

**Universidad de Chile**  
**Facultad de Ciencias Sociales**  
**Departamento de Psicología**

*Memoria para Optar al Título de Psicólogo*

**Estudio Exploratorio-Descriptivo-Comparativo a través del Test de Rorschach de las Características de Personalidad en Adolescentes Diabéticos Insulino- Dependientes.**

**Autoras**

*Claudia Segura Pastine*  
*Carolina Valdivia Lapidó*

**Profesor Patrocinante**

*Patricia Eissmann Valenzuela*

**Asesor Metodológico**

*Elisabeth Wenk Wehmeyer*

*Septiembre, 1995.*

***“A todos aquellos que en nuestro largo caminar nos brindaron su cariño, su apoyo, su guía y nos proporcionaron fuerzas para alcanzar nuestra meta.”***

## ***Agradecimientos.***

Antes de comenzar, queremos destacar y agradecer el apoyo y la ayuda de aquellos que hicieron posible la realización de este trabajo.

Doctor Jaime Pérez, por su cálida acogida e incondicional asesoramiento en el tema de diabetes.

Doctor Cristian Bustos, quien nos asesoró en aspectos médicos generales.

Francisco Brown, quien generosamente realizó los contactos con los adolescentes diabéticos.

Luz María Pinto, quien de manera desinteresada nos brindó asesoría y orientación sobre el test de Rorschach, ayudándonos a resolver las numerosas dificultades que ofreció el análisis de los datos obtenidos por el test.

Fundación de Diabetes Juvenil, Región Metropolitana y filiales de la II región, Antofagasta; V región, Viña del Mar y VII región, Talca. Por habernos brindado todo tipo de facilidades para el desarrollo de este estudio.

Además queremos agradecer especialmente a Patricia Eissmann (Profesor Patrocinante) y Elisabeth Wenk (Asesor Metodológico), que con su actitud positiva, estímulo y significativa ayuda, nos acompañaron durante todo el trayecto de esta memoria, haciendo posible la realización de nuestro trabajo.

## **Indice.**

INTRODUCCION .....	1
CAPITULO 1. Marco Téorico .....	4
Diabetes: Aspectos Médico-fisiológicos .....	4
Metabolismo Energético .....	4
Historia de la Diabetes .....	5
Clasificación .....	6
Diabetes Mellitus Insulino-dependiente .....	9
Causas .....	10
Tratamiento .....	11
Complicaciones de la Diabetes Mellitus (D.M.) .....	17
Consecuencias Emocionales en los Adolescentes .....	19
Posibles Soluciones a Futuro .....	22
Adolescencia y Formación de la Personalidad .....	23
Definición de Adolescencia .....	25
Etapas de la Adolescencia .....	26
Agentes de Socialización en la Adolescencia .....	30
La Familia: Sistema de Apoyo Social Básico .....	31
Grupo de Pares .....	38
Instituciones Educativas .....	39
Test de Rorschach .....	40
Breve Reseña Histórica .....	40
Fundamentos Teóricos .....	41
Estudios Sobre el Test de Rorschach en Adolescentes .....	41
CAPITULO 2. Objetivos .....	47
Objetivo General .....	47
Objetivos Específicos .....	47
CAPITULO 3. Aspectos Metodológicos .....	48
Tipo de Estudio y Justificación del Diseño .....	48

Definición de Variables .....	48
Definición y Características del Universo .....	54
Definición y Tamaño de la Muestra .....	54
Procedimiento de Obtención de la Muestra y los Datos de Análisis .....	55
Descripción de los Instrumentos de Evaluación .....	56
Escala de Estratificación Socioeconómico de Himmel y Colaboradores .....	56
Test de Rorschach .....	56
 CAPITULO 4. Resultados .....	 58
Análisis de los Resultados Obtenidos a Través del Test de Rorschach .....	58
Perfil de Personalidad en los Adolescentes Diabéticos: Discusión y Conclusión al Respecto .....	82
Análisis Comparativo y Descriptivo Según Nivel Socioeconómico, Sexo y Edad .....	87
 CAPITULO 5. Resumen de los Principales Resultados y Conclusiones .....	 92
Sugerencias .....	95
 BIBLIOGRAFIA .....	 98

## ANEXOS

Anexo I. Glosario.

Anexo II. Definición Conceptual de las Características de Personalidad Según Ana María Alessandri.

Anexo III. Cuadro de Resultados Según Indicadores Rorschach.

Anexo IV. Cuadro Descriptivo de los resultados finales Obtenidos a Través del Test de Rorschach codificados según la Pauta de Ana María Alessandri (1983).

Anexo V. Escala de Estratificación Socioeconómica de Himmel.

Anexo VI. Resultados Obtenidos a Través del Test de Rorschach.

## ***INTRODUCCION.***

## INTRODUCCION.

La diabetes mellitus insulino-dependiente, constituye una de las afecciones crónicas de mayor frecuencia en el niño. Su tratamiento es complejo y la esperanza de vida de quienes la padecen es menor que la del individuo no diabético (Revista Médica de Chile, 1991).

La diabetes en general se considera una enfermedad crónica, entendiéndose por tal : " Todo aquel deterioro o desviación de la normalidad que tiene una o más de las siguientes características: ser causada por alteraciones patológicas no reversibles, ser permanente, dejar incapacidad residual, requerir de entrenamiento especial en rehabilitación y de largos períodos de supervisión, observación o cuidado." (Definición de la Comisión de Enfermedades Crónicas del Consejo Nacional de Salud de Estados Unidos, 1956).

En Estados Unidos, aproximadamente el 50% de la población tiene uno o más problemas de salud crónicos, entre ellos, la diabetes mellitus ocupa en la actualidad el tercer lugar entre las causas de muerte y es la segunda causa de ceguera en orden de frecuencia. Los índices de prevalencia estimados oscilan entre el 3% y el 6 % de la población y van rápidamente en aumento (Stein J., 1989). Actualmente se encuentra como promedio que 1 de cada 2.000 niños presentan diabetes insulino dependiente (Revista Diabetes, Uruguay, 1993).

En Chile, un estudio realizado por Medina y colaboradores (1984) también da cuenta de un aumento de las enfermedades crónicas en Santiago en un porcentaje de un 14%, entre los años 1977 y 1983.

Toda enfermedad, y en especial la crónica, tiene una dimensión y connotación que trasciende al individuo, puesto que ésta afectará de modo inevitable las relaciones sociales existentes entre él y sus seres cercanos, alterando los roles preestablecidos, ejerciendo importantes impactos y cambios en áreas como la psicológica, física, sexual, social y laboral.

La diabetes mellitus insulino-dependiente (tipo I), también conocida como infanto-juvenil, trae consigo una serie de limitaciones y cambios en los modos habituales y estilos de vida tanto en los niños y jóvenes que la presentan, así como también en sus familias.

Si bien los avances científicos han llegado a establecer métodos y tratamientos más modernos con los cuales la diabetes llega a controlarse muy bien, aumentando con ello la expectativa de vida del diabético quien puede llevar una vida "normal", se sabe que en rigor esto no es absolutamente cierto. Si se medita un instante sobre el concepto "normal", es posible deducir que ello significa que las personas pueden realizar todo tipo de actividades, sin necesidad de utilizar medicamentos, dietas u otras restricciones. En este sentido, la vida del diabético no es normal, y aunque puede ser llevadera y disfrutable, tiene varias restricciones que devienen de su tratamiento. La dieta, las inyecciones de insulina y el ejercicio son las únicas medidas que se disponen en la actualidad, y mientras la ciencia, que hoy

estudia las posibilidades de realizar trasplantes de páncreas o de células Beta, no llegue a mejores soluciones, la persona diabética deberá seguir ciñéndose a ellas.

A pesar que el tratamiento de los pacientes diabéticos ha cambiado, es un hecho que éste trae complicaciones a la vida de quien la padece, sea niño, joven o adulto.

La presente investigación se centrará básicamente en los adolescentes, ya que es justamente una etapa en la cual se producen muchos cambios (crecimiento físico, búsqueda de la identidad personal entre otras), los cuales podrían verse afectados por la diabetes, pues además de todas las exigencias y restricciones que impone esta edad, la diabetes podría implicar una acentuación de las características típicas o una desviación de ellas.

Como ya se describió, esta enfermedad impone limitaciones, y el diabético, como todo enfermo crónico, se plantea una serie de interrogantes sobre su presente y futuro, tales como: el pronóstico de la enfermedad, los cambios en sus hábitos alimenticios, la calidad de vida que podrá llevar, la autopercepción y expectativas de su enfermedad, la pérdida de la independencia, el temor a la muerte y el proceso de morir, entre otras (García de los Ríos, M., 1992). Estos factores podrían influir fuertemente en la personalidad de los jóvenes que aún está en formación.

Esta investigación pretende aportar antecedentes a la interrogante ¿Existe relación entre la diabetes, debido a los cuidados que ella implica, y la personalidad de los jóvenes que la padecen?. Este problema, enmarcado en el área de la Psicología Clínica, surge a partir de los conocimientos acerca del tema adquiridos a través de la experiencia personal de las autoras, de los contactos con la Fundación de Diabetes Juvenil de Chile y del artículo escrito por el doctor Manuel García de los Ríos titulado "¿Hay una personalidad diabética?", donde este tema ha sido debatido con proposiciones contrapuestas. Algunos Doctores, como Stein y Charles, describen una personalidad especial, aún antes de contraer la diabetes. La deducen del estudio de sólo 8 niños. Koski investiga treinta niños diabéticos bien controlados, treinta con diabetes descompensada y treinta controles no diabéticos. Encuentra algo tan genérico e impreciso como una personalidad poco integrada, menos imaginativa y menos sensitiva. Sullivan señala una mayor tendencia a la depresión entre los adolescentes diabéticos que en los no diabéticos. En general, hay acuerdo en que estos elementos son insuficientes para configurar una "personalidad diabética". Se debe hablar de un "comportamiento" del diabético frente a distintas agresiones provocadas por la enfermedad, el tratamiento y el medio social que lo rodea. Corroborando esta idea, Sterky describe mayores alteraciones en las madres de hijos diabéticos. Por otro lado, Olatawara no encuentra diferencias de personalidad entre cincuenta niños diabéticos y sus controles. Hoy existe acuerdo en que, partiendo de un modo de ser particular de cada paciente, hay una reacción psicológica frente a la enfermedad, que es variable según la fisonomía de cada uno y la intensidad con que hayan influido su familia, su médico y otras circunstancias de su entorno" (García de los Ríos, M., 1992).

Tratar este tema es algo que resulta relevante, y adquiere sentido si se observa que existen pocos estudios en el ámbito psicológico al respecto, en comparación con la amplia literatura médica-fisiológica sobre esta enfermedad.



Este trabajo tiene como objetivo realizar una descripción de las características de personalidad en estos adolescentes, a través del test de Rorschach, a la vez que se intentará identificar, describir y establecer la posible existencia de un perfil típico, entendido éste como las características de personalidad especialmente acentuadas o inhibidas ya sea dentro de los parámetros de la adolescencia o desviadas de ellos; explorando las posibles diferencias que pudiesen presentarse entre hombres y mujeres y entre los distintos estratos socioeconómicos.

Para lograr estos objetivos se efectuará un estudio exploratorio, descriptivo y comparativo.

Dentro de las proyecciones, se espera que la investigación propuesta sea el inicio de otros estudios sobre la personalidad del diabético juvenil en Chile, así como también tiene la pretensión de dar a conocer la problemática de estos jóvenes, de manera que en el futuro se tome más conciencia de lo que significa portar esta enfermedad y se brinde un apoyo psicológico especializado a quienes la padecen.

***MARCO TEORICO.***

## **CAPITULO 1.**

### **MARCO TEORICO.**

De acuerdo al objetivo principal del presente estudio, la exploración y descripción de las características de personalidad en adolescentes diabéticos, el marco teórico pretende abarcar aquellos conceptos que resulten necesarios para comprender y desarrollar la investigación. Esta consta de dos grandes temas: el primero es una revisión de los aspectos médico-fisiológicos de la diabetes. Se comenzará con una breve descripción del metabolismo energético, que se relaciona con el consumo y procesamiento del Hidrato de Carbono (azúcar) en el cuerpo, y se continua con la diabetes como enfermedad, abarcando los diferentes tipos, así como sus causas, tratamiento, complicaciones y posibles soluciones a futuro<sup>1</sup>.

El segundo tema a tratar tiene relación con la adolescencia, dado que esta es la etapa de la vida en que se centrará este trabajo. Se contextualizará la adolescencia en el proceso de formación de la personalidad, definiendo sus distintas etapas y describiendo los cambios socio-afectivos que se producen tanto en el adolescente como en su familia.

### **DIABETES: ASPECTOS MEDICO-FISIOLOGICOS.**

#### **Metabolismo Energético.**

La demanda obligada de glucosa del sistema nervioso central ha sido la causa del desarrollo y organización de numerosas vías metabólicas, que permiten mantener constante la glicemia en prácticamente cualquier situación. Para la regulación del metabolismo energético se requiere un sinnúmero de procesos tanto anabólicos como catabólicos, para lo cual el cuerpo humano consta de un complejo sistema de regulación del cual forman parte importante las llamadas hormonas reguladoras del metabolismo, entre las cuales destacan la insulina, el glucagón, cortisol y catecolaminas, entre otras (Stein, J., 1984).

La insulina es la principal hormona anabólica reguladora del metabolismo de casi todos los substratos energéticos y estructurales del organismo. Promueve el almacenamiento de carbohidratos, en principio en forma de glucógeno hepático, pero también en forma de glucógeno muscular, al que se recurre como fuente de energía para la contracción del músculo esquelético. La insulina actúa también de forma anabólica fomentando el almacenamiento prolongado de los substratos energéticos en forma de triglicéridos (que son la forma más eficaz de almacenamiento de energía calórica), además de activar la síntesis de ácidos grasos libres en el hígado. La insulina desempeña un papel anabólico primordial en el

---

<sup>1</sup> Los términos médicos serán brevemente explicados en el anexo I.

músculo esquelético, pues facilita la captación de aminoácidos y la síntesis proteica por mecanismos independientes, y retarda la degradación de las proteínas musculares.

El glucagón, el cortisol y las catecolaminas son las hormonas contrarreguladoras de la insulina más importantes en el hombre. El papel fundamental del glucagón es el mantenimiento de la glicemia durante el ayuno o en períodos de ingesta insuficiente de carbohidratos; también reduce la demanda orgánica total de glucosa al facilitar la cetogénesis hepática y posibilitar la formación de un sustrato energético alternativo, los cetoácidos, que satisfagan las necesidades del sistema nervioso central. Pero no tiene un rol destacado en la movilización de sustratos del tejido periférico susceptibles de metabolismo en el hígado. Tampoco tiene efecto alguno en la movilización de las proteínas musculares que representan la fuente final de carbono de la mayor parte de la glucosa neoformada a partir de aminoácidos en caso de ayuno breve, y desempeña un papel secundario en la regulación de la hidrólisis de los triglicéridos y en la movilización de ácidos grasos libres del tejido adiposo. Parece que es una combinación de glucagón elevado y, sobre todo, niveles muy bajos de insulina, que permite movilizar los aminoácidos y ácidos grasos libres de los tejidos periféricos para su metabolismo hepático. Las catecolaminas potencian los efectos del glucagón sobre el tejido adiposo, y lo mismo hace el cortisol, que aumenta además los efectos del músculo esquelético (Stein, J., 1984).

## Historia de la Diabetes.

"La diabetes mellitus es una enfermedad compleