido 50 o más admisiones, por lo que en general se acepta como causa recurrente de cetoacidosis a un acto deliberado u omisión por parte de la paciente.

Las razones por las que las pacientes repetidamente caen en una cetoacidosis son variadas pero algunos autores como Loughlin y Mosenthal (13) han encontrado que el paciente temporalmente tiende a escapar de la familia o de algún otro problema, porque sienten insatisfacción en su casa o escuela, y se refugian en ésta complicación. Estos autores en 1944 observaron que un tercio de los niños con recurrentes cetoacidosis, venían de hogares rotos por el divorcio, la separación o viudez, o de hogares donde la madre

(12)Orr D. P, y Et al. "Surreptitious insulin administration in adolescents with insulin dependent diabetes mellitus". JAMA 1986; 256:3227-3230.

(13)Loughlin M. C., Mosenthal H. O. "Study of the personalities of children with diabetes". Am. J. Dis.Child 1944; 68: 13-15

estaba fuera la mayor parte del día y las comidas eran poco balanceadas o nutritivas. Muchos de estos niños preferían permanecer en el hospital que en sus hogares.

Wing R. R. y et al. (14) encontraron que los pacientes diabéticos jóvenes muestran mayor patología alimenticia que sus compañeros no diabéticos. La conducta bulímica autorreportada era significativamente asociada con un control glicémico decrementado. Se han reportado conflictos sobre el efecto de la anorexia nerviosa y el control diabético, donde estos pacientes en su mayoría mujeres adolescentes con un sobrepeso, controlaban su insulina rígidamente lo mismo que su dieta y perdían peso manteniendo una normoglicemia.

El pobre control y la polineuropatía se vieron comunes en aquellos casos con bulimia y anorexia nerviosa y la causa aparentemente era una deliberada baja dosis con insulina u omisión de inyecciones. Concluyen estos autores que los pacientes con un tratamiento de diabetes largo es pesado y puede generar mucha ansiedad. Reconocen la participación de problemas psicosociales en el control diabético y que éstos son más evidentes en el adolescente.

Otro estudio hecho por P. Fonagy y cols. (15) con el fin de encontrar una correlación entre el control de glucosa sanguínea y problemas emocionales en niños y adolescentes con diabetes insulino-dependientes, estudió una muestra de 71 niños entre 6 y 16 años con un coeficiente intelectual promedio obtenido con la prueba de Weschler y sin problemas médicos mayores relacionados a

(14)Wing R. R. y Et al., "Subclinical eating disorders and glyceic control in adolescents with Type I diabetes". Diabetes Care 1986; 9: 162-167.

(15)Fonagy P., Moran G. S. Lindsay M. K. y cols., "Psychological

la diabetes. La edad promedio fue de 12 años. También se les aplicó el Eysenck personality questionnaire (junior) y un cuestionario para conocer la información que tenían de su enfermedad y que revelaran el mantenimiento de un control diabético.

Los resultados fueron que el 25% de niños mostraron alguna indicación de disturbio de desórdenes severos psiquiátricos. Los hallazgos sugieren que entre un cuarto y un tercio de los niños tienen problemas emocionales y conductuales.

Muchos autores reportan que un control crónico pobre está asociado con frecuentes admisiones hospitalarias y que esto es consecuencia de mayores dificultades psicológicas (16); por lo que de acuerdo a lo que encontraron afirman que, mientras pacientes con un pobre control pueden presentar disturbios psiquiátricos, los desórdenes psiquiátricos no son inevitablemente una causa de pobre control en niños.

Se sabe que los pacientes enfermos de diabetes presentan cambios metabólicos importantes que repercuten en su personalidad, por lo que cada enfermo tiene un panorama propio de su enfermedad y esto depende fundamentalmente de la estructura de su personalidad. De ahí que inicialmente se hayan estudiado pacientes diabéticos con el fin de saber si manifestaban una personalidad que los caracterizara.

Dunbar (citado en 1) encontró, por ejemplo, que los diabéticos tenían características que incluían conflictos de dependencia-independencia, pobre identificación sexual,

(16) Tattersall R. B. "Psychiatric aspects of Diabetes". Br. J. Psychiatry 1981; (139): 485-93.

ansiedad, depresión y sentimientos paranoides.

Swift y et al, (17) reportaron una diferencia estadística significativa entre pacientes diabéticos juveniles y controles, apareados en sexo, edad, coeficiente intelectual y nivel socioeconómico. Los resultados mostraron en el grupo de diabéticos rasgos psicopatológicos tales como: dependencia, ansiedad, agresión reprimida y manifiesta, autoagresión, problemas en la identificación sexual y en la percepción de hostilidad, necesidad oral, imagen corporal patológica. También observaron dentro de este grupo, que los niveles de enfermedad se relacionaban con la edad que tenía el paciente cuando inició la diabetes con su capacidad intelectual y con el orden de nacimiento.

Meninger afirma que los conflictos que el diabético tiene son totalmente inconscientes y ha llegado a concluir lo siguiente:

-en todos los casos se encuentran obvios antecedentes psicopatológicos anteriores a la aparición del estado diabético. Esto es cierto en tanto que el efecto psicológico que una enfermedad tiene sobre el sujeto es una función de la personalidad anterior del enfermo. De ahí que se puedan presentar diferentes respuestas en los individuos cuando se enteran que tienen una enfermedad crónica como la diabetes.

-que el cuadro mental encontrado en los diabéticos es muy distinto de los estados típicos observados accidentalmente en la hiper o hipoglucemia.

-que la mejoría del cuadro mental es paralela a las tasas de glucemia o glucosuria, fluctuando éstas, junto con las conmociones

(17) Swift C. R. y et al., "Adjustment Problems in Juvenil Diabetes". Psychosomatic Medicine 1967; 29(6): 551-557.

que ocurren en la esfera afectiva.

Parece ser que en la psicopatología y antecedentes psicológicos del diabético existen algunas constantes prototípicas a saber: una historia de privaciones afectivas sistemáticas por un lado y por otro, un tipo de personalidad particularmente pasiva.

Antonio Caso (18) dice: "a menudo los trastornos endócrinos provocan cambios en la personalidad, en las funciones mentales, en la memoria y alteraciones neurológicas, y que, con frecuencia son síntomas importantes. Además el trastorno endócrino es un estrés emocional muy severo que ataca diversas funciones del cuerpo, provoca sentimientos de estar visiblemente enfermo, cambios en la apariencia, etc., y lo que ocasiona en un sujeto vulnerable, diversos trastornos nerviosos".

Leo Kanner (19) considera que mientras que hay estados patológicos que si llegan a oscurecer la conciencia, producir delirio, estupor o coma, la influencia de la mala salud sobre la personalidad, depende de la persona influida. Algunos la aceptan resignados y no dejan que les turbe la vida. Otros los entorpece su propia compasión, su rebelión contra el "destino" que les envió la enfermedad, y otros se abandonan a una exagerada dependencia.

En lo referente a enfermedades agudas, menciona Kanner, pueden afectar cuando hay un exceso de solicitud por parte de los padres, lo que genera miedo al dolor físico. Los niños demasiado protegidos suelen ser malos pacientes, pues se les da una exagerada

(18) Caso Agustín, "Fundamentos de Psiquiatría". Ed. Limusa.
Mex. 1982.

(19) Kanner L. "Psiquiatría Infantil". Ed. Siglo Veinte Argentina
1976.

atención, lo que engendra un exceso de interés corporal.

Las enfermedades crónicas pueden inducir a la madre a intensificar sus cuidados, acentuando el desafecto de los padres por los gastos e inconvenientes o por el contrario agravan la situación el abandono y despreocupación por sus hijos.

Generalmente los niños cuyos defectos crónicos se manifiestan a través de imperfecciones que se notan enseguida, aceptan su clasificación con más facilidad que los que no presentan señales externas de anormalidad. Es más fácil luchar contra un enemigo conocido que con uno desconocido, y el niño diabético no siempre tiene consciencia de que está enfermo. Se lo dicen los demás y se ve obligado a observar ciertas reglas cuya razón no comprende. Un niño ciego no se lanza deliberadamente sobre obstáculos que pueden causarle daño, pero muchos niños diabéticos hurtan y comen lo que les han dicho que daña su salud, incluso tratan de ocultar la enfermedad no aceptando ninguna mención de su existencia.

En la tesis de Araujo (20) cuyo objetivo fué buscar diferencias de personalidad entre niños diabéticos juveniles y niños normales en México, llegó a las siguientes conclusiones;

-depresión en todos los casos; se cree que la depresión es consecuencia del impacto emocional que les produce la diabetes.

-existe una relación entre una buena estructura familiar y la personalidad del paciente. Los que presentaron poca patología psicológica manejaban más adecuadamente la diabetes.

-presencia de pensamientos y sentimientos relacionados con la muerte dado que la mayoría había tenido por lo menos un coma.

-utilizan la enfermedad como instrumento de autoagresión y autocastigo cuando existían sentimientos de culpa. Por lo tanto la diabetes es un arma adecuada para la realización de actitudes autodestructivas.

-la diabetes es utilizada como un medio de agresividad hacia la familia, principalmente hacia los padres: es un vehículo para la expresión de sentimientos y una forma de manipulación o de ganancia.

-el manejo de la dieta es un medio para la expresión de sentimientos y actitudes: ingestión exagerada de alimentos con fines de gratificación compensatoria de situaciones frustrantes y depresivas, manipulación consciente de padres, etc.

-los factores emocionales juegan un papel básico en el curso de la enfermedad.

Charles K. Hofling (21) considera que: "es probable que las alteraciones metabólicas innatas puedan exaltar las necesidades bucales del sujeto hasta un punto en que se hace casi inevitable una frustración de estas necesidades mayores de lo usual. Esta frustración a su vez puede afectar seriamente las normas del desarrollo de la personalidad.

"Todas las formas de adaptación en el hombre sano o enfermo exigen la participación del Sistema endócrino. De ésta manera puede uno estar seguro de que las secreciones endócrinas son un elemento o una vía de todas las formas de enfermedad, ya sean "físicas o mentales".

Las series psicológicas en los diabéticos se originan en dos

(21) Hofling Charles K. "Tratado de Psiquiatría". Ed. Interamericana. Mex. 1974 (p. 125, 257-258)

facetas de la historia natural de la diabetes: la enfermedad misma y el tratamiento de ésta. El diabético llega a saber que tiene la enfermedad por las reacciones que se llevan a cabo en su orina y sangre. Los síntomas probablemente han sido insidiosos. El sentimiento de un progreso debilitante que acelera sutilmente la muerte se agrega a los síntomas de fatiga, pérdida de peso, etc. La idea del implacable debilitamiento se ve reforzada por el conocimiento de que "el que una vez ha sido diabético siempre es diabético". Por lo que el hambre no solo corresponde a una necesidad de alimentos afirma el autor, sino también a una necesidad mayor de atención y aprobación. La naturaleza del tratamiento complica las series somatopsíquicas con frecuencia asociadas a la enfermedad, y las llamadas complicaciones de los diabéticos son factores que se suman a la respuesta psicológicas de éste género de vida.

Algunos pacientes se hacen irresponsables en otros aspectos de su vida porque han cohechado su conciencia comportándose como los pacientes diabéticos sobresalientes y sienten que por tanto, han ganado derecho para privilegios especiales y que algo debe concedérseles por ser tan fieles a los consejos del médico.

Otros pacientes diabéticos elaboran la expiación de sus sentimientos de culpa o indirectamente expresan hostilidad, sujetándose a las posibilidades y peligros de la acidosis y del coma. Una variante de ésta última forma de conducta es la del diabético lleno de reproches, que se mata de hambre o administra el tratamiento específico hasta entrar en estado hiperinsulinico.

Los diabéticos inestables y los diabéticos jóvenes presentan estos tipos de problemas con agudeza.

Velasco Campos (22) realizó un estudio comparativo preliminar sobre algunas variables psicológicas en México entre niños normales y niños con diabetes insulino dependientes, entre 5 y 10 años, para conocer posibles diferencias en cuanto al rendimiento, nivel de ansiedad, depresión, hostilidad y agresividad como consecuencia de las frustraciones que la enfermedad impone y sus reacciones ante ella.

En la prueba del Rozensweig observó que los niños diabéticos dirigen más su agresión hacia el medio ambiente pero sin diferencia significativa. Observó también que presentan más trastornos de percepción así como trastornos visomotores.

En cuanto al factor depresión, Solorzano (23) afirma que: "es creciente en relación a la edad y asimismo que los factores autoagresivos se hacen más patentes o bien están correlacionados ambos aspectos".

Otros estudios como los realizados por Fallstom y et al. (24) han confirmado un incremento de la agresividad, evidencia de aislamiento y mala adaptación entre los jóvenes con diabetes.

(22)Velasco Campos M. L. "Estudio comparativo preliminar sobre algunas variables psicológicas entre niños con Diabetes Mellitus y niños en la Cd. de México". Tesis Psic. UNAM Mex. 1972 (p.85)

(23)Solorzano Rivera L. L. "Problemas Emocionales en el niño diabético" Diabetes Mellitus en el niño y el adolescente. Ed. Asoc. Med. del Hosp. Inf. Mex. Impresiones Modernas (sin fecha) (p.105-109)

(24)Fallstom J. Vegelius y Sweden Goteborg. "Discriminatory Analysis based on dictaliozied Rorschach Scores of Diabetic Children". Int. Journal of Rehabilitation Research 1 1978(3): 321-327

Sauceda y Sobrino (25) por ejemplo, observaron en un campo de adiestramiento para niños y jóvenes diabéticos, que éstos presentaban en forma consciente reacciones depresivas, tristeza, sentimientos de minusvalía, conductas autodestructivas e irritabilidad; reportan de manera especial la situación común del adolescente que transgrede el régimen de control como forma de autoafirmarse.

Sobre éste aspecto cabe mencionar la experiencia reportada por una colega diabética juvenil quien participó como paciente en un campamento de entrenamiento organizado por la Asociación Pro-Diabético Insulino-dependiente (agosto 1988), donde pudo constatar que el joven diabético post-adolescente, muestra un pobre ajuste emocional y una tendencia a autoagredirse no respetando su dieta y utilizando su enfermedad como un medio de manipulación. Es significativo hacer notar que éstos jóvenes pertenecen a un medio socioeconómico medio a medio alto, y provienen en su mayoría de familias con disfuncionalidad.

Existen autores como Steinhauer, Mushin y Reagraht (26) que piensan que la depresión no es privativa de la diabetes sino que es compartida por todas las enfermedades crónicas, de la misma manera que lo son el rechazo, la negación, la ansiedad y la culpa. Esto es cierto aunque como hablamos mencionado anteriormente cada enfermedad crónica además de compartir algunos factores psicológicos con otras enfermedades de éste tipo, tiene efectos

(25) Sauceda S. J. M. y Sabrina M. J. "Los Problemas Emocionales del niño Diabético experiencia en un campo de verano". Mex. 1976 Rev. Mex. de Pediatría 45(2): 163-168

(26) Steinhauer P. D., Mushin D. N. y Reagraht G. "Aspectos Psicológicos de la enfermedad crónica". Clínicas Pediátricas de Norteamérica Ed. Interamericana Nov. 1974 (p. 833-834)

específicos cada una de ellas en los pacientes que las padecen y de ahí que no pueda generalizarse.

El enfoque psicoanalítico hace incapié en rasgos de personalidad y psicopatológicos particulares de los pacientes diabéticos. Agustín Palacios (citado en (27)) sostiene que: "el diabético no sólo presenta características de personalidad que le son propias, sino que el padecimiento tiene su origen en las etapas primitivas del desarrollo humano, etapas donde 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 tales como el número de frustraciones y un yo pobremente integrado, así como el grado de la psicopatología de los padres.

En el estudio que hizo Duclaud (28) para investigar posibles diferencias de personalidad entre diabéticos, con un buen y pobre control, encontró una personalidad alterada en los diabéticos juveniles con características de ansiedad, impulsividad y dependencia. Concluye que los sujetos con un mal control tienden a negar más su problemática, a manifestar su agresión y a presentar sentimientos de minusvalía; y los sujetos que tenían buen control, presentaron una mayor tendencia a la seguridad, por lo que las tendencias favorables fueron para el subgrupo de buen control.

Las observaciones, que a nivel cognitivo-intelectual se ha hecho, como participantes en el control de la diabetes, se han

(27) Araujo P. C. Op. Cit.

(28) Duclaud Colunga . "Factores Personales y/o Familiares que participan en el control de la diabetes mellitus juvenil". Tesis

tenido que incluir porque se ha considerado que aportan una valiosa información al estudio, aunque existen diversas opiniones al respecto, como resultados contradictorios.

Solórzano (29) señala: que a mayor cociente intelectual mejor control de la diabetes. Swift y et al., (30) corroboran lo anterior encontrando un coeficiente intelectual más alto en el grupo mejor controlado en comparación con el descontrolado. Koski (31) en cambio, no encontró tales diferencias siendo que la metodología empleada por este autor para asignar los sujetos a grupos se encuentra mejor fundamentada al utilizar criterios cuantificables.

Sin embargo, todos estos estudios se basan en un análisis numérico del coeficiente intelectual, señalando promedios acordes a la media poblacional (32) donde existe cierta dependencia del factor intelectual con respecto a la enfermedad en sí pues no atienden la participación de las diferentes capacidades que forman la inteligencia en el control del trastorno.

En este aspecto Duclaud (33) a pesar de no haber encontrado diferencias significativas en cuanto a capacidades intelectuales entre los diabéticos, si observó que los mejores niveles

(29) Solórzano R. Op. Cit.

(30) Swift C. R. y et al, Op. Cit.

(31) Koski K. L. "Koski coping process in children Diabetes". Acta Paediat. Scand 1976(1): 49-56; 188-199

(32) Harvey Knowles C. Jr. "Diabetes Sacarina en la Infancia y Adolescencia". Clinica Medica Norteamericana 97(14): 975-985

(33) Duclaud C. Op. Cit.

intelectuales y una mayor adaptación a su medio se localizaron en su estudio, en el subgrupo de buen control. Así mismo éste subgrupo presentó una considerable disminución de distintas capacidades con respecto a la dotación natural de cada sujeto, es decir, que aunque el ejercicio intelectual permanece cerca de lo normal, no funcionan muchas de sus capacidades al nivel que era de esperarse dado su buen potencial; mientras que el subgrupo de mal control conservó bajas las mismas capacidades respecto de la norma de la población. Esto habla de que la diabetes puede influir en el desarrollo intelectual en varias formas.

Se ha visto que la hipoglucemia y la cetoacidosis pueden tener efectos en el sistema nervioso central el cual, puede producir deficiencias en el aprendizaje.

En cuanto a las investigaciones a nivel de Desarrollo Cognitivo no se observaron discrepancias. Patriadge (34) reporta que la actitud de autonomía con respecto al manejo propio de la enfermedad se encuentra asociada a la edad del diabético. El encontró con significancia estadística que los niños podían tomar responsabilidad total de su enfermedad alrededor de los 12 años; esto quiere decir que el enfermo necesita ciertas estructuras cognitivas que sólo se logran a partir de ciertos niveles de desarrollo.

Fallstrom y et al. (35) han encontrado datos de incidencia que sugieren que el mayor número de niños con un pobre control se da durante la adolescencia y que podría ser el resultado de cambios hormonales ocurridos durante este período de desarrollo.

(34) Patriadge John and cols. "Attitudes on adolescents toward their Diabetes". Am. J. of Dis. of Children 1972(24): 216-229

(35) Fallstrom y et al. Op. Cit.

Coddington ha observado también que un incremento en la adaptación a la enfermedad se da entre los 12 y 14 años de edad, confirmando que los episodios más frecuentes de inestabilidad, son a menudo vistos en la adolescencia.

En cuanto a estudios sobre las familias de pacientes diabéticos se ha observado que existe una correlación entre familias disfuncionales y pacientes con pobre control diabético.

Steinheuser y cols. (36) notaron que los pacientes bien controlados tenían un adecuado apoyo hacia su enfermedad por parte de sus madres. Los niños con un pobre control describieron a sus madres poco apoyadoras cuando les diagnosticaron la diabetes.

Un interesante estudio realizado por Simmonds (37) reporta un bajo rango de divorcio en las familias de pacientes bien controlados comparadas con aquellas con diabetes inestable o grupos de comparación de no diabéticos. Este estudio sugiere la hipótesis de que el buen control, puede estar asociado a pacientes con familias bien integradas.

El Dr. Dorantes (38) afirma que: "en la mayoría de los casos de frecuentes cetoacidosis diabéticas vistas en el Hospital Infantil de México, se trata de familias mal integradas, familias en que no se le brinda mucha atención al paciente y que usualmente no asisten a la consulta". Otros investigadores han apuntado a patrones de familia patológica como variables significativas en el proceso de la enfermedad. Las más comunes incluyen patrones de sobre ansiedad, sobre indulgencia, sobrecontrol, patrones de

(36)Steinheuser P. D. y cols. Op. Cit.

(37)Simmonds, J. "Psychiatric status of diabetic youth in good and poor control" Int. J. Psychiat Med. (1976-1977) 7(2): 133-151

(38)Dorantes L. y cols. Op. Cit.

resentimiento, rechazo, desinterés y negligencia. Bruch y et al (39).

Minuchin, Baker y cols. (40) se han preocupado por la influencia que tiene la familia en el paciente diabético y han desarrollado un modelo donde explican la interrelación de la interacción familiar y la enfermedad crónica. Ellos sugieren que los factores psicológicos pueden influir en la diabetes de dos maneras: una perturbación emocional podría ocasionar problemas de conducta (como negarse a tomar la insulina o comiendo alimentos prohibidos) ,lo que puede tener consecuencias metabólicas; o bien que los problemas emocionales puedan causar desajustes metabólicos directamente a través de mecanismos psicofisiológicos. Esta última relación es la que los autores han denominado "psicosomático" y éste, ha sido el foco de su investigación. En particular han estudiado el rol que la familia juega o puede jugar en producir diabetes psicosomática . La familia psicosomática es definida por cuatro características :

- 1) Es una red tal donde las identidades individuales y roles no son claros.
- 2) Sobreprotectores hacia todos los miembros de la familia.
- 3) Rígidos en mantener un status quo y
- 4) Carencia de resolución de conflictos.

El chico enfermo juega un rol importante en el esfuerzo de la familia por evitar el conflicto. El conflicto familiar necesariamente ocurre logrando despertar el nivel emocional y psicológico, descritos en el modelo de Minuchin como fase de cambio

(39) Bruch H. y cols. ,. "Physiological and psychological interrelationships in diabetes in children" Psychosom Med. 1939. 11: 208-210

(40) Minuchin, Baker y cols. "Familias y Terapia Familiar". Ed.

(turn-on). En la familia psicósomática lo que ocurre es que el turn-off o fase de retorno a niveles normales de respuesta fisiológica es adelantada por el esfuerzo de la familia por evitar el conflicto con una consecuente falta de resolución del mismo.

Niños y familias que parece que cubren éste modelo psicósomático han sido sometidos a terapia familiar con resultados muy favorables. Aunque la inestabilidad diabética puede ser sentida como un problema particular durante la adolescencia, no es enteramente claro que factores psicológicos se tienen que considerar. Como hemos visto muchos estudios sugieren que un pobre ajuste social-emocional del individuo o familiar es a menudo asociado con un pobre control diabético.

Duclaud (citada anteriormente) concluye en su tesis, que el factor más relevante en la distinción de sujetos diabéticos bien controlados y de los mal controlados, lo constituye la familia y en particular, la ubicación jerárquica claramente definida del paciente identificado. Esto implica que el niño o joven diabético requiere para un buen control de su padecimiento, el reconocer y aceptar la autoridad del miembro familiar que la posea, y que los padres sean capaces de ejercer la autoridad a fin de que éste último pueda servir de apoyo o continente de la ansiedad y desesperación generada a partir de las restricciones que la enfermedad impone en general, sobre todo, en sujetos niños y adolescentes que se caracterizan por la continua formación y/o reestructuración de su personalidad.

I I . - M A R C O T E O R I C O

MARCO TEORICO.

2.1 Psicología del Adolescente.

Nuestro estudio se realizó con pacientes entre 12 y 16 años de edad, es por ello que se hace necesario revisar el período de la adolescencia desde el punto de vista psicológico con el fin de conocer qué cambios a éste nivel se están dando para entender el proceso en el cuál están inmersos los jóvenes diabéticos.

Es la adolescencia un momento de crisis, característica del crecimiento humano. Los cambios fisiológicos que dan paso a la pubertad, ponen de relieve la compleja relación entre el cuerpo y el mundo interno de la persona.

La pubertad (del latín "pubere": cubrirse de vello el pubis), puede definirse como el período de tiempo en que culmina el crecimiento y desarrollo de un individuo quien, al término del mismo, queda instalado definitivamente en la edad adulta. Esto implica la adquisición de la madurez sexual plenamente diferenciada.

La mayor parte de los autores distinguen entre pubertad y

adolescencia. En el primer caso, se refieren a los cambios físicos producidos en el individuo; en el segundo, a los cambios psicológicos, mucho menos evidentes y fuertemente impregnados del ambiente en que se desenvuelve cada persona.

La pubertad se inicia con el desencadenamiento hormonal, ya que la hipófisis secreta las hormonas inductoras de las características sexuales secundarias que tienen dos funciones generales: una organizativa, propia del desarrollo evolutivo, y otra excitativa relacionada con las funciones sexuales de la vida adulta. Los cambios físicos que se manifiestan son la menstruación en la mujer y la producción de espermatozoides en el varón. Aparece en ambos, el vello pubiano, en la mujer, un máximo crecimiento el desarrollo mamario y en el hombre órganos genitales adultos.

Es notorio que ésta transformación no es brusca y la fisonomía del adolescente se adquiere paulatinamente, con una cronología más precoz para la mujer que para el hombre.

La adolescencia (del latín "adolescere": ciencia de desarrollo) no es un tránsito en el desarrollo psíquico del individuo hacia una supuesta madurez, cuanto una transformación en algo nuevo que conserva en sí lo antiguo: nunca desaparece la infancia como nunca se accede a una madurez absoluta.

El estudio psicoanalítico de la adolescencia que empezó a adquirir importancia a principios del siglo XX, comprende la relación entre la adolescencia y la infancia. No se puede considerar al joven como un fragmento aislado de las etapas

anteriores. La forma en que cada niño aborde su adolescencia, dependerá de su proceso psicológico anterior.

Peter Blos (41) dice que el pasaje a través del período adolescente es un tanto desordenado y nunca en una línea recta y que la importancia del período de latencia es fundamental para tener éxito en la iniciación y durante el desarrollo de la adolescencia. El período de latencia proporciona al niño los instrumentos, en términos de desarrollo del yo, que le preparan para enfrentarse al incremento de los impulsos en la pubertad. El niño, en otras palabras, está listo para la prueba de distribuir el influjo de energía en todos los niveles de funcionamiento de la personalidad, los cuales se elaboran durante éste período (latencia). De ahí que sea capaz de desviar la energía instintiva a las estructuras físicas diferenciadas y a diferentes actividades psicológicas, en lugar de experimentar esto solamente como un aumento de la tensión sexual y agresiva.

La actividad sexual durante el período de latencia está relegada al papel de un regulador transitorio de tensión; ésta función está superada por la emergencia de una variedad de actividades del yo, sublimatorias, adaptativas y defensivas por naturaleza. El cambio está promovido sustancialmente por el hecho de que "las relaciones de objeto se abandonan y son sustituidas por identificaciones" (Freud 1924 (42)). El cambio en la catexis de un objeto externo a uno interno puede ser considerado como un criterio esencial del período de latencia. Los recursos internos del niño se unen al de los padres como reguladores de la

(41) Blos Peter "Psicoanálisis de la Adolescencia". Ed. Joaquín Mortiz Jra. Ed. Trad. Raon Pares Mex. 1981 (p. 33, 83-109)

(42) Freud Sigmund Obras Completas Vol. III Biblioteca Nueva

estimación propia. Teniendo al superyo sobre de él, el niño es más capaz de mantener el balance narcisista en forma más o menos independiente, por lo que la ampliación del horizonte de su efectividad social, intelectual y motora, lo capacitan para el empleo de sus recursos, permitiéndole mantener el equilibrio narcisista dentro de ciertos límites que le fueron posibles en la niñez temprana, y es evidente una mayor estabilidad en el afecto y en el estado de ánimo.

Concomitante a estos desarrollos, las funciones del yo adquieren una mayor resistencia a la regresión; actividades significativas del yo, como son la percepción, el aprendizaje, la memoria y el pensamiento, se consolidan más firmemente en la esfera libre de conflicto del yo. De ahí que las variaciones en la tensión instintiva no amenacen la integridad de las funciones del yo como ocurría en los años anteriores a la latencia.

El yo del niño, tal y como quedó constituido en su infancia, iniciara una vez llegado a la adolescencia, una lucha para poder superar los conflictos, utilizando para ello, todos los mecanismos de que pueda disponer, que estarán en parte condicionados por la seguridad o madurez acumuladas durante la etapa anterior.

Así la crisis de la adolescencia tendrá más o menos virulencia según el ambiente que rodee al adolescente, la educación recibida, el bagaje de experiencias anteriores buenas y gratificantes o malas y frustradoras, y de la "concientización" adquirida a través de la misma.

Peter Blos subdivide la adolescencia en temprana y tardía. La

adolescencia temprana (10-14 años) coincide con los cambios somáticos y por la conciencia de lo particular, de lo individual: ser uno mismo. En la adolescencia tardía (14-15 Y 18-20 años), la preocupación básica es la consolidación de la personalidad, pero la mayor parte de conflictos de ésta segunda etapa han germinado ya en la primera.

El crecimiento corporal con los contornos indefinidos, los rasgos ambiguos y las imperfecciones físicas, preocupan al joven púber, quien se siente expuesto a cambios inquietantes y muchas veces no deseados, y la aprehensión que siente en su interior hacia aquéllo que le desagrada, no es un simple reflejo de sus defectos (el acné, la pelusilla, la enjutez de la imagen), sino la expresión de una impotencia, pues se da cuenta de que la relación entre cuerpo y psique no puede ser gobernada por la decisión de cambiar a voluntad uno cualquiera de los componentes de la misma.

Es el descubrimiento de una nueva conciencia de su cuerpo lo que pone al adolescente sobre el camino de la vida interior y ésta responde más que a una fuga, a una necesidad urgente de comprenderse y explicarse. Surge entonces una nostalgia de la propia infancia, que es una forma frecuente de la angustia del adolescente; la simultaneidad entre ser niño y adulto y la contradicción al mismo tiempo de no ser uno ni otro ya, genera una rebelión contra los demás y contra uno mismo, que se acompaña de una desadaptación, al no encontrar un grupo específico propio al margen de los niños y de los adultos, ya que ha perdido el

"equilibrio del niño" pero no ha alcanzado el "equilibrio del adulto".

Según la teoría psicoanalítica, las etapas del desarrollo psicosexual son genéticamente determinadas y relativamente independientes de factores ambientales. Puesto que la pubescencia está vinculada con aquéllos cambios corporales que se asocian con la maduración de las funciones reproductoras, es sin duda, un fenómeno universal.

Para Freud (43) existen estrechas relaciones entre los cambios fisiológicos y procesos corporales por una parte y las alteraciones psicológicas y la autoimagen por la otra; considera que durante la adolescencia, los cambios de conducta tales como la agresividad y la torpeza están vinculados con alteraciones fisiológicas. El concepto de sí mismo y la imagen del cuerpo van a poner al individuo en relación con otras personas. Los cambios fisiológicos por lo tanto, están relacionados con alteraciones emocionales y las emociones negativas se acrecentarán como son la depresión, la ansiedad, el desgano, la tensión y otras formas del comportamiento adolescente.

Dado que éste período es un momento de revisión, reestructuración y remodelación de viejos sistemas con miras a un esquema definitivo de personalidad, ha sido estudiado y descrito por diversos autores, entre ellos Freud, cuya teoría del desarrollo psicosexual ha motivado la consideración del desarrollo de la personalidad en general y de la adolescencia en particular.

Una de las suposiciones fundamentales de Freud es la de que

(43) Freud Sigmund "Esquema del Psicoanálisis". Ed. Paidós Buenos Aires 1966

los primeros cinco años de la infancia son los más importantes para la formación de la personalidad. Así, postula las cinco fases del desarrollo sexual: una fase oral, la anal, la fálica, de latencia y la genital. Por las características del comportamiento biológico y psicológico de la adolescencia, y aunque Freud no delimitó una edad específica para cada fase, podemos ubicar al adolescente en la fase genital.

De acuerdo a Freud, en la pubertad los impulsos sexuales afloran y provocan la "subordinación de todos los instintos y componentes sexuales a la supremacía de la zona genital" (44). Mientras que la búsqueda de placer es la meta de todas las formas infantiles de sexualidad, los cambios fisiológicos producidos en la pubertad hacen surgir otro objetivo sexual: la reproducción.

La excitación psicológica consiste ahora en una sensación de tensión peculiar y de carácter urgentísimo. Esto conduce a lo que Freud llama "onanismo por necesidad", el cual ocurre en los años del periodo pubescente.

Los cambios biológicos traerán consigo alteraciones de conducta y dificultades de adaptación, puesto que la sexualidad del individuo entra en conflicto con su seguridad. La madurez sexual influirá sobre todo el sistema nervioso, provocando el incremento de la excitabilidad y al mismo tiempo disminuyendo la resistencia contra el desarrollo de síntomas histéricos y neuróticos.

La tensión sexual que se acrecienta en la adolescencia, hace revivir muchos de los objetos incestuosos del periodo genital

anterior y dirigir la libido hacia ellos.

Según la opinión de Freud, durante la adolescencia, el primer objeto serio del amor de un muchacho será muy probablemente una mujer madura y el de una niña, un hombre mayor; vale decir, imágenes maternas y paternas; por lo que la tarea primordial del adolescente tal como la concibe la teoría psicoanalítica será el logro de la primacía genital y la consumación definitiva del proceso de la búsqueda no incestuosa del objeto.

El psicoanálisis explica éste momento postulando; que los impulsos instintivos del niño disminuidos en el periodo de latencia, se reactivan a la llegada de la adolescencia. Existe un cambio cuantitativo y cualitativo de los impulsos sexuales donde se va a dar, una reafirmación de conductas agresivo/sexuales propias de los primeros años de vida del niño. De ahí el comportamiento del adolescente que se muestra irresponsable, egoísta, cruel y desconsiderado, donde se encuentra tras de una lucha entre el control de sus impulsos y la liberación de éstos. Ello explica también sus cambios de carácter y las dificultades para predecir el rumbo de su conducta, ya que los impulsos que componen la sexualidad infantil y la agresión, le crean la necesidad de satisfacerlos; unas veces el adolescente logra reprimirlos, merced a la utilización de enormes defensas que pueden desembocar en una conducta neurótica, y otras, se ve lanzado a actividades consideradas antisociales.

El cambio en la organización de los impulsos, eventualmente da a la genitalidad un lugar de primer orden. El yo, toma sus

señales, por así decirlo, de estos cambios en organización instintiva y elabora en su estructura una organización jerárquica en sus funciones y en sus pautas defensivas. Ambos adquieren al final de la adolescencia una fijación irreversible llamada "carácter", que no es sino la consolidación de una personalidad.

La elaboración de defensas, con frecuencia extremas y transitorias, tienen como función mantener la integridad del yo. Algunas maniobras defensivas de ésta etapa prueban tener un valor adaptativo y por consecuencia facilitan la integración de inclinaciones realistas, talentos, capacidades y ambiciones, y no hay duda de que el ensamble estable en todas estas tendencias constituye un prerequisite para la vida adulta en la sociedad.

Revisando la teoría freudiana sobre el desarrollo psicosexual, se observa que Freud se ocupa relativamente poco de la pubescencia y la adolescencia. Ana Freud explica que el poco interés puesto sobre éste aspecto se debe a que el psicoanálisis desarrolló la revolucionaria idea de que la vida sexual del ser humano no comienza con la pubertad sino con la infancia. De ahí que Freud considerara más importantes los primeros cinco años de vida para la formación de la personalidad.

Ana Freud (45) en 1958 se interesó más que su padre por la interpretación de la dinámica del desarrollo adolescente, y concedió más importancia a la pubertad como factor de formación del carácter. Ella toma muy en cuenta las relaciones entre el Ello (compulsiones instintivas), el Yo (gobernado por el principio de realidad) y el Superyo (conciencia).

(45)Freud Anna. "Adolescence" Psychoanalytic study of the child
Vol. XIII Int. Universities Press, New York, 1958

Para Ana Freud la maduración sexual, que se inicia con la función de las glándulas sexuales, influye directamente en la esfera psicológica. Esta interacción redonda en un despertar de las fuerzas libidinales, las cuales a su vez, provocan un desequilibrio psicológico entre el yo y el ello, lo que provoca conflictos internos. Dice que durante la pubescencia, el yo, al ceder a los impulsos del ello, entra en conflicto con las ya internalizadas normas morales del superyo. El pubescente experimenta entonces una frustración interna cuando el logro del objetivo es impedido por inhibiciones interiores que surgen de la conciencia. La energía instintiva aumenta y puede sumarse no sólo a los apremios sexuales sino a cualquier impulso del ello.

Ana Freud considera que entre los muchos mecanismos de defensa que el yo puede utilizar como típicos de la pubescencia, son el ascetismo o aislamiento y la intelectualización. El ascetismo en un adolescente se debe a la desconfianza generalizada contra todos los deseos instintivos; ésta desconfianza va mucho más allá de la sexualidad y abarca la comida, el sueño y los hábitos del vestido. El aumento de intereses intelectuales y el cambio de intereses concretos por otros abstractos, los describe en términos de un mecanismo de defensa contra la libido.

Ana Freud afirma que los factores implicados en los conflictos de la adolescencia son los siguientes:

1. La fuerza de los impulsos del ello determinada por procesos fisiológicos y endocrinológicos durante la pubescencia.
2. La capacidad del yo para superar a las fuerzas instintivas

o para ceder ante ellas cuando no es posible lo primero, cosa que depende a su vez de la ejercitación del carácter y del desarrollo del superyo del niño durante el periodo de latencia.

3. La eficiencia y naturaleza de los mecanismos de defensa a disposición del yo.

Retomando a Blois podemos decir que su concepto sobre la adolescencia se acerca a la teoría de los dos instintos. Su práctica clínica lo persuadió de que la pubertad intensifica en igual medida las pulsiones libidinales y agresivas. Estas últimas en su forma primitiva y menos atenuada, son fácilmente observables durante la adolescencia. Este tipo de agresión resulta de la difusión de los instintos (o sea la libido y la agresión) concomitante con la regresión adolescente. La agresión empleada con propósitos defensivos es cualitativamente distinta puesto que a fin de asumir tal función fué necesario que se modificara de acuerdo con los intereses del yo y se adaptara a ellos.

Fenichel en 1945 (citado en (41)) concuerda con Blois al decirnos que: "todos los impulsos pregenitales en sus necesidades de incorporación, parece que poseen un cierto componente destructivo. Algunos factores constitucionales aún desconocidos y todas las experiencias de frustración, incrementan enormemente éste elemento destructivo".

Freud afirma que es posible que para cada cambio en la erotogenicidad del organismo, haya un cambio paralelo en la catexis libidinal en el ego, ya que a través de ésta edad, el yo es continuamente estimulado hacia una diferenciación progresiva

por el impacto de dos influencias: los impulsos instintivos y el mundo externo. De ésta manera el desarrollo del aparato psíquico debe constantemente crear las condiciones de maduración, las cuales dirigirán el impulso hacia una diferenciación e integración del yo.

El estado mental y físico que caracteriza a la adolescencia, se evidencia en una vida emocional más rica, en una orientación dirigida a crecer, en un intento para autodefinirse en respuesta a la pregunta: Quién soy yo?. El problema de relaciones de objeto pasará a primer plano, como tema central, donde los caracteres sexuales secundarios ponen al adolescente ante la evidencia de su nuevo status, lo que implica el abandono de la fantasía del doble sexo, implícita en todo ser humano como consecuencia de su bisexualidad básica y la actividad masturbatoria tan intensa en ésta época tendrá dos finalidades: la descarga de las tensiones genitales y la negación omnipotente de que se dispone de un solo sexo y de que para la unión, se necesita de la otra parte. Por éste motivo, la masturbación deja siempre una angustia por más que se logre la descarga de tensiones (aparte de los sentimientos de culpabilidad que pueden proceder de influencias educativas). Así, ocurre el cambio decisivo hacia la heterosexualidad y una renunciación final e irreversible del objeto incestuoso. Por tanto, los padres se convierten en "idolos caídos": del amor por ellos se pasa al amor por objetos amados no incestuosos, entonces el adolescente deja de ser a través de los padres para llegar a ser él mismo, para lograr su propia identidad, que es algo más que

y la cantidad de la elaboración de los duelos, darán como resultado, una mayor o menor intensidad de los sentimientos y de su expresión externa.

El retiro de la catexis de objeto y la ampliación de la distancia entre el yo y el superyo, ocasionan un empobrecimiento del yo, es decir, se torna débil; ésto será experimentado por el adolescente como un sentimiento de vacío, lo cual puede llevarlo a buscar ayuda hacia cualquier oportunidad de alivio que el ambiente pueda ofrecerle, por lo que la intensidad de la separación de objetos tempranos estará determinada no sólo por el aumento y variación del ritmo de la tensión instintiva, sino también de la capacidad del yo para defenderse de ésta angustia conflictiva.

Mientras tanto el adolescente continúa preguntándose: Quién soy yo en realidad? Ante ésta reflexión su cuerpo no le sirve de apoyo, más bien es fuente de preocupaciones e inseguridades, empieza el autorechazo y prefiere inventarse o copiar un "yo ideal". Cuanto más lejos de su "yo real" esté su "yo ideal", más agudos serán los problemas, pues difícilmente podrá perdonar los errores a ese "yo real", su yo, al que en mayor o menor grado desprecia.

El yo ideal como formación psíquica dentro del yo, no solamente remueve al superyo de la posición tan segura que había tenido hasta ahora, sino que también absorbe la libido narcisista y homosexual según Freud, quien dice: "grandes cantidades de libido, esencialmente homosexual son utilizadas en la formación del yo ideal narcisista y encuentran salida y satisfacción en

la suma de las identificaciones que ha hecho durante su infancia, por lo que la presencia externa de los padres resulta innecesaria.

Esta lucha afectiva en la que está inmerso el adolescente, le supone una situación ambivalente respecto a sus progenitores, ya que cuanto más ligado y dependiente se siente, más necesidad tiene de establecer una separación que le resulta al mismo tiempo difícil y penosa. Esta separación donde el joven está a punto de desligarse de sus padres para volcar su interés o su amor en otros adultos o compañeros de su mismo u opuesto sexo, va acompañada algunas veces de sentimientos de confusión y soledad, pues deberá dejar definitivamente algunos sueños infantiles muy queridos, y relegarlos al plano de la fantasía. Para poder avanzar a través de la adolescencia, el joven necesitará organizar tanto los impulsos, como las funciones de su yo; ésto le permitirá alcanzar su independencia mediante el proceso de diferenciación ya mencionado que dará como resultado un yo más seguro y estable.

En ésta lucha ambivalente, el adolescente tenderá a refugiarse en su mundo interno a fin de reconectar con su pasado y desde él, enfrentarse al futuro; y así va modificandose lentamente, pues toda elaboración de duelo exige tiempo para ser buena y no convertirse en una negación maníaca. Esta elaboración de duelo no es sino la aceptación del rol que la pubertad le impone frente a las defensas, la finalidad de las cuales es negar la pérdida de la infancia, pérdida que el joven debe aceptar por lo que atañe a su cuerpo y a sus padres, de ahí la inestabilidad emocional tan característica de la adolescencia, donde la calidad

mantenerla". Continúa: " El yo ideal ha impuesto condiciones severas para la satisfacción de la libido a través de los objetos ya que algunos de ellos son rechazados por medio de su censor como incompatibles". (citado en 41).

El joven en este proceso de cambio de objeto amoroso, hará amistades que exigen una idealización del amigo y algunas características en el otro, serán admiradas y amadas porque constituyen algo que el sujeto mismo quisiera tener y en la amistad, él se apodera de ellos. Freud explica este momento de la formación del yo ideal como una internalización de la relación de objeto que permite al joven una expansión de su vida amorosa, que de otra manera podría conducirlo a la homosexualidad latente o manifiesta.

Pero el adolescente no estará dispuesto a dejar la perfección narcisista de su niñez, por lo que se sentirá molesto por las amonestaciones de otros y por el despertar de su juicio crítico, de ahí que no pueda mantener ésta perfección que trata de recuperar en la nueva forma del yo ideal.

El retiro de la catexis de objeto lleva al adolescente a una sobrevaloración del ser, a un aumento de la autopercepción a expensas de la percepción de la realidad, a una sensibilidad extraordinaria, a una autoabsorción general. Esto puede dar lugar a un retiro narcisista y a una pérdida de contacto con la realidad, ya que intenta procurarse satisfacciones en el mundo externo y al no conseguir las, se siente fracasado. Según Ana Freud las sensaciones de hambre y la tendencia a engullir comida, están

solo parcialmente condicionadas por las necesidades físicas de crecimiento del adolescente; puede observarse que fluctúan significativamente con el surgimiento y la declinación de hambre primitiva de objeto, que es la función incorporativa.

El rol significativo que la oralidad juega en el proceso de separación, también explica la frecuencia de estados de ánimo depresivos como una "regresión transitoria a la fase oral incorporativa (alimenticia) del desarrollo.

Esta etapa narcisista no es sólo una acción demoradora o apoyadora causada por repugnancia para renunciar definitivamente a los objetos tempranos, sino también representa una etapa positiva en el proceso de desprendimiento, hacia un desarrollo progresivo.

El cambio catéctico dota a los órganos de los sentidos de una percepción hiperaguda que obtiene su contenido especial y calidad en la proyección; los acontecimientos internos son ahora experimentados como percepciones externas y su calidad se aproxima a las alucinaciones. Acaso esta hipercatexis adolescente de los sentidos ayuda al yo a agarrarse al mundo de los objetos que está constantemente en peligro de perder.

El papel normal de las fantasías y experiencias alucinatorias, ha sido descrito por Landauer (citado en Blos 41): " La percepción constituye la internalización de la realidad externa y normalmente es preservada como objeto de amor y odio; el adolescente que está impulsado por la necesidad de amar, regresa a la costumbre infantil de incorporar objetos por destrucción, para reproducirlos en alucinaciones o en fantasías como una realidad

externa, que ahora es idéntica a su yo. Este fenómeno es parte de la doctrina del adolescente, que sostiene que el yo es lo único existente".

Así desde su mundo interno y en contacto consigo mismo, el adolescente elabora y reconsidera sus vivencias y fracasos; ve como se desvanecen sus fantasías y juegos, pero también ve cómo se desvanecen todas las normas y leyes que hasta este momento lo habían guiado. Así se enfrentará con ansiedad a las actividades que le depara el nuevo status: la adultez.

Los conflictos que lo afectan profundamente van a influir en las actitudes que adopte frente a sus elecciones futuras; quizá dirija su energía contra todo lo que representa una autoridad, o tal vez, prefiera resolver las cosas de una forma fácil, adaptándose a unas normas que se ve incapaz de transgredir y que le obligan a intensificar la represión de sus impulsos internos, pero esto va a estar determinado por los valores y normas que ha recibido de su entorno familiar y escolar en que ha sido educado.

Con las nuevas posibilidades de pensamiento crítico, las experiencias registradas en su mundo interno, el resurgimiento de la sexualidad adormecida, la capacidad de fantasía y el confusiónismo, con los temores al fracaso, al ridículo, a lo desconocido, a la muerte y al tiempo, el adolescente se enfrentará a la sociedad y así mismo, intentando encontrar el camino que lo conduzca a la vida adulta.

2.2 Concepto de Frustración.

En principio la palabra frustración proviene de: Frustrare/Frustrar, engañar.

S. Freud habló refiriéndose a la frustración, como la consecuencia de un bloqueo de las fuerzas libidinales. Hilgard, Atkinson y Atkinson hablan de frustración cuando existe un obstáculo en el camino de una persona hacia una meta y ésta es obstaculizada, retrasada o interferida.

Por su parte Díaz Guerrero considera que lo esencial de la frustración es la motivación de un organismo, que a consecuencia del impulso, desarrolla una secuencia instrumental, misma que es impedida de consumarse provocando una conducta externa simbólica que son los mecanismos de defensa.

Skinner habla de la frustración en términos de un estado emocional que surge cuando se suspende un refuerzo habitual. Cuando se dá por primera vez ésta situación, la respuesta es intensa y a medida que se repite la experiencia, la respuesta decrece en intensidad.

Amsel y Roussel se refieren a la frustración en forma similar remarcando que la respuesta "frustrada" había sido reforzada en forma constante. De acuerdo con ésta idea se marca la diferencia entre frustración y privación, ya que la primera no es el resultado de una privación absoluta, sino de una privación relativa; es por ello que Aronson dice que mientras exista una esperanza insatisfecha habrá agresión. De ahí que podamos caracterizar a la frustración en dos partes principales: "presencia de un impulso o motivo previamente suscitado y no

gratificado, y alguna forma de interferencia o impedimento hacia la gratificación".

Cofer dice que cuando se da la primera se puede hablar de privación y cuando se dan ambas es cuando nos referimos a la frustración.

Dtro aspecto a considerar es el de los factores frustradores y los frustrógenos; los primeros son aquellos que nos impiden el logro de una meta o la satisfacción de una necesidad, en tanto que los frustrógenos se refieren a fijar metas inadecuadas a la posibilidad de satisfacción o logro.

Dollard y Miller (1941) en el libro "Frustration and Aggression" exponen su manera de ver el tema. Definen el término de frustración como aquél que se da cuando hay interferencia para la ocurrencia de una respuesta meta instigada en el momento propio de su ocurrencia en la secuencia conductual; por lo que la frustración incluye un factor instigador, que sería una condición antecedente, de la cual la respuesta/meta es consecuencia, asimismo deberá existir una respuesta/meta que incluya el objetivo de la persona. Esta respuesta meta se convierte en respuesta frustrada en el momento en que se obstaculiza su realización.

A continuación mencionan que para determinar si hubo o no frustración debe saberse si había intención de efectuar un acto y que éste, haya sido bloqueado en su ocurrencia. De acuerdo a estos autores, el grado de frustración dependerá del grado del bloqueo a la respuesta meta, de su fuerza de instigación, de la posibilidad de usar respuestas sustitutas y de que éstas puedan reducir la

fuerza de la instigación original, asimismo, plantean que la respuesta ante la frustración es la agresión y que la fuerza de ésta respuesta depende principalmente del grado de frustración.

Es probable que la explicación teórica más conocida de la conducta agresiva sea la hipótesis de Frustración/Agresión. Uno de los primeros estudiosos e investigadores sobre ésta hipótesis fué Rosenzweig, quien en 1934 desarrolló una teoría acerca de la frustración encuadrada en los marcos de la teoría psicoanalítica experimental; él, en su obra, distinguió tres aspectos fundamentales: Frustración, Presión o Stress y Tolerancia a la Frustración.

Frustración llamó a aquel sentimiento que embarga al individuo cuando éste encuentra uno o más obstáculos que no puede dominar en su ruta hacia la satisfacción de necesidades vitales. Presión o Stress la definió como la situación o estímulo que constituye el obstáculo, y finalmente, a la Tolerancia a la Frustración, la denominó como la aptitud de un individuo para soportar su frustración sin pérdida de su adaptación psicobiológica, es decir, sin recurrir a modos inadecuados de respuesta.

Este autor señala que las reacciones a la frustración pueden ser clasificadas de acuerdo a la economía de las necesidades frustradas, de este modo enumera primeramente dos tipos: necesidad persistente (N/P) donde el individuo toma en cuenta solamente el destino de la necesidad frustrada, y defensa del ego (E/D) donde el individuo toma en cuenta sólo su ego para

defenderlo de la frustración.

Más tarde introduce un tercer tipo llamado dominio del obstáculo (D/D) donde el individuo responde sólo en términos del problema mismo, siendo incapaz de defender al ego o de seguir su meta original por lo que únicamente admite su frustración.

Partiendo de la base de que todas o casi todas las reacciones a la frustración generan respuestas de carácter agresivo, Rosenzweig clasifica estas reacciones de acuerdo al manejo que el individuo hace de la agresión así originada, encontrando que en muchas respuestas, la agresión se desplaza hacia el medio ambiente (respuestas extrapunitivas) o bien, vuelve ésta agresión hacia el sujeto mismo (respuestas autopunitivas), o puede sublimarse, es decir, que puede mostrar el sujeto indicios de resolver el problema en forma más o menos conciliable con el medio (respuestas impunitivas).

S. Freud por su parte, también sostuvo que la agresión, era la primera y la más importante reacción ante la frustración cuando se obstaculiza la búsqueda de placer que según él es el propósito básico del ser humano. Por lo que la frustración entonces, podrá dar lugar a que se presenten respuestas de agresión, que en un momento dado va a ser dirigida hacia personas y objetos del exterior, las cuales son percibidas por el organismo como fuentes de frustración; podría también en vez de ello, revertirse contra el propio organismo o bien, desplazarse hacia otros objetos.

Ana Freud (1949) nos dice que las situaciones traumáticas en las etapas tempranas y los continuos sucesos frustrantes a que se

vea expuesto el niño, podrá degenerar en una falta de control Yoico en las manifestaciones impulsivas, por lo que el individuo tenderá a la agresividad.

Symonds afirma que de la cuna a la tumba la gente experimenta repetidas frustraciones, pero su naturaleza y forma varía de una etapa de la vida a otra. No escapamos de la frustración al crecer, simplemente crecemos dentro de nuevas y diferentes condiciones frustratorias. Floyd L. Ruch consideran que todas las personas experimentamos frustraciones a lo largo de nuestra vida y que son necesarias para nuestro desarrollo; un niño por lo tanto, debe aprender a esperar, a soportar amenazas, oposiciones y negativas, para poder así aprender a experimentar gratificaciones completas; por lo que deberá el niño llegar a conducirse cada vez más en base al principio de la realidad, superando el principio del placer, a través de las frustraciones, donde aprende que no puede tener en el momento en que lo desea las cosas, sino que éstas pueden estar o no, lo cual le permite ir diferenciando entre si mismo y lo externo, además de demorar sus satisfacciones. En la medida que el sujeto logra ésto, poco a poco vá madurando y logra una adecuada ubicación en la realidad. Además considera este autor que para que exista un desarrollo normal, la frustración debe experimentarse en grado medio, ya que su exceso perturbaría el desarrollo adecuado del ego, para lo cual debe tomarse en cuenta la frecuencia, intensidad y calidad de dichas frustraciones.

Se ha mencionado que debe ser en grado medio la experiencia de frustración, ya que si bien es positiva y necesaria para el

desarrollo, el que sea crónica para una persona o bien que sea una frustración profunda, tendrá un efecto posterior en su salud mental, por ello se observa con frecuencia el término de frustración incluido en las definiciones de psicopatología.

Kretch, Crutchfiel y Otto Klineberg están de acuerdo en que la frustración aunque no necesariamente, si con frecuencia, conduce a la agresión y que la agresión, aunque no necesariamente si con frecuencia es el resultado de la frustración. Hacker menciona que otras respuestas posibles a la frustración son la huida a la represión, considerando además que existen otras fuentes para la agresión, además de la frustración.

Lawson, R. Marx, M. H. consideran que si la frustración resulta demasiado intensa o la situación parece desesperada, en lugar de la agresión puede presentarse la apatía o el retiro, a veces una adaptación que había resultado efectiva, es entonces reemplazada por una conducta no adaptativa regresiva.

Portnoy J. afirma que si se sobreprotege a un niño, se le orienta a la sumisión y a la dependencia; si la hostilidad y frustración son inhibidas entonces su realización es obstaculizadas; es por esto, que es de vital importancia la ayuda empática de los padres para que el niño aprenda a soportar las frustraciones y así convertirse en un adulto sano. Esto puede explicarse en base a que las primeras frustraciones que recibe el ser humano se dan en la familia, ya que son los padres quienes además de proporcionar gratificaciones, también dan frustraciones en forma de limitaciones a la conducta. Dependiendo de la cultura

en que se vive, variará la educación proporcionada en el uso de la frustración. Por ejemplo, es común observar en diversos lugares el tipo de madre sobreprotectora, que al actuar limita y hace dependiente a su hijo, lo cual crea hostilidad, resentimiento y temor, no es raro entonces encontrar tanto adultos como a niños que responden en un momento dado, ante la frustración de una manera aparentemente "razonable y adecuada" lo cual proviene de la tendencia de nuestro medio a la no expresión de la agresión abierta.

Algunos estudios de investigación han revelado un aumento de la agresión después de la frustración, en tanto que en otros, se ha descubierto, que a veces, hay una disminución y en otras ocasiones no se producen cambios en la agresión.

De este modo podría decirse que la frustración facilita la agresión, pero el camino que tome la agresión originada es otro cuestionamiento que podría llevar a la pregunta ¿Cómo es ésta agresión?, ¿hacia donde se dirige?. Porque como se sabe, existen factores que pueden modificarla una vez originada, tales como el reforzamiento y los factores situacionales por un lado como la estructura interna e historia personal del sujeto por el otro. Por lo que podría decirse entonces, que la agresión es una característica del ser humano posible de originarse ante los obstáculos frustrantes, pero por sí misma maleable a diversos factores, tanto internos como externos en el ser humano, que en un momento dado van a ser los responsables de un incremento, un decremento o bien, ningún cambio en la presencia de agresión.

2.3 Concepto de Agresión.

Definir el término en general acarrea muchos problemas, ya que el mismo es de carácter ambiguo. Sin embargo, se tratará de aclarar el uso del término agresión entre los autores pertenecientes a la corriente psicoanalista.

De acuerdo al diccionario de psicoanálisis de J. Laplanche y Pontalis, la agresividad; son tendencias o conjunto de tendencias que se actualizan en conductas reales o fantasmáticas, dirigidas a dañar a otro, a contrariarlo, a humillarlo, etc. La agresión puede adoptar modalidades distintas de la acción motriz violenta y destructiva y menciona que no hay conducta tanto negativa como positiva, tanto simbólica que no pueda funcionar como agresión.

Entonces Agresivo; es el que provoca o ataca, propenso a atacar.

Paula Heimann divide en cuatro grupos a los psicoanalistas en relación con el concepto de la agresión:

Primero-aquéllos que siguen la formulación original de Freud del instinto de muerte. Esta concepción abarca un instinto de muerte comparable con la libido. Melanie Klein fué la principal exponente de ésta teoría.

Segundo-aquéllos que consideran la libido y la agresión en forma paralela y por tanto idénticas. Ellos aceptan la existencia de una energía agresiva comparable a la libido. Este concepto ni incluye, ni excluye la existencia de un instinto primario destructivo, pero si postula dos clases de energía. Hartmann, Kris

y Lowenstein son algunos de los mayores exponentes de este punto de vista y más recientemente Brenner.

En tercer lugar están aquéllos que rechazan la necesidad de cualquier concepto de agresión primaria; en vez de ver la agresión como innata, la consideran como una manera de hacer las cosas o también, como motivada externamente. Consecuentemente no es ni un instinto, ni una actividad por su propio derecho. Entre sus principales exponentes están Fenichel, Gillespie y Stone.

Finalmente están aquéllos que consideran que el modelo energético está pasado de moda y desean omitirlo.

Lo que tienen en común estas distintas concepciones de la agresión es que la conciben como una forma de energía.

Algunos factores que han contribuido a hacer oscuro el estudio psicoanalítico de la agresión son: que la pulsión a la que nos referimos, nunca puede ser observada directamente; y que el término "agresión" es utilizado en la literatura psicoanalítica para designar diferentes cosas.

En el caso de Freud, las ideas sobre la agresión sufrieron considerables cambios y podemos ubicarlas en tres fases: 1) cuando considera las tendencias agresivas como aspectos libidinosos, donde los impulsos agresivos se harán manifiestos con relación a las etapas del desarrollo psicosexual, por ejemplo el morder en la fase oral, es una manifestación de los impulsos orales-sádicos; en la fase anal se llega al tope de la agresión, cuando los impulsos a herir y dominar a otras personas son notables por su frecuencia e intensidad. En la fase fálica en el complejo de Edipo la

rivalidad con el padre del mismo sexo por el amor del padre del sexo opuesto, conduce a deseos de muerte hacia el rival odiado. Así en "La interpretación de los Sueños" (1900) Freud presenta por primera vez el complejo de Edipo, como una conjunción de deseos amorosos y hostiles, bajo el título de "Sueños de muerte de personas queridas" ((46) p. 498).

Estos fenómenos reclaman una explicación a nivel de las teorías de las pulsiones, pero es hasta 1945 que en su obra "Los instintos y sus destinos" presenta dicha explicación.

2) Más tarde considera a los impulsos agresivos como parte de los instintos del yo, la finalidad de los cuales era la autoconservación y el elemento principal era la agresión. Creía que podían ocurrir en ausencia del conflicto sexual.

3) La última fase en el desarrollo del concepto de la agresión, Freud estaba influenciado por la destrucción a causa de la Primera Guerra Mundial, que tuvo un efecto profundo sobre su teorización. En esta última etapa considera a la agresión en términos de polaridades: vida-muerte, expresión-supresión, amor-odio. La novedad fué la suposición de un instinto de muerte origen de la agresión en el ser humano. Las pulsiones de muerte se dividen primeramente hacia dentro y tienden hacia la autodestrucción, secundariamente se dirigen hacia el exterior manifestándose entonces en forma de pulsión agresiva o destructiva.

Este concepto de pulsión de muerte fué introducido por Freud en su obra "Más allá del principio del placer" en 1920. Para él, la meta de toda vida es la muerte pues lo "inanimado era antes

que lo animado, y puesto que la naturaleza es conservadora de los instintos, tal fin es un estado antiguo, un estado de partida, que lo animado abandonó alguna vez y hacia lo que tiende por todos los rodeos de la evolución. Si como experiencia, sin excepción, tenemos que aceptar que todo lo viviente muere por fundamentos internos volviendo a lo anorgánico, lo que sucede es que el organismo no quiere morir sino a su manera". (47).

Freud atribuye a los instintos del yo esa tendencia a la muerte ya que proceden de la vivificación de la materia inanimada y quieren establecer de nuevo el estado inanimado; y a los instintos sexuales atribuye la tendencia a la conservación de la vida, ya que su fin es la fusión de dos células germinativas determinadamente diferenciadas; sólo bajo ésta condición considera, puede la función sexual prolongar la vida y prestarle la apariencia de inmortalidad.

La pulsión de muerte, postula, se opone a la pulsión de vida, pero ambas tienen una finalidad de reducir la tensión, procurando el instinto de vida, una liberación de la tensión sexual, y la pulsión de muerte una liberación de la tensión del simple vivir. Lo que sucede entonces en la mayoría de los individuos es que no permiten que ésta autodestrucción primordial se manifieste en el comportamiento, ya que la pulsión de vida consigue volver los impulsos destructivos desde el organismo hacia los objetos externos. Así la historia de la vida de una persona no es más que la lucha entre la pulsión de vida y la pulsión de muerte, terminando sólo cuando la pulsión de vida ya no es capaz de

oponerse al instinto de muerte.

Después nombró Freud a los instintos de vida "Eros", que tienden a la autoconservación, y a los instintos de muerte "Thanatos" que tienden a la autodestrucción. Para él en el influjo del instinto de conservación del yo queda sustituido el principio del placer por el principio de la realidad, que sin abandonar el propósito de la búsqueda del placer, exige y logra el aplazamiento de la satisfacción y el renunciamiento a algunas de las posibilidades de alcanzarla, y nos fuerza a aceptar pacientemente el displacer durante el largo rodeo necesario para llegar al placer. Por lo tanto, Freud considera a la agresión como una reacción "primaria" a la frustrante búsqueda de placer o a las respuestas para evitar el dolor. A su vez, considera la agresión como una tendencia biofilica cuando es orientada hacia el instinto sexual y nacrofilica cuando de ella se derivan tendencias destructivas, donde la combinación u oposición de ambas originan todos los principios de la vida. Por último, Freud considera que cuando más fuerte es el instinto de muerte más necesario es que la agresión sea dirigida al exterior, pues de no ser así se volcará hacia el organismo apareciendo fuertes tendencias autodestructivas, siendo que para él el individuo nace dotado de la agresividad, ésta no podrá permanecer oculta y de alguna manera tendrá que salir, encontrando diferentes caminos que le permitan su expresión.

Melanie Klein partiendo de los descubrimientos de Freud sobre los instintos de vida y muerte, llega a concluir que una de las

principales funciones del yo en la lucha entre los instintos, es el dominio de la ansiedad, puesta en marcha desde el comienzo de la vida.

La ansiedad primordial con la que lucha el yo, es la amenaza proveniente del instinto de muerte, por lo que el peligro de ser destruido por éste instinto de agresión, crea una excesiva tensión en el yo, por consiguiente la interacción entre agresión y libido es lo que causa la ansiedad y la culpa.

Considera esta autora que el ser humano al nacer, reactiva el instinto de muerte (como instinto es una fuerza biológica, constitucional), que percibe como amenazante y aniquilador; entonces el yo se defiende por medio de diferentes mecanismos de defensa entre los cuales están: la escisión del yo, es decir, la proyección del instinto de muerte se utiliza para evitar la ansiedad, y el instinto de muerte que queda en el yo se convierte en agresión, empleándolo como defensa contra los perseguidores.

Por su parte Anna Freud siguiendo las ideas elaboradas por su padre, afirma que: "En fases muy tempranas la energía agresiva puede cargarse en el propio cuerpo del niño, del mismo modo en que la energía sexual "libido" se descarga en actividades autoeróticas".(48).

Para ella en cada una de las fases sucesivas del desarrollo pregenital, la energía agresiva es un componente indispensable para el impulso sexual. En la etapa oral por ejemplo, el niño destruye todo lo que consigue, succiona hasta vaciar sus objetos tratando de incorporar todos dentro de sí. En la siguiente etapa,

(48)Freud Anna Op. Cit.

la anal, la fusión entre las tendencias eróticas y agresivas son evidentes.

Algunos otros autores apoyan el origen natural de la agresión:

Hartmann, Kris y Lowenstein, señalan que el hombre adquiere por medio de la herencia biológica los instintos agresivos, por lo que son reacciones innatas. Estos autores hacen notar que el impacto de la agresión se puede ver modificada: puede ser desplazado el impulso destructivo del objeto original a objetos que no se desquiten; por otro lado las finalidades de la agresión se pueden ver limitadas por la reducción de la intensidad del acto, por lo que puede haber una fusión de la agresividad con la libido, o la agresión puede ser sublimada y encausada a conductas socialmente aceptadas. También afirman que la energía tiene solo dos caminos: se descarga o bien, se internaliza. Cuando se internaliza puede ahora seguir tres caminos: a) puede ser utilizada por el superego para atacar al ego, por medio de sentimientos de culpa; b) puede convertirse en una fuente de impulsos autodestructivos; y finalmente c) puede ser neutralizada por el ego, dejando intacta la integridad de la persona.

Konrad Lorenz en su libro "biología del comportamiento, raíces instintivas", afirma que los impulsos agresivos son innatos y aparecen en el muchacho en lo que llama el segundo periodo de rebeldía, la pubertad. Se presentan después el instinto sexual propiamente dicho; luego aparece el instinto erótico que inspira el cortejo, la ternura y la protección a la pareja. Considera que

el instinto agresivo y el erótico son impulsos en maduración que solo están en condiciones de obrar, mientras el instinto sexual hace tiempo que está maduro para su función, solo que antes su energía específica motriz estaba reprimida.

Algunos etólogos como Lorenz dicen que las respuestas de agresión son respuestas innatas a patrones particulares de estímulo, por lo que la agresión se puede manifestar de diferentes formas: agresión abierta o directa, expresada por sujetos cuyos sentimientos y actos son hostiles; y agresión indirecta, donde es difícil identificar al agresor. Agresión activa la consideran cuando se descarga estimulación nociva sobre la víctima y agresión pasiva cuando el agresor impide que la víctima logre su meta.

Hanna Segal acorde con la tesis de la agresión innata, piensa que mientras el sujeto encuentra experiencias más placenteras, su yo libidinal será reforzado y por el contrario, si sólo obtiene displacer y frustraciones, se incrementará entonces su impulso agresivo, ya que su ego será frágil e inefectivo, por lo que tendrá un bajo umbral de tolerancia a la frustración. De acuerdo a lo anterior, existen estudios (Mc Cord y Howard, 1962) donde se observó que la existencia de un medio familiar punitivo, las amenazas y el rechazo parental hacia los hijos, eran factores altamente correlacionables con la agresión de un grupo de niños varones.

Eron, Banta, Walder y Laulicht (1961), en un estudio que realizaron, descubrieron que los alumnos varones agresivos tenían padres que castigaban severamente las agresiones en el hogar.

Dollard y Miller consideran que la agresión es un producto colateral de la frustración. El propósito de estos autores, es demostrar que toda frustración genera agresión, pero sin pretender que toda conducta agresiva se desprende de una frustración. Afirman que la tendencia a actuar agresivamente varía con la cantidad de frustración; las agresiones se originan en último término como respuestas a algunas interferencias, donde la actividad estaba dirigida a una meta; éstas interferencias (frustraciones), pueden provenir del exterior o tener su origen en conflictos internos, de tal manera que la fuerza de la agresión dependerá del montaje de la frustración, del grado de interferencia con la respuesta frustrada y del número de secuencias frustradas. Consideran que la agresión puede ser expresada en forma directa o indirecta, siendo las expresiones de la agresión abierta restringidas por la sociedad en que vivimos, por lo que tiende a inhibirse para evitar el castigo, lo cual es aprendido en la infancia.

En base a lo anterior, se podría decir que el castigo a la agresión que frustra al niño, se relaciona con una mayor agresividad infantil, de ahí que se convierta en un círculo vicioso pues se castiga la agresión con agresión.

También ha sido considerada la agresión como una característica fundamental que puede ser positiva o negativa en todos los organismos vivientes; por ejemplo Allen piensa que la agresión se expresa en la voluntad de afirmar y de poner a prueba nuestra capacidad para hacer frente a fuerzas extrañas. Wallon y Goudenough hablan de la agresividad como de un potencial que si se

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

suprimiera de raíz, traería como consecuencia la pasividad, la falta de iniciativa y en muchos casos el aislamiento patológico.

Por último Alfred Adler dice de la agresión que es un instinto que si se suprime, produce ansiedad, misma que podría ser expresada por el sistema motor a través de palpitaciones, estremecimientos, etc; esta ansiedad puede canalizarse hacia diversas formas de expresión positivas como la creatividad, la fantasía, etc.

Igual que la agresión, la ansiedad no es en sí patológica y en cierta medida, resulta inevitable; pero también constituye la piedra fundamental de la psicopatología.

2.4 Concepto de Proyección.

El Test de Frustración de Rosenzweig está basado en el mecanismo de la proyección, por ésta razón se incluyó éste concepto.

Para comenzar se dirá que Freud concebía el desarrollo de la personalidad en base a cuatro fuentes principales:

- 1) los procesos fisiológicos del desarrollo
- 2) las frustraciones,
- 3) los conflictos y
- 4) las amenazas.

El aumento de tensión que originan éstas fuentes ocasiona que el individuo aprenda algunos métodos para reducirla; asimismo la

dinámica de la personalidad busca gratificar las pulsiones del sujeto mediante transacciones con objetos del mundo exterior y a su vez el mundo exterior intervendrá en la conformación de la personalidad, donde puede resultar éste mundo amenazante en ocasiones y satisfactor en otras.

Cuando el individuo se siente amenazado por el dolor y la destrucción, su reacción habitual es el temor, ya que el yo ha sido estimulado excesivamente y entonces queda a merced de la ansiedad. Freud distinguió tres tipos de ansiedad: la real, la neurótica y la moral o sentimiento de culpa.

La primera, la consideró como aquella que tiene que ver con las amenazas que realmente existen en el mundo exterior, y de la cual derivan las restantes; llamó ansiedad neurótica al temor del individuo de que sus impulsos queden fuera de control y lo lleven a conductas posibles de castigo, aunque en realidad es mayor el miedo al castigo que puede suscitar su gratificación, que el miedo a sus impulsos, pues como sabemos, el mundo lo representan padres y autoridades que verdaderamente castigan al niño por sus acciones impulsivas, de ahí que su base también es real.

Finalmente la ansiedad moral es el miedo a la conciencia moral. Si el individuo ha desarrollado bien un superyo, se sentirá culpable cuando haga o piense algo que pueda contradecir el código moral, según el cual ha sido educado.

Ahora bien, cuando la ansiedad es excesiva, el yo adopta medidas para aliviar ésta tensión, como ya se había mencionado, éstas medidas son los llamados mecanismos de defensa

cuya característica común es negar, falsear o distorsionar la realidad, operando a nivel inconsciente. Los principales de ellos son: la represión, la proyección, la formación reactiva, la fijación y la regresión.

Específicamente en la Proyección, el individuo atribuye al mundo externo la fuente de la ansiedad más que a sus impulsos o a las amenazas de su conciencia; el sujeto verá en éste mundo externo el miedo que no es capaz de aceptar y resolver por sí mismo, entonces optará por la ansiedad real haciendo una conversión o proyección de lo que le sucede adjudicándose a otro, por ejemplo dirá: "me odia" en lugar de "lo odio", o "el me persigue", en lugar de "mi conciencia me perturba".

La finalidad de la proyección es reducir la ansiedad substituyendo un gran peligro por otro menor y permite que el sujeto proyecte o exprese sus impulsos con el pretexto de defenderse de sus "enemigos".

Valiéndose de éste mecanismo es que el sujeto en el Test de Frustración de Rosenzweig se identifica con la persona frustrada y proyecta sus sentimientos en cada respuesta.

2.5 Concepto de Superyo, Yo y Ello.

Sigmund Freud en su estudio del inconsciente, consideró que existían en la vida mental tres instancias psíquicas que forman lo que él llamó "el aparato Intrapsíquico".

La primera de ellas era el Ello, la cual contiene todo lo

heredado, lo innato, lo constitucionalmente establecido, es decir, los instintos originados en la organización somática.

El Ello es el sistema originario de la personalidad, donde se encuentran el reservorio de la energía psíquica, y es el que provee la fuerza necesaria para la actividad de los otros dos sistemas. Este primer sistema va a estar en estrecho contacto con los procesos corporales de los cuales deriva su energía, y representa el mundo interno de la experiencia subjetiva.

Debido a que el Ello no puede tolerar los aumentos de energía, trata de lograr su descarga para volver a un óptimo y constante nivel bajo de energía; ésto lo realiza a través del Principio de Reducción de la tensión, que Freud llamó Principio del Placer, cuyo objetivo es la reducción del dolor y la búsqueda del placer. Este principio dirige dos procesos: la acción refleja y el proceso primario.

En el primero, el organismo está dotado de cierta cantidad de reflejos que son congénitos y automáticos, destinados a encarar formas relativamente simples de excitación; en el segundo proceso, el primario, consiste en una reacción psicológica que procura la descarga de la tensión mediante la formación de una imagen del objeto capaz de eliminarla; por ejemplo, proporciona a la persona hambrienta un cuadro mental de alimentos; ésta experiencia alucinatoria, en la que el objeto deseado aparece como una imagen mnémica, se ha llamado "realización de deseos".

Naturalmente, el proceso primario no posee de por sí, la capacidad de reducir tensiones, por lo que se desarrolla un nuevo

proceso psicológico, el Secundario y la estructuración del segundo sistema de la personalidad, el Yo.

El Yo permite relacionar las necesidades del organismo con el mundo objetivo de la realidad, así la persona hambrienta ha de buscar, encontrar y comer el alimento para que la tensión del hambre pueda ser eliminada y también aprenderá a discernir entre la imagen mnémica del alimento y su percepción real, tal como es en el mundo exterior, por lo que el Yo obedece entonces, al Principio de la Realidad, y opera por medio del Proceso Secundario.

El Principio de la Realidad tiene como fin impedir la descarga de tensión hasta descubrir el objeto adecuado para la satisfacción de la necesidad; éste principio mantendrá en "latencia" el del placer hasta hallar el objeto requerido para reducir la tensión y también cuestionará la verdad o falsedad de una experiencia, es decir, si tiene existencia externa o no, mientras que el Principio del Placer se interesa sólo en determinar si la experiencia es dolorosa o placentera. Por otro lado éste principio constituye el pensamiento realista, lo que le permite al individuo hambriento de nuestro ejemplo, pensar dónde hallar alimento y así procede a buscarlo en aquél lugar.

El Yo para desempeñar eficientemente su papel como ejecutivo de la personalidad, orienta los caminos para la acción, selecciona las características del ambiente a las que ha de responder y decide qué instintos y cómo serán satisfechos a través del control que tiene de las actividades cognitivas e intelectuales; esto

permite que procure la integración de las demandas fuertemente conflictivas del ello, el superyo y el mundo exterior. Su tarea primordial es la autoconservación, que realiza en un doble sentido: frente al mundo exterior, donde se percata de los estímulos, los acumula en la memoria, elude (por la fuga) los que son demasiado intensos, enfrenta (por adaptación) los estímulos moderados, y por fin, aprende a modificar el mundo exterior, adecuándolo a su propia conveniencia a través de la actividad.

Frente al mundo interior, el Yo va a conquistar el dominio sobre las exigencias de los instintos, decidiendo si han de tener acceso a la satisfacción o han de postergarse hasta encontrar las oportunidades y circunstancias más favorables del mundo exterior, o bien, las suprime totalmente.

El Yo persigue el placer y trata de evitar el displacer, respondiendo con una señal de angustia a todo aumento del displacer, calificándolo de "peligro", ya sea que amenace desde el mundo exterior o desde el mundo interior.

Como sedimento del largo período infantil durante el cual el ser humano en formación vive en dependencia de sus padres, se forma en el Yo la tercera instancia que perpetúa esa influencia parental y a la que se le ha llamado Superyo, que ahora el Yo ha de tomar en cuenta.

En la influencia parental no sólo actúa la índole personal de los padres, sino también el efecto de las tradiciones familiares, raciales y populares que ellos perpetúan, así como las demandas del respectivo medio social que representan. De idéntica manera,

el Superyo incorpora aportes de sustitutos y sucesores ulteriores de los padres, como los educadores, los personajes ejemplares, y los ideales venerados en la sociedad.

La última instancia, el Superyo, constituirá el arma moral de la personalidad, representando a lo Ideal en mayor medida que a lo real y cuyo objetivo es lograr la perfección en el placer, por lo que le concierne decidir lo que está bien y lo que está mal para poder actuar de acuerdo con los cánones morales autorizados por los agentes de la sociedad.

El Superyo se desarrolla en respuesta a los premios y castigos impuestos por los padres o sustitutos, así el niño aprende a orientar su conducta según los lineamientos trazados por sus mayores, incorporando en él su Conciencia Moral que le dictará cuándo su conducta es digna de castigo e integrará como Ideal del Yo aquéllo que merece la aprobación o el premio parental.

Tal incorporación tiene lugar mediante el mecanismo denominado Introyección, donde la conciencia castiga al individuo haciéndolo sentir culpable y el Ideal del Yo lo premia haciéndolo sentir orgulloso de sí; de ésta manera, el control de los padres es sustituido por el autocontrol.

Las principales funciones del Superyo consisten en inhibir los impulsos del Ello, especialmente los de naturaleza sexual y agresiva, que son los que en mayor medida condena la sociedad; persuadir al Yo para que sustituya sus objetivos realistas por objetivos moralistas, buscando la perfección.

Fero aunque es similar al Ello por su carácter irracional y

similar al Yo en cuanto quiere controlar los instintos, a diferencia de éste, no se limita a postergar la gratificación de los instintos, sino que permanentemente procura bloquearla.

A pesar de sus diferencias, el Ello y el Superyo tienen una cosa en común: ambos representan las influencias del pasado: el Ello, las heredadas, el Superyo, esencialmente las recibidas por los demás, mientras que el Yo es determinado por las vivencias propias del individuo, es decir, por lo actual y accidental.

De acuerdo a éstas tres instancias o sistemas principales, quedará integrada la personalidad, en la que cada uno de ellos tendrá funciones, propiedades y mecanismos propios que interactuarán estrechamente, por lo que no deben considerarse segmentos separados ni autómatas que gobiernan la personalidad, sino simplemente son términos empleados para designar los diversos procesos psicológicos que obedecen a diferentes principios.

I I I . - M E T O D O L O G I A

METODOLOGIA.

3.1 Planteamiento del Problema.

La pregunta de investigación surge a raíz de observar el comportamiento de los adolescentes diabéticos juveniles, donde aparecen semejanzas en cuanto a sus actitudes rebeldes de no cumplir con un régimen terapéutico prescrito por el médico, que implica tomar alimentos en cantidades prohibidas, o bien ayunar; el no aplicarse la insulina en dosis suficientes o dejarlo de hacer, y en general un control inadecuado de su enfermedad.

Ello dió lugar a la suposición de que había algunos aspectos básicos en los modos de reacción de éstos pacientes ante la situación frustrante que originaría el padecimiento, que de acuerdo a algunas variables inherentes a su medio de vida, edad, etc., podrían estarlos llevando a presentar dichas conductas.

De ahí que la pregunta de investigación sea la siguiente:

¿Cuál es el manejo que hace el adolescente con diabetes juvenil de la Frustración-Agresión visto a través del Test de Frustración de Rosenzweig?

3.2 Hipótesis de Trabajo.

Ht1 La dirección de la agresión de los diabéticos juveniles

será en su mayoría Intrapunitiva (I).

Ht2 El tipo de agresión de los diabéticos juveniles se dará primordialmente dentro de la categoría de Predominio del Obstáculo (PO).

3.3 Variables.

A) Variable Independiente:

La diabetes juvenil, enfermedad crónica, y por tanto, una fuente de frustración.

B) Variable Dependiente:

La frustración-agresión, observada a través del Test de Frustración de Rosenzweig.

C) Variables Controladas:

Edad- Se tomaron sujetos entre 12 y 16 años de edad con diagnóstico de diabetes mellitus tipo I. Se eligió ésta edad porque es en ésta etapa donde los endocrinólogos e investigadores han observado mayor falta de adherencia terapéutica.

Tamaño de la muestra- 20 sujetos adolescentes con rango de edad cronológica en 12 y 16 años.

Tiempo de Diagnóstico- Entre 3 y 5 años de evolución.

Haber tomado sujetos con un tiempo de diagnóstico menor, el control diabético inadecuado podría estar relacionado con el periodo de adaptación a la enfermedad.

Grado de Información de la enfermedad- Se obtuvo mediante una entrevista con cada uno de los sujetos en forma individual y dirigida mediante las siguientes preguntas de sondeo:

- 1.- ¿Cómo se llama tu enfermedad?
- 2.- ¿Qué tipo de diabetes tienes?
- 3.- ¿Te inyectas tú mismo o lo hace algún familiar tuyo?
- 4.- ¿Sabes lo que es una hipoglucemia?
- 5.- ¿Sabes lo que es un coma diabético?
- 6.- ¿Sabes por qué te tienes que inyectar diariamente?
- 7.- ¿Sabes qué podrías hacer para prevenir un coma o una hipoglucemia?
- 8.- ¿Piensas que te vas a curar?
- 9.- ¿A qué piensas dedicarte?
- 10.- ¿Piensas tener hijos cuando te cases?

Las respuestas a éstas preguntas se calificaron con un puntaje de 0,1 y 2 puntos, siendo la máxima calificación de 20. De cero a 7 puntos se valoró como bajo nivel de información; de 8 a 14 como nivel medio; y de 15 a 20 puntos como nivel alto de información.

El grado de información que se valoró en general en el grupo, fué de un nivel alto, ya que la mayoría obtuvo puntajes entre 15 a 20 puntos. (Ver Apéndice II tabla 7).

Se consideró importante tomar en cuenta ésta variable porque se ha visto que la educación y el adiestramiento tiene enormes ventajas para la salud y la vida del paciente diabético. Estudios recientes por parte de la Organización Mundial de la Salud (Ginebra 1985) (39), han demostrado la importancia de la educación del diabético con los consiguientes beneficios sociales y económicos para la sociedad.

Grado Escolar- Todos los sujetos cursaban la escolaridad de Secundaria.

Nivel Socioeconómico- Fué de medio a medio bajo. Este dato se obtuvo en base al número de salarios mínimos que reportaron como ingreso económico las familias de nuestra muestra.

D) Variables Extrañas.

Adherencia terapéutica, religión, número de internamientos, integración familiar. Se decidió descartar la variable sexo porque la población de la clínica de diabéticos del Hospital Infantil de México la constituye un 90% pacientes femeninos, y el incluir pacientes de otras clínicas, hubiera contaminado nuestros resultados, pues el manejo que se da en otras instituciones a la población diabética es diferente.

3.4 Definición Conceptual y Operacional de Variables.

La variable Independiente conceptualmente, es aquella que en la situación experimental, se manipula con el fin de establecer relaciones causales inequívocas. Operacionalmente en éste estudio, la Diabetes Mellitus, al ser una enfermedad crónica, está considerada como una variable constante en la vida del paciente, que influye directamente en su esfera biopsicosocial, por lo que puede originar diferentes respuestas. En el caso de nuestra investigación, se analizó la agresión como una de ellas.

La variable Dependiente, es aquella que en la situación experimental es afectada por la variable Independiente; como su nombre lo indica, va a depender de la manipulación de la variable Independiente. Operacionalmente la Diabetes Juvenil es una fuente de Frustración, por lo tanto el grado, intensidad y número de frustraciones, va a estar determinado por las condiciones en que se halla y esté presentando el control de la enfermedad.

3.5 Sujetos.

La muestra estuvo compuesta por 20 sujetos entre 12 y 16 años de edad con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo I, pertenecientes a la Clínica de Diabéticos del Hospital Infantil de México "Federico Gómez". Todos los sujetos fueron informados del objetivo del estudio, y estuvieron de acuerdo en participar con la investigación.

3.5.1. Muestreo:

Se utilizó para la selección de la muestra un muestreo de tipo no probabilístico intencional por cuota; el primero de ellos debido a que los sujetos deberían cumplir con las características antes mencionadas, y el segundo, debido al número de sujetos incluidos en el estudio.

3.6 Tipo de Estudio.

Se trata de un estudio Evaluativo Descriptivo, de campo, ya que sólo pretendía describir las características más importantes en éste tipo de muestra, sin hacer ninguna intervención, además de que se llevó a cabo en un escenario natural.

3.7 Tipo de Diseño

El diseño utilizado en la investigación, fué exposfacto, dado que el evento ya ocurrió y la tarea se limitó a observar las relaciones entre sus partes, es decir, el fenómeno de la enfermedad y las respuestas de los sujetos en estudio.

3.8 Escenario:

El lugar donde se realizó el estudio fué el consultorio del Servicio Externo de Endocrinología del citado Hospital. Este consultorio tiene un espacio amplio donde son atendidos los pacientes por 4 o 5 endocrinólogos al mismo tiempo, una vez que la enfermera los ha pesado y medido.

El consultorio es un cuarto bien ventilado y limpio, donde cada médico tiene un escritorio y una plancha que emplean para atender a sus pacientes. Los diabéticos son citados media hora antes para solicitar sus expedientes y registrar en los mismos el control de talla y peso periódico.

Llama la atención la cordialidad de los médicos y enfermeras, pues desde que reconocen a sus pacientes en los pasillos, los saludan con familiaridad, y éste mismo trato, continúa durante la consulta que es iniciada con puntualidad.

También se aprecia el gran interés de los padres de familia, quienes llegan a su cita puntualmente con sus hijos diabéticos, ellos cargan consigo la libreta de control diabético que los acompañará durante toda su vida.

3.9 Instrumentos:

Se empleó el "Picture-Frustration study for assessing reactions to frustration" o como es conocido en México: "Prueba de Frustración de Rosenzweig", adaptación a México por Berrum T.

Es un procedimiento proyectivo que se limita a descubrir modelos o patrones de respuestas a las situaciones "estresantes" de todos los días, que son reconocidas como de gran importancia para el ajuste normal. Este test se basa en la teoría general de la Frustración que desarrolló S. Rosenzweig en 1934; el PFT fué construido en un principio como un instrumento para explorar los conceptos relativos a la teoría de la frustración, más que como un instrumento de diagnóstico clínico.

En 1944 apareció una forma para adultos, y en 1948 se presentó una forma para niños, además de una revisión a la de adultos. La forma de niños se aplica a individuos de cuatro a doce años de edad, la de adultos se aplica a partir de ésta edad en adelante. Es una prueba de tipo proyectivo, ya que se basa en el supuesto de que el sujeto inconscientemente se identifica con el personaje frustrado y proyecta sus sentimientos en cada respuesta.

Su objetivo específico es explorar la personalidad en una de sus áreas: la tolerancia o intolerancia a la frustración.

Se eligió emplear ésta prueba en su forma para adultos por ser la única que explora específicamente reacciones a la frustración.

El material de la prueba consta de una serie de 24 grabados,

cada uno de los cuales representa dos personas dentro de una situación frustrante común. La figura de la izquierda de cada escena está diciendo ciertas palabras mediante las cuales se puede ver en forma más clara la frustración del individuo, o las que están por sí mismas frustrándolo. La persona de la derecha siempre aparece con un espacio en blanco arriba. Los rasgos faciales y otras expresiones de personalidad han sido omitidas intencionalmente en todos los grabados.

Se instruye al sujeto para que examine las situaciones una por una, y escriba en el espacio en blanco, la primera contestación que se le ocurra. Las escenas del estudio pueden dividirse en dos grupos:

a) Las bloqueadoras del ego, que son aquellas dentro de las cuales, algún obstáculo personal o impersonal perturba, impide, contraría o directamente frustra al sujeto. Dentro de éste grupo se encuentran 16 situaciones que son las que corresponden a los números: 1,3,4,6,8,9,11,12,13,14,15,18,20,22,23 y 24.

b) Las bloqueadoras del super-ego, que son aquellas que contienen acusaciones, cargos o incriminaciones que otra persona hace al sujeto. Se incluyen 8 situaciones de éste tipo y son los números 2,5,7,10,16,17,19 y 21.

Una relación entre estos dos tipos de situaciones, consiste en el hecho de que cuando se bloquea al super-ego, el bloqueo del ego ya ha ocurrido anteriormente. La distinción no puede considerarse absoluta, ya que un sujeto puede interpretar como situación bloqueadora del super-ego, una que sea bloqueadora del

ego y viceversa. En éstos casos excepcionales, la calificación debe seguir lo que el sujeto señale.

Esta prueba puede ser aplicada en forma individual o colectiva; en ésta requiere que los sujetos sepan leer y escribir correctamente.

Se presentan las láminas a los sujetos, iniciando por la primera y se da la instrucción siguiente: "cada uno de los siguientes cuadros contiene dos o más personas, en cada cuadro una persona le dice algo a la otra; lo que se te pide es que llenes por escrito el espacio en blanco, con la primera contestación que te venga a la mente".

No hay límite de tiempo para la aplicación; una vez que el sujeto responda a la primera lámina, se verifica la comprensión de las instrucciones, si el ejemplo dado es adecuado a lo requerido, el sujeto continúa hasta terminar.

En la aplicación individual se hace un interrogatorio posterior a la resolución, en el cual el sujeto lee sus respuestas, mientras que el examinador apunta las inflexiones de voz, pausas, etc., y si las respuestas parecen ambigüas, se pide al sujeto que las explique.

En la aplicación colectiva se omite el interrogatorio y si por éste factor surgen respuestas ambigüas, no se deben tomar en cuenta para la calificación cuantitativa.

CALIFICACION DE LAS RESPUESTAS.

La notación tiene por fin expresar en forma de símbolos, los diversos conceptos que hemos expuesto.

Cada respuesta se evalúa bajo dos aspectos esenciales:

1. Dirección de la Respuesta.

a) Respuesta Extrapunitiva: la agresión se dirige hacia el exterior (E).

b) Respuesta Intrapunitiva: la agresión está dirigida hacia el sujeto mismo (I).

c) Respuesta Impunitiva: la agresión se evita y la situación frustrante se describe como carente de importancia, como si no fuera de nadie el error o como susceptible de mejorarse, contentándose con esperar y conformándose (M).

2. Tipo de Respuesta.

a) Tipo de Predominio del Obstáculo (PO): el examinado, en su respuesta, menciona el obstáculo que es la causa de la frustración en forma de comentario sobre la severidad, de una interpretación, representándolo como favorable o como poco importante.

b) Tipo de Defensa del Ego (ED): el yo del examinado comprende la parte más importante de la respuesta, y /o bien, proyecta la falta contra algún otro, o bien, acepta la responsabilidad o declara que la responsabilidad por la situación no le incumbe a nadie.

c) Tipo de Persistencia de la Necesidad (NP): la tendencia de la respuesta se halla dirigida hacia la solución del problema inherente a la situación frustrante y la reacción consiste en pedir ayuda a otra persona para contribuir a la solución, en colocar al examinado mismo en la obligación de hacer la corrección necesaria, o en esperar que el tiempo aporte la solución.

La combinación de éstas seis categorías, produce nueve factores posibles de notación (a los cuales es necesario sumar dos variantes simbolizadas por E, I).

Las letras E,I,M, se emplean para indicar las direcciones extrapunitivas, intrapunitivas e impunitivas respectivamente de la agresión, cualquiera que sea el tipo de reacción.

Para indicar el Predominio de un Obstáculo, se marca (') después de la letra mayúscula correspondiente. Los tipos de Defensa del Ego se señalan por las letras mayúsculas empleadas solas. Para indicar las respuestas de Persistencia de la Necesidad, se utilizan los símbolos e,i,m. Se ha adoptado la convención de imprimir primero el dominio del obstáculo, después la defensa del ego, y por último, la persistencia de la necesidad, en una disposición de tres columnas.

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

I' El obstáculo frustrante se halla indicado como no frustrante o como favorable de alguna manera, o en algunos casos, el examinado señala cuánto siente estar

implicado en una situación que frustra a otra persona.

E' La presencia del obstáculo frustrante está subrayada con insistencia.

M' El obstáculo frustrante se minimiza hasta tal punto que el examinado llega casi a negar su presencia.

E La hostilidad, el reproche, etc., se dirigen contra una persona u objeto del medio.

I El reproche, la culpabilidad, etc., los refleja el examinado sobre sí mismo.

E El examinado niega en forma agresiva ser responsable de una falta de la que se le acusa.

I El examinado admite su culpabilidad, pero niega que ésta sea total, invocando circunstancias inevitables.

M La culpabilidad por la frustración se evita porque la situación se considera como inevitable; en particular, el individuo frustrante se le absuelve por completo.

e Se espera con insistencia que algún otro aporte una solución para la situación frustrante.

i El examinado presenta correcciones para resolver el problema, por lo general, con un sentimiento de culpabilidad.

m El examinado expresa la esperanza de que el tiempo u otras circunstancias normales, traerán una solución al problema. La paciencia y la sumisión son las características de éste tipo de respuesta.

Entrevistas.

Se realizó una entrevista preliminar cuyo objetivo fue determinar si se incluía o no al sujeto a la muestra, de acuerdo a los requisitos preestablecidos, en términos de edad, escolaridad, etc.

Se realizaron dos entrevistas más, donde los objetivos principales, fueron la aplicación del instrumento y el agradecimiento a los pacientes y familiares por su participación en el estudio.

3.10 Procedimiento.

Se procedió a examinar a los sujetos de ésta investigación, conforme se iban presentando a sus citas quincenales, que tienen lugar en el consultorio de servicio externo de Endocrinología del Hospital Infantil de México. Tras una entrevista preliminar para elegir a la muestra y explicar a la misma el objetivo del estudio, se solicitaba a los sujetos elegidos, presentarse una hora antes de su cita médica, para aplicarles el PFT. La aplicación se llevó a cabo en forma individual y durante el tiempo que tienen destinado para su revisión con el endocrinólogo.

En cada caso, la examinadora presentaba al sujeto el folleto de prueba invitándolo a dar respuestas oralmente con el objeto de

comprobar si se estaba comprendiendo las instrucciones, y luego continuaban el test en forma escrita. Una vez terminado, se les hacía una encuesta para conocer el tono de voz, timbre, gesticulación, etc., lo cual se registró para tener datos pertinentes y así poder calificar más objetivamente la respuesta del sujeto.

La calificación de cada protocolo de respuestas se llevó a cabo según instrucciones del manual de prueba; dicha calificación fué realizada además de la examinadora, por dos jueces ciegos, es decir, personas que no aplicaron la prueba pero que conocían ésta. Los resultados de éstas calificaciones, en suma tres listados, arrojó una confiabilidad del 89% mediante la fórmula:

$$\frac{\text{Acuerdos}}{\text{Acuerdos} + \text{Desacuerdos}} \times 100$$

Finalmente una vez que se habían recabado los datos, se procedió a tener una breve plática individual con los sujetos en compañía de su madre o familiar, en la que se agradeció su colaboración y disponibilidad, y de igual manera se le aseguró que una vez terminada la investigación, se llevaría a cabo una reunión con todos ellos en donde se les plantearía en forma breve y general los resultados.

I V. - R E S U L T A D O S

RESULTADOS

El método estadístico que se utilizó, fué la prueba no paramétrica X^2 (ji cuadrada) para una muestra de tipo no aleatorio por accidente, que corresponde al diseño $2 \times 2 \times 3$ (edad, tipo y dirección de la respuesta).

El carácter no paramétrico de la prueba, radica en que las características de los sujetos que se estudian, no presentan una distribución normal en la población ni un nivel de medición por intervalos.

La técnica X^2 es del tipo de contraste de independencia, que puede usarse para probar la existencia de una diferencia significativa entre un número observado de objetos o respuestas de cada categoría y un número esperado, basado en la hipótesis de nulidad.

Esta técnica prueba si las frecuencias observadas de respuestas, están suficientemente próximas a las esperadas, que podrían ocurrir conforme a H_0 . Fué por ello que se eligió éste método dado que cumplía con las condiciones necesarias para las

diferentes categorías consideradas en la evaluación.

Su fórmula es: $\chi^2 = \sum \frac{(F_o - F_e)^2}{F_e}$

$$\chi^2 = \sum \frac{(F_o - F_e)^2}{F_e}$$

Siendo F_o el valor de la frecuencia observada (respuesta observada); y F_e el valor de la frecuencia esperada (respuesta esperada).

El Test de Frustración de Rosenzweig tiene 11 calificaciones posibles que ya han sido mencionadas, las cuales para efectos de probar las hipótesis, fueron manejadas en base a su dirección y tipo de respuesta, por lo que se agruparon en 6 grupos de la siguiente forma:

Extrapunitiva

Intrapunitiva

Impunitiva

Predominio del Obstáculo

Defensa del Ego

Necesidad Persistente.

Los datos obtenidos se trabajaron con χ^2 siguiendo los pasos descritos a continuación:

Paso 1.- Se vaciaron los datos en tablas y se obtuvieron sumatorias por columnas y renglones.

Paso 2.- Se obtuvieron las frecuencias esperadas para cada casilla multiplicando el total marginal de renglón por el total marginal de columna entre el número de casos total (N).

Paso 3.- Se restaron las frecuencias esperadas de las frecuencias obtenidas en cada casilla.

Paso 4.- Se elevó al cuadrado esta diferencia y se dividió entre la frecuencia esperada.

$$\frac{(F_o - F_e)^2}{F_e}$$

Paso 5.- Se efectuó la sumatoria de estos cocientes para obtener el valor de χ^2

$$\chi^2 = \sum \frac{(F_o - F_e)^2}{F_e}$$

Paso 6.- Se encontraron los grados de libertad.

$$g_l = (r-1) (c-1)$$

donde: r = al No. de renglones

c = al No. de columnas.

Paso 7.- Se comparó el valor de χ^2 obtenido con el valor de χ^2 correspondiente a los grados de libertad (g_l) y su nivel de significancia. $\alpha = 0.05$ y $\alpha = 0.01$

Paso 8.- Regla de decisión

Si $\chi^2 \geq \chi^2_{(gl., \infty)}$

Ho se rechaza.

Primeramente se presenta un estudio descriptivo de la muestra, para posteriormente hacer un estudio de tipo inferencial.

Dentro del estudio descriptivo, se encontró que la muestra estuvo compuesta por 14 mujeres y 6 hombres. (Ver tabla 1)

TABLA I
MUESTRA CONFORMADA RESPECTO AL SEXO

SEXO	NUMERO	PORCENTAJE %
MASCULINO	6	30 %
FEMENINO	14	70 %
TOTAL	20	100.00 %

La edad de los integrantes de la muestra incluye el rango de 12 a 16 años, siendo la edad promedio del grupo total de 14 años, y la desviación estándar de 2 años. (Ver tabla 2)

TABLA 2

EDAD CRONOLÓGICA

EDAD	Nº SUJETOS	M	F
12	5	2	3
13	2	0	2
14	2	2	0
15	5	0	5
16	6	2	4
TOTAL	20	6	14

Una vez descritas las características de la muestra, se obtuvieron las calificaciones para las 11 escalas de la prueba de Rosenzweig, así como las calificaciones obtenidas por cada sujeto por tipo y dirección de la agresión. (Ver tabla 3)

CALIFICACIONES DE VARIABLES OBTENIDAS DE LA APLICACION DE LA PRUEBA "ROSENZWIG"

V A R I A B L E S

CAISO No.	EDAD	E'	I'	E	E	I	I	M	o	i	h	M'	PO	ED	NP	EXT	INT	IMP
1	16	1	2	5	3	2	3	3	3	0	1	1	4	16	4	12	7	5
2	15	3	1	5	1	1	4	3	2	2	1	0	4	14	5	11	8	4
3	14	2	2	2	0	2	1	4	1	7	4	1	5	9	12	5	12	9
4	16	2	1	1	2	2	0	9	1	4	3	2	5	14	4	6	3	14
5	16	1	1	3	0	6	0	6	1	1	3	2	4	15	8	5	11	11
6	16	8	1	1	1	2	2	1	3	0	4	0	9	7	8	13	6	5
7	16	0	0	6	2	3	3	2	2	0	5	1	1	16	7	10	6	8
8	12	2	3	0	2	3	2	6	2	1	1	2	7	13	3	6	8	9
9	12	2	0	9	2	0	3	2	0	1	4	0	2	16	5	13	4	6
10	16	1	0	9	0	1	1	0	3	3	6	1	2	11	10	13	3	7
11	12	2	0	2	3	0	2	0	0	1	9	1	4	6	12	7	5	10
12	15	1	0	4	1	3	2	1	4	0	4	2	3	11	9	10	6	7
13	12	1	0	8	1	1	5	1	4	1	2	1	3	15	6	14	6	4
14	14	0	2	3	3	2	1	1	5	2	4	2	5	9	10	11	6	7
15	13	1	1	1	0	4	1	0	1	0	11	2	4	6	14	3	8	13
16	15	0	0	1	2	4	1	3	2	1	10	1	1	11	12	5	5	14
17	15	0	1	4	2	4	0	0	3	4	8	1	2	10	12	9	6	9
18	13	3	0	7	2	1	1	0	1	3	3	2	5	11	8	13	6	5
19	15	0	0	5	1	2	3	3	1	1	5	1	1	14	9	7	8	9
20	12	4	0	4	2	1	3	2	0		6	1	5	12	7	10	5	9

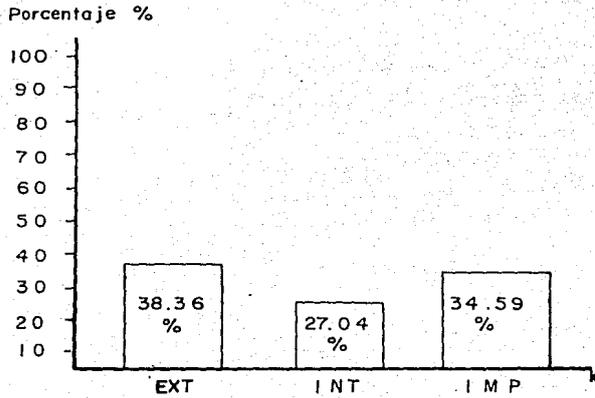
TA B L A 3

A continuación se muestran las frecuencias y porcentajes en el grupo con referencia a la dirección de la agresión obtenidas:

SUJETOS (20)	F	%
Extrapunitiva (Ext)	183	38.36
Intrapunitiva (Int)	129	27.04
Impunitiva (Imp)	165	34.59

Si consideramos los porcentajes correspondientes a la dirección de la respuesta, se observa el siguiente orden: Extrapunitiva, Impunitiva e Intrapunitiva.

De ahí que no es posible aceptar la hipótesis de trabajo No. 1 que dice que: "La dirección de la agresión de los diabéticos juveniles será en su mayoría Intrapunitiva (I)". (Ver Gráfica 1)



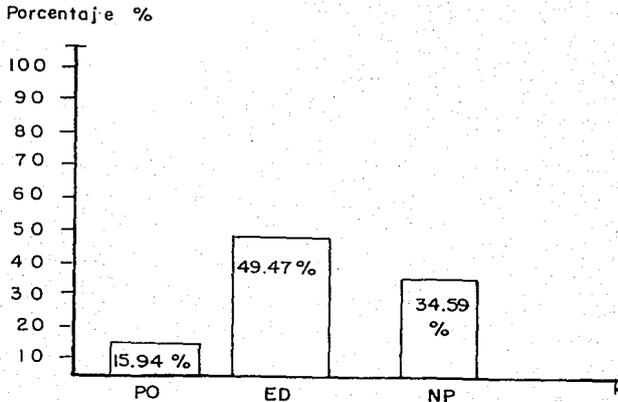
GRAFICA I.

Porcentaje y frecuencia de resp. Obtenidas de acuerdo al tipo de respuesta.

Los porcentajes y frecuencias que se obtuvieron en relación al tipo de respuesta en el grupo fueron los siguientes:

SUJETOS (20)	F	%
Predominio del Obstáculo (PO)	76	15.94
Defensa del Ego (ED)	236	49.47
Necesidad Persistente (NP)	165	34.59

La segunda hipótesis planteada, afirma que: "El tipo de agresión de los diabéticos juveniles se dará primordialmente dentro de la categoría de Predominio del Obstáculo (PO)". Al considerar los porcentajes correspondientes a los tipos de respuesta, se observa que la mayor acumulación de sujetos caen en las categorías Defensa del Ego (ED) y Necesidad Persistente (NP), siendo mayor la frecuencia en tipo de respuesta Defensa del Ego (ED) que en las restantes, por lo que no es posible aceptar la afirmación planteada en la hipótesis de trabajo No. 2 (Ver Gráfica 2)



GRAFICA 2

Porcentaje y frecuencia de resp. Obtenidas de acuerdo a la dirección de la respuesta

Finalmente se estableció la comparación a través de la χ^2 cuadrada entre cada una de las edades de los sujetos, tanto por el tipo de respuesta como por la dirección de la misma. Estas comparaciones se obtuvieron a través de la prueba χ^2 por un contraste de homogeneidad en donde se comparan diferentes grupos (12,13,14,15 y 16 años de edad) con respecto a una variable de criterio (tipo de respuesta y dirección de la respuesta). Los

resultados obtenidos fueron los siguientes:

Con respecto al tipo de respuesta se obtuvo un valor de X^2 de 21.23, que fué significativa tanto al nivel de significancia 0.05 como al 0.01, por lo tanto se puede decir que existen diferencias significativas en el tipo de respuesta, dependiendo del grupo de edad al que pertenece el sujeto. (Ver tabla 4 y 6).

TIPOS DE RESPUESTAS

EDAD	FRECUENCIAS OBSERVADAS			FRECUENCIAS ESPERADAS		
	OD	ED	NP	OD ^e	ED ^e	NP ^e
12	2.52	4.61	-7.12	0.34	0.37	1.26
13	1.4	6.7	5.4	0.25	1.89	1.75
14	2.1	6.7	4.71	0.55	1.81	1.28
15	7.8	1.7	6.2	8.21	0.04	0.94
16	1.9	7.3	9.1	0.15	0.74	1.65

T A B L A No. 4

Por otro lado con respecto a la dirección de la respuesta, se obtuvo un valor de X^2 de 4.58, la cual no fué significativa ni al nivel de significancia de 0.05 ni al de 0.01, por lo tanto, se puede decir que no existen diferencias significativas en la dirección de la respuesta dependiendo del grupo de edad. (Ver tabla 5 y 6).

DIRECCION DE LA RESPUESTA

EDAD	FRECUENCIAS OBSERVADAS			FRECUENCIAS ESPERADAS		
	EXT	INT	IMP	EXT	INT	IMP
12	5.5	3.3	2.1	0.679	0.347	0.159
13	2.4	1.1	1.4	0.313	0.093	0.118
14	3.1	4.5	1.2	0.503	1.5	0.083
15	3.2	1.1	2.2	0.226	0.037	0.118
16	3.4	3.2	0.1	0.207	0.261	1.996

T A B L A Ho. S

En la siguiente tabla se concentran los valores obtenidos de χ^2 (ji cuadrada) para los indicadores tipo de respuesta y dirección de la respuesta:

TABLA 6

VARIABLE	χ^2	Grados de Lib. (gl.)	Nivel de Significación α	χ^2 Crítica	Si $\chi^2 \leq \chi^2$ (gl, α) Entonces: Ho se rechaza	Hipotesis
TIPO DE RESP. EN EL GPO. POR EDAD	21.23	8	.05 .01	15.51 20.09	21.23 15.51 21.23 20.09	HA. Se acepta.
DIRECC. DE LA RESP. EN EL GPO. POR EDAD	4.586	8	.05 .01	15.51 20.09	4.586 15.51 4.586 20.09	Ho se acepta

U. - D I S C U S I O N

Y

C O N C L U S I O N

DISCUSION Y CONCLUSIONES.

Revisando la tesis de Berrum (49), se pudo observar, que las tablas de Normas para Adulto por categorías que obtuvo para los mexicanos, no difieren significativamente de los porcentajes que los pacientes diabéticos de la muestra registraron, por lo que puede decirse que, el mexicano es activo en el manejo de su agresividad, sólo que las motivaciones para ellos, son diferentes en cada uno, y en particular de la población estudiada.

Como puede apreciarse, los diabéticos juveniles muestran en su mayoría una dirección de la agresión Extrapunitiva; según diversos autores esto es típico de un individuo en éstas edades, ya que el desarrollo pubescente no solo despierta la sexualidad, sino que aumenta también la excitación nerviosa y la ansiedad, debido al poder abrumador del dinamismo sexual, de ahí que los cambios biológicos traigan consigo alteraciones de conducta y dificultades de adaptación.

Berkowitz (1958) nos dice que la agresión durante la época de la pubertad, sirve para lograr la autoafirmación, lo cual es parte del desarrollo normal del niño.

Freud (1949) por su parte, nos habla de la etapa genital como aquélla donde los impulsos sexuales van a aflorar y provocar

que todos los instintos se concentren en la zona genital. Considera que los cambios fisiológicos y procesos corporales que se dan en este período, influyen en las alteraciones psicológicas y la autoimagen del sujeto; por ejemplo, los cambios de conducta tales como la agresividad y la torpeza, afirma, están vinculados con alteraciones fisiológicas. Por otro lado, el concepto de sí mismo y la imagen del cuerpo, van a poner al individuo en relación con otras personas, de ahí que las emociones negativas se acrecienten, como son la depresión, la ansiedad, el desgano, la tensión y otras formas del comportamiento adolescente.

Peter Blos (1962) dice respecto a la adolescencia, que es en esta etapa cuando se intensifica en igual medida las pulsiones libidinales y agresivas; éstas últimas en su forma primitiva y menos atenuada, que son fácilmente observables. Dicha agresión es el resultado de la difusión de los instintos o sea la libido y la agresión concomitante con la regresión adolescente, por lo que:

existe una diferencia cualitativa con la agresión que es empleada con propósitos defensivos.

El Dr. Fournier (50) afirma: "En razón de su rápido crecimiento y de su profunda transformación neuroendócrina, el adolescente se convierte en un sujeto inestable y frágil en el terreno físico como en el psíquico. El adolescente se interesará más por su enfermedad, se la apropiará y le prestará una importancia excepcional, es la edad de los extremos".

Por otro lado él llama trastornos reaccionales aquéllos

"síntomas" que en el sujeto aparecen cuando se encuentra en una situación conflictiva, que le frustra y contra la que reacciona para liberarse de una tensión inaguantable; dice que el adolescente necesita expresar su agresividad para demostrar que él existe, que sufre y que el medio ambiente, causa de la perturbación, debe modificarse, continúa: "De ahí que algunos adolescentes se vuelven agresivos contra un padre o madre o expresan indirectamente su agresividad mediante un robo o con destrucciones. Son reacciones previsibles a una frustración insoportable, son frecuentes estos trastornos reaccionales en la adolescencia, más frecuentemente aún son las manifestaciones de agresividad que parecen derivar de la constitución misma del individuo".

Rosenzweig en su teoría acerca de la frustración (1934), dice de ésta, que es el sentimiento que embarga al individuo cuando encuentra uno o más obstáculos que no puede dominar, en su ruta hacia la satisfacción de necesidades vitales y que las reacciones a la frustración estarán dadas de acuerdo a la economía de las necesidades frustradas. Considera que la primera reacción a la frustración es la agresión y cita los tres tipos de dirección que toma ésta, que en el caso de la muestra estudiada, es del tipo Extrapunitiva, es decir, la agresión la dirigen hacia el medio ambiente.

Asimismo, Anna Freud (1949) dice que las situaciones traumáticas en las etapas tempranas y los continuos sucesos frustrantes a que se vea expuesto el niño, podría degenerar en una

falta de control y por en las manifestaciones impulsivas, por lo que el individuo tenderá a la agresividad.

De lo anterior podría inferirse que el crecimiento gradual del control de los impulsos de nuestros sujetos, va a verse en dificultades para lograr su objetivo: la maduración del yo y en especial del desarrollo y manejo de las medidas defensivas, en parte por su proceso adolescente, y por las tempranas y constantes experiencias traumáticas a que se ha visto expuesto: el impacto de conocerse enfermo de por vida, una dieta estricta, vigilancia cotidiana de la glucosa, reacciones frecuentes como la cetoacidosis y la hipoglucemia, inyecciones diarias de insulina, etc.

En lo que se refiere al tipo de respuesta de la agresión, los diabéticos juveniles mostraron una tendencia a la categoría de Defensa del Ego (ED) siguiéndole en un porcentaje cercano la categoría de Necesidad Persistente (NP). Puede decirse que los sujetos tienden a presentar un tipo de agresión defensivo con el objeto de salvar a su ego de las amenazas percibidas y de las ofensas, es decir, que es viable que por el mismo aprendizaje de su condición diabética y por su proceso adolescente, estos chicos vuelquen su agresión hacia su medio como una forma de proteger a su débil Yo, mostrando su coraje con irritabilidad y tensión en una postura de "si no puedo hacer lo que quiero, tampoco haré todo lo que ellos quieren", o "si me he portado bien, he ganado algunos derechos", demostrando con ésta rebeldía, no solo agresión hacia su medio, sino también hacia sí mismos, puesto que llegan a

trasgredir normas de autocuidado que tratan de compensar mediante gratificaciones secundarias (agresión constructiva NP) buscando la manera de hacerse notar, no sólo como seres clasificados y rotulados de "enfermos crónicos" y por tanto "diferentes", sino como sujetos en busca de una identidad.

De ahí que se observe una tendencia también significativa en el tipo de respuesta de Necesidad Persistente, por lo que puede pensarse que debido a una mayor elaboración del pensamiento, los diabéticos tengan un mayor conocimiento de las ganancias secundarias y sean capaces de manipular su ambiente, utilizando un tipo de agresión constructiva en la consecución de su meta, ya que su yo inmaduro no les permite sublimar la agresión.

El haber pensado en una posible dirección de la agresión en forma intrapunitiva de estos sujetos, estuvo fundamentada por el hecho de observar una marcada falta de adherencia terapéutica, corroborada por endocrinólogos e investigadores en la materia. Si bien es cierto que nuestras hipótesis de trabajo no se cumplieron a nivel grupal, si vale la pena hacer notar que analizando el tipo de respuesta de la agresión, se encontraron diferencias significativas respecto a la edad en el grupo.

Específicamente los chicos con 12 y 16 años de edad, tendieron a dar respuestas en la categoría de Necesidad Persistente, mientras que los de 13 y 14 años cayeron en la categoría de Defensa del Ego, y los sujetos con 15 años de edad, su tendencia fué hacia el Predominio del Obstáculo. Podría decirse que mientras los primeros tienden hacia un tipo de agresión

constructiva donde buscan soluciones a los problemas que se les presentan, los segundos defienden a su débil ego de las situaciones frustrantes, y los últimos enfatizan la presencia del obstáculo, siendo según Rosenzweig incapaces de defender al ego o de seguir su meta original.

Según la teoría psicoanalítica, esto se explica en el caso de los chicos de 12 y 16 años, porque están iniciando y finalizando un período adolescente, donde se encuentran por un lado descubriendo, y por otro, reafirmando una identidad, su Yo; mientras que los sujetos de 13 y 14 años, están en pleno proceso crítico donde defienden a ese Yo débil e inmaduro de las influencias externas e internas para fortalecerlo; por último, los sujetos con 15 años tienden a enfatizar la situación frustrante al todavía ser incapaces de dar solución adecuada o práctica a los sucesos obstaculizantes, pues aún se encuentran confundidos y abrumados por el resurgimiento de los impulsos, y no tienen claro hacia donde se dirigen.

En cuanto a la dirección de la respuesta, sólo los sujetos con 14 años de edad, dieron respuestas en la categoría intrapunitiva. Esto puede deberse a que su agresión al no poder ser expresada abiertamente, tienden a culparse y a castigarse ante su intento de dar salida a sus impulsos agresivos y por tanto se reprimen, manejando una agresión encubierta, que de cualquier manera es una forma de llamar la atención, pues las consecuencias de su conducta necesariamente influirán en el medio que los rodea.

Ante la realidad de haber encontrado una dirección de la agresión, opuesta a la planteada, se realizó un análisis cualitativo de las características de nuestra muestra, y se encontró lo siguiente:

- los pacientes presentan un alto nivel de información sobre su enfermedad;
- acuden regularmente a sus citas médicas con sus cuadernos de control;
- las trasgresiones en su control diabético tienden a ser en la dieta, sin ser significativas;
- las recaídas hospitalarias no han sido en la mayoría del grupo, de más de 4 en el tiempo de evolución del padecimiento;
- existe disposición e interés por parte de la familia del diabético hacia todo aquello que implique un beneficio en lo que se refiere a salud, para sus hijos; y
- se observó positiva la relación que guardan el médico y el paciente.

En algunos estudios se ha visto que la participación de la familia es fundamental para que se lleve a cabo un buen control diabético. Asimismo la relación que se establece entre el médico y el paciente es de suma importancia para lograr su adherencia terapéutica. De la misma manera algunos investigadores han confirmado la influencia que tiene el grado de información para

que se obtengan mejores resultados en el seguimiento de un tratamiento médico.

Tomando en cuenta las características que se encontraron en la muestra, se deduce que el grupo de diabéticos juveniles estudiados, mantienen un buen control del padecimiento y que puede deberse a la convergencia de los diferentes factores antes mencionados y observados; de tal manera que el trabajo que está realizando la Clínica de Diabéticos del Hospital Infantil de México "Federico Gómez" tiene una gran repercusión e importancia en los diabéticos, de ahí que resultara difícil contactar con pacientes que presentan problemas en el control de su diabetes.

Por otro lado el tamaño reducido de la muestra, dificulta hacer generalizaciones al igual que considerar los hallazgos como determinantes. Sin embargo, permiten sugerir que se lleven a cabo investigaciones donde se incluya un número más amplio de sujetos y se analice la dirección y tipo de agresión en base a comparaciones entre pacientes con un buen y pobre control diabético.

Asimismo, se sugiere la planeación interdisciplinaria del manejo de Clínicas de Diabéticos, donde se procure el papel que juega cada uno de los integrantes como factores de influencia en el paciente diabético y a su vez, se le proporcione un espacio a la familia, mediante dinámicas de grupo, que permitan a éstas, compartir y expresar experiencias comunes que les sirvan de apoyo psicológico en la ardua tarea de convivir con un enfermo crónico.

A P E N D I C E I

G R A F I C A S

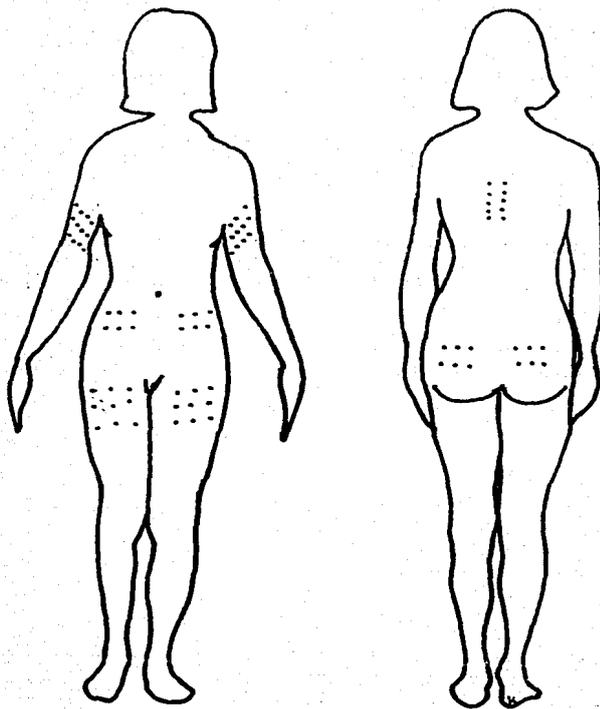
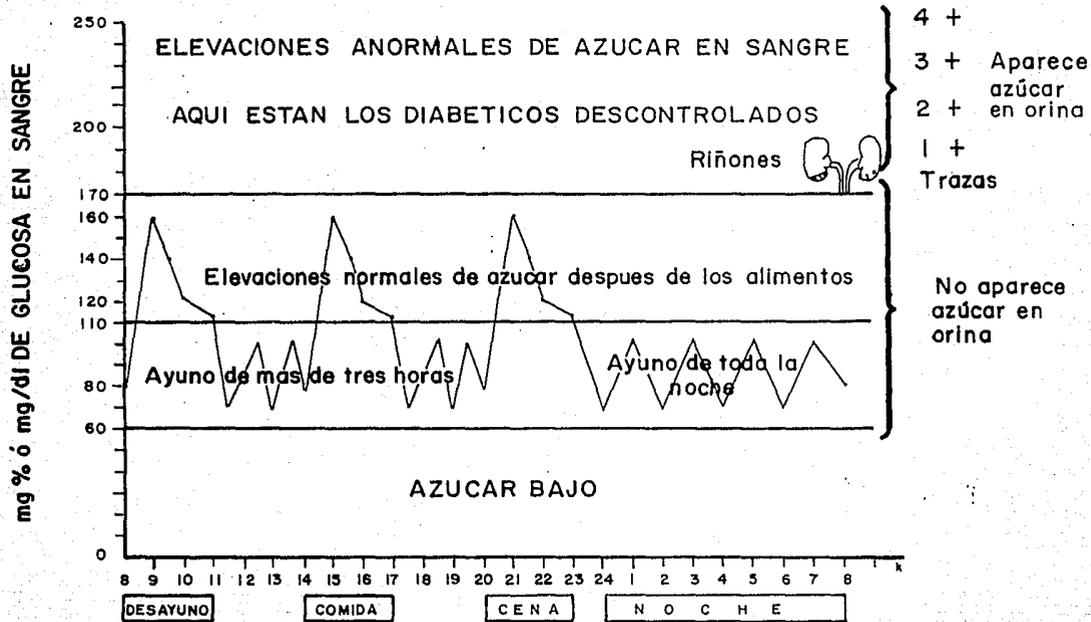


FIG. I.- AREAS DE INYECCION



VARIACIONES NORMALES DE AZUCAR EN SANGRE EN AYUNAS Y DESPUES DE LOS ALIMENTOS

GRAFICA I

CARACTERISTICAS DE LA DIABETES JUVENIL Y DEL ADULTO (DIFERENCIAS -- PRINCIPALES)

TABLA I

CARACTERISTICAS	DIABÉTÉS DE TIPO JUVENIL DEPENDEN DE INSULINA	DIABETES DE TIPO ADULTO NO DEPENDEN DE INSULINA
EDAD	Cualquier edad aunque generalmente entre los 45 y 64 años	Cualquier edad aunque generalmente entre los 40 y 69 años
Forma de presentación	Brusca	Lentamente y no raras veces los síntomas se atribuyen a otra enfermedad
Síntomas	Orinar a cada rato, tomar mucha agua, apetito variable y pérdida rápida de peso.	Lo mismo que la juvenil pero no raras veces ninguna molestia.
Estado nutricional al inicio de la enfermedad	Generalmente desnutridos	El 85 % ó más son obesos (gordos) o pesan más de lo que debieran
Historia familiar	Comúnmente positiva	Comúnmente positiva
Crecimiento del hígado	Común	Poco común
Estabilidad y control	Generalmente difícil	Generalmente muy fácil
Coma diabético (acidosis)	Frecuentemente, especialmente si hay irregularidad en el tratamiento.	Poco común excepto en condiciones de enfermedad severa o infección.
Bajas de azúcar (hipoglucemias)	Más frecuentes	Pocos frecuentes
Niveles de insulina en sangre	Ausentes	Presentes
Complicaciones circulatorias y cambios degenerativos.	Pudieran presentarse después de 15 ó más años de tener diabetes pero no en todos los casos	Frecuentes más tempranamente porque es difícil establecer el inicio de la enfermedad
Dieta	Obligatoria en todos los pacientes	Obligatoria. Puede ser la diferencia en necesitar insulina o pastillas.
Necesidad de insulina	Prácticamente en el 100% (Dependen de insulina para vivir)	Un 10 % es igual que los juveniles, y alrededor de una cuarta parte necesitan insulina para un mejor control
Pastillas antidiabéticas	No están indicadas	Indicadas cuando falla la dieta y el paciente rechaza insulina

TABLA 2

CETOACIDOSIS DIABETICA VS HYPOGLUCEMIA

Signos, Síntomas, Pruebas	CETOACIDOSIS DIABETICA (Cena Diabetico)	Hypoglicemia (Reacción)
Glucosa Sanguinea	Usualmente muy alta 300 mg/dl. ++	40 mg/dl o menos
Glucosa en Orina	Usualmente +.5%+	Negativo (al menos en una segunda muestra de orina)
Cetonas en Orina	Fuertemente Positiva	Negativo (puede mostrar trazas)
Síntomas	Polidipsia Poliuria Cansancio Pérdida peso Deshidratación y fiebre Dolor Abdominal Constipación y vómito Dolor muscular Respiraciones rápidas Coma	Nerviosismo Tembloroso Dolor de cabeza y estomago Náusea y vómito Sueño Pérdida de la conciencia Convulsiones Hambre Dif. para hablar
Duración de los síntomas antes de la pérdida de la conciencia	Mínimo de 8 a 10 horas —usualmente días	Minutos
Previo estado del control control diabetico	Usualmente pobre	Usualmente bueno
Causas	Descontinuación de la insulina o insuficiente insulina. Exceso comida, infección vómito	Sobredosis de insulina, insuficiente comida Actividad extra física
Tratamiento	Insulina intravenosa y atención hospitalaria	Azúcar por boca o intravenosa o glucagon por inyección
PREVENCIÓN	Dosis Apropiable de insulina, atención cuidadosa en la dieta, frecuentes pruebas de sangre y orina.	

TABLA 3 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 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 que pasan en la sangre.

C) HIPERLIPIDEMIA (Exceso de grasas)

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

D) CETOGENESIS (Formación de Cuerpos Cetónicos).

Los ácidos grasos elevados no los puede 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, vomitos 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. (1 a. Edición. Guadalajara: Ed.
U.A.G. 1979. p. 257.

G L O S A R I O
DE
T E R M I N O S

GLOSARIO DE TERMINOS

GLUCOSA	AZUCAR FORMADA POR LA TRANSFORMACION DE LOS CARBOHIDRATO.
GLISEMIA	PRESENCIA DE LA GLUCOSA EN LA SANGRE.
HIPERGLICEMIA	ELEVACION DE LA GLUCOSA EN LA SANGRE.
HIFOGLICEMIA	DISMINUCION DE LA GLUCOSA EN LA SANGRE.
GLUCOSURIA	PRESENCIA DE LA GLUCOSA EN LA ORINA.
POLIURIA	ELIMINACION DE GRANDES CANTIDADES DE GLUCOSA A TRAVES DE LA ORINA.
POLIDIPSIA	AUMENTO DE NECESIDAD DE INGESTION DE LIQUIDOS.
POLIFAGIA	AUMENTO DE LA NECESIDAD DE TOMAR ALIMENTO.
ACETONA	PRESENCIA DE CUERPOS CETONICOS EN LA ORINA.
CETOACIDOSIS	COMPLICACION DE LA DIAbetes POR ELEVACION DE GLUCOSA EN SANGRE Y ORINA, CON CUERPOS CETONICOS , TAMBIEN ELEVADOS.

A P E N D I C E I I

TEST DE ROSENZWEIG

NOMBRE _____

DIRECCION _____

EDAD _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

ESCOLARIDAD _____

OCUPACION _____

INSTITUCION _____

FECHA ACTUAL _____

CONSIGNA :

En cada uno de los siguientes cuadros se encuentran dos o más personas. Una de las personas le está hablando a la otra. Usted debe escribir en el espacio correspondiente, la primera respuesta que se le ocurra.

No trate de contestar con chistes.

Conteste tan rápido como le sea posible.

Siento mucho haberle manchado su ropa aunque tratamos de evitar el charco.



Qué horror! ese jarrón que rompiste era el favorito de mi madre.



No ves nada verdad?



Qué pens! Que mi coche se descompuso y te hizo perder el tren.



Es la tercera vez que tengo que regresar este reloj que compré hace - sólo una se-
mana, siempre se para cuando llego a casa.



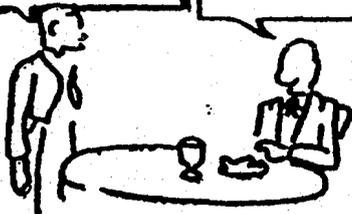
5.

Las reglas de la biblioteca sólo permiten sacar dos -- libros.



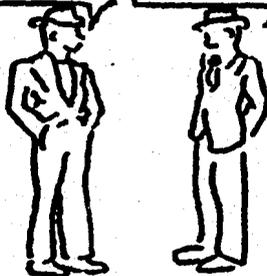
6.

No cree que es usted demasiado exigente!



7.

Tu novia me invitó al baile esta noche. Dijo que tu me irías.



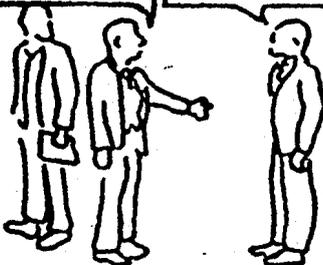
8.

Quizá necesite
su paraguas, -
pero tendrá -
que esperar -
hasta más tar-
de cuando regre-
se el encargado



9

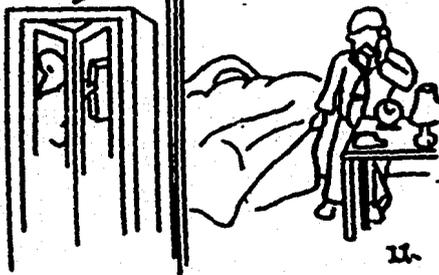
Eres un senti-
rosa, tú lo
sabes.



10

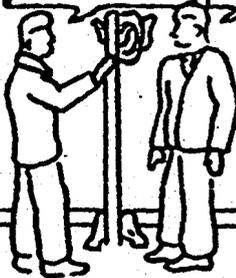
Perdame,
esté
equivocado.

2 de la mañana



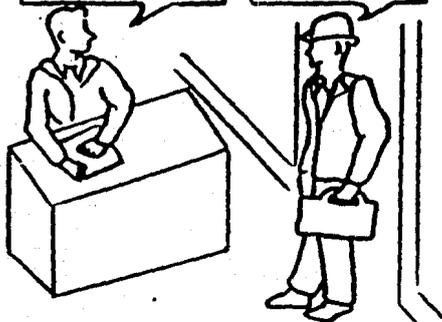
11

Si este no es
su sombrero.
Juan Pérez
debe habérselo
llevado por
equivocación y
dejó el suyo.



12

No puedo atenderlo esta mañana, aún cuando así lo acordamos ayer.



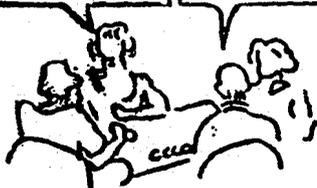
13.

Ella debería haber llegado desde hace media hora.



14.

Qué lástima compañeros! Hubiéramos ganado después de tu buena jugada, si yo no hubiera cometido ese error.



15.

Usted no tenía derecho a rebasarne por la derecha.



16.

A buena hora
pierdes las
llaves!

Le siento
acabarse de
vender el
último.

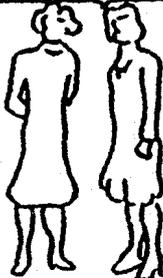


¿Dónde cree
usted que va?
Pasó por esa
escuela a 90
Kms. por hora.

¿Qué extraño!
Por qué no
nos habrán
invitado?

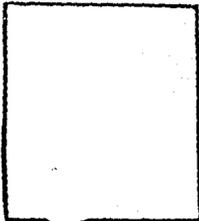


La mujer de quien estás hablando tan mal, tuvo un accidente ayer y está ahora en el hospital.



21.

Te lastimaste?



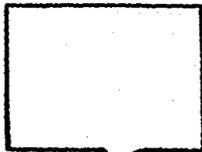
22.

Es la tía. Quiere que la esperemos - hasta que venga a darnos otra vez su bendición.



23.

Aquí está el periódico que me prestaste. Lo siento! Lo rompió el niño.



24.

GRAFICA DE NIVEL DE CONCIMIENTOS SOBRE LA DIABETES TIPO II

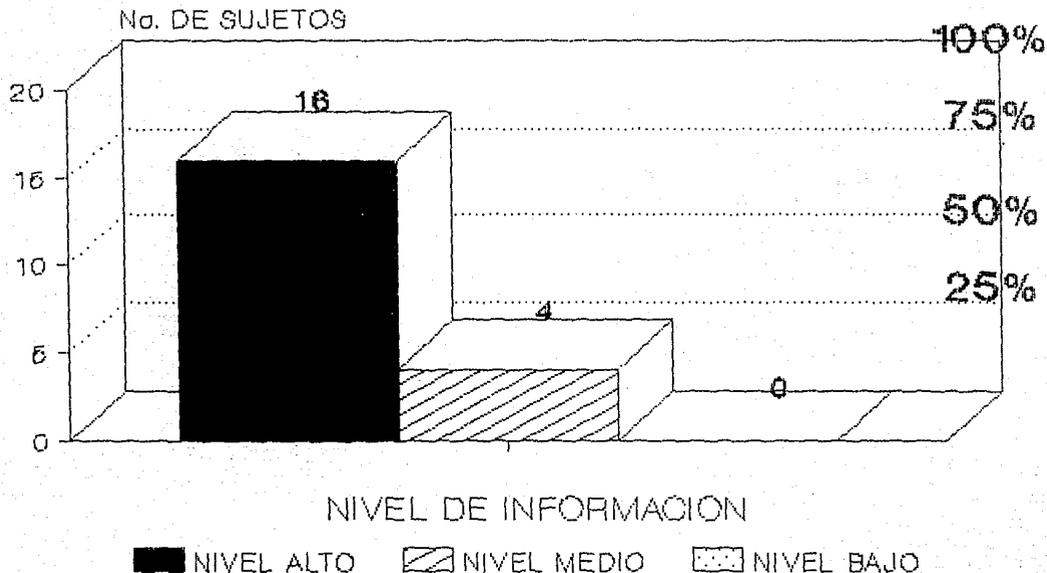


TABLA No. 7

B I B L I O G R A F I A

B I B L I O G R A F I A

- ARAUJO PAULLADA C. Tesis para la obtención del título de lic.en Psicología. "Problemas emocionales de pacientes diabéticos juveniles". Fac.Psicología, UNAM,México,D,F. 1966.
- BARRADOS L.FIDELA. "Análisis de la situación epidemiológica de la diabetes mellitus" (1971-1975) REV. FAC. MED. MEX.
- BELMONTE M.M. The Diabetes Child and Young Adult. Ed. Eden Press. Prim. Edición Montreal, Hondon.1983.
- BERRUN H.Ma.T. Tesis para obtener el título de lic. en Psicología "Traducción y adaptación a México de la prueba de Rosenzweig". Fac.Psicología, UNAM,México,D,F.1966.
- BLOS PETER "Psicoanálisis de la Adolescencia". Ed. Jarquín Martínez. Tercera Edición. Trad. Ramón Parres. México 1981.
- BUS A. "Psicología de la Agresión". Ed. Troquel. Argentina,1969.
- BRUCH H., Y COLS. "Physiological and psychological inter relationships in diabetes in children". Psychosom. Med. 11:200-210.1939.
- CALVENS HALL Y GARDNER LINDZAY. "Las Grandes Teorias de la Personalidad" Ed. Paidós. Buenos Aires. Libro 2. Cap.2:55-59.
- CASO ANTONIO. "Fundamentos de Psiquiatria". Ed. Limusa. México, 1982.
- CHAVARRIA BONEQUI C. "Diabetes Mellitus en el niño y el adolescente". Ed. Méndez Oteo. México, 1978.

DORANTES, AJURIA,
BORINES Y COLS.

"Cetoacidosis Diabética; experiencia del hospital y nuevo protocolo de tratamiento".
Bol. Med. Hosp. Inf. Méx.
Vol. 39 No. 10 Oct 1982: 685-691.

DUCLAUD C.

Tesis para obtener el título de Lic. en Psicología.
"Factores personales y/o familiares que participan en el control de la diabetes mellitus juvenil".
Fac. Psicología UNAM, México, 1984.

DOLLARD, DOOB, MILLER,
MOURIER, SEARS.

"Frustration and Agression".
Yale University Press.
New Haven and London, 1963.

FALLSTHORN J., V.
Y SWEDEN GÖTEBORG.

"A discriminator analysis based on dichotomized rorschach scores of diabetic children" INTERNATIONAL JOURNAL OF REHABILITACION RESEARCH. 1978, p 321-327.

FONAGY P. MORAN G.S.
LINDSAY M.K. Y COLS.

"Psychological adjustment and diabetic control" Archives of disease in childhood 1987 (62) 1009-1013.

FOURNIER ALBERT

"LA ADOLESCENCIA" Ed. Herder, Barcelona 1972, p257-258.

FREUD ANNA

"ADOLESCENCE" Psicoanalytic Study of the child. vol. XIII. International Universities Press, New York, 1958.

FREUD ANNA

"LOS MECANISMOS DE DEFENSA". Buenos Aires, Paidós, 1965.

FREUD SIGMUND

Obras completas, Vol III, Madrid Biblioteca Nueva, 1973.

FREUD SIGMUND

Obras completas Vol II, Madrid, Biblioteca Nueva, 1973.

FREUD SIGMUND

"Compendios del Psicoanálisis" El aparato Psíquico. P 1938-1940 Esquema del Psicoanálisis. Ed. Paidós 1966.

- HARVEY KNOWLES Jr "Diabetes sacarosa juvenil y adolescencia", Clínica médica Norteamericana. 1971 (14) p 975-985.
- HINKLE L. Y WOLFFS "Experimental Study of Life situations, emotional and the occurrence of acidosis in the juvenile diabetic". Am. J. Med. Sci. P 217-230, 1949.
- HEIMANN PAULA "The Psychoanalytic concept of aggression" Journal of Psychoanalysis Vol II, 1972, P 185-190.
- HERNANDEZ MARTINEZ M "Estudios de la agresión en grupos de niños enuréticos", tesis UNAM 1984.
- HOFLING CHARLES K. Tratado de psiquiatría. Ed. Interamericana. México, 1974, pp125, 256-258.
- KANNER LED Psiquiatría Infantil. Ed. siglo XXI Argentina, 1976.
- KONRAD LORENZ Biología del comportamiento, raíces instintivas de la agresión. Ed. Plaza y Janes, Barcelona, 1974.
- KONRAD LORENZ Consideraciones sobre las conductas animal y humana. Ed Plaza y Janes, Barcelona, 1874.
- KOSKI K. L. "Koski coping process in children diabetes", Acta pedia. scand. 1976 pp 49, 56, 188-199.
- LOUGHLIN W.C. "Study of the personalities of children with diabetes". Am. J. Dis. 1944, 68: 13-15.
- MAZZ R.S., SHAMDOON Y ET. AL. "Rehability at home blood glucose monitoring by patients with diabetes mellitus". American journal Medical, 1984, 77; 211-215.
- MINUCHIN SALVADOR Familias y terapia familiar. 2a. Ed. Barcelona, Editorial Gedisa, 1979. 1979, p 27-30.

- MORAN G.S. "Psychoanalytic Treatment of diabetes children". Psychoanal study child, 1984, (39), 407-417.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD "Diabetes Mellitus" Informe del grupo de estudio de la OMS. Serie de informes tecnicos 727-OMS, Ginebra, 1985, pp 99-101.
- ORR D.P., ECCLES T. Y ET. AL. "Surreptitious insulin administration in adolescents with insulin dependent diabetes mellitus", JAMA, 1986, 256:3227-3230.
- PEREZ AMADOR L Tesis para obtener el titulo de Lic. en Psicologia. "Algunos aspectos sobre frustración-agresión en el niño hemofílico" Fac. Psicologia UNAM. México, D.F. 1987.
- PATRIADGE J. Y COLS "Attitudes on adolescents toward their diabetes". Amer. J. of Disease of children. (24): 216-229. 1972.
- PEREZ PASTEN E. Manual del diabético juvenil. ed. Pérez Pasten. México D.F. 1979.
- PIAGET J. Seis estudios de Psicologia Ed. Seix Barral. 7a Ed. México 1974, pp 100.
- PUENTE SILVA F.G. Adherencia terapeutica, implicaciones. México. Ed. Corpodin 1984. cap. I.
- ROSENZWIIG SAUL The Rosenzweig Picture frustration study, adults form. Grune and stralton, Inc. USA, 1960.
- ROSENZWIIG SAUL Idiodynamics in personality theory with special reference to projective methods. Psychological Review, 1951, 58. pp 213, 223.
- ROSENZWIIG SAUL An outline of frustration theory. New York, Ed. J. Press. 1954.

- ROLF E. MUUSS Teoría de la adolescencia.
Ed. Paidós 7a Edición, Argentina
1978, pp28-55.
- SWIFT C.R. Y COLS. "Adjustment problems in juvenil
Diabetes". Psychosomatic Medicine
1967, 29(6), pp551-557.
- SOLORZANO R.L. DE L. "Problemas emocionales en el niño
diabético" Ed. Asociación de
médicos del Hospital Infantil de
México. s/f. Impresiones modernas
pp 105-109.
- SAUCEDA G.J.M. Y
SOBRINO M.J. "Los problemas emocionales del
adolescente diabético.
Experiencias en un campo de
verano" Rev. Med. de Fed. México
1976, 45(2) pp163-168.
- STEINHAER P.D. Y COLS "Aspectos Psicológicos de la
enfermedad crónica". Clínicas Ped.
norteamericana. Ed. Interamericana
nov. 1974. pp825-840.
- SIDNEY SIEGEL Estadística no paramétrica
aplicada a las ciencias de la
conducta. Ed. Trillas. México
1980.
- SIMONDS J. Psychiatric status of diabetic
youth in good and poor control
J. Psychiat. Med. 7(2) 1976-77
pp 133-151.
- SOTO BARRERA M.J. Tesis para la obtención del
título de Maestro en Psicología
La autoagresión en niños
neuróticos. UNAM 1895.
- SOLENO SANCHEZ A. Diabetes. Ed. U.A.G. 1a Ed.
Editorial Gued, México, 1979 .
- TAITERSAL. R.B. "Psychosocial aspects of
diabetes in child hood
and adolescents. Fed. An.
1987, sep. 16(9) 728-33 y
736-40.

TATTERSALL R.B.

"Psychiatric aspects of diabetes"
Br. J. Psychiatry 1981,(139)
pp 485-93.

VELAZCO CAMPOS M.L.

Tesis para obtener el título de
Lic. en Psicología.
"Estudio comparativo preliminar
sobre algunas variables
psicológicas entre niños con
diabetes mellitus y niños
normales en la ciudad de
México.Fac. de psicología UNAM.
1972.

WING R.R Y ET AL.

"Subclinical eating disorders
and glyceimic control in
adolescents with type I
diabetes" Diabetes Care 1986,
pp 162-167.

WINNICOTT D.

El proceso de maduración del niño.
Ed. Lana. Barcelona, 1975.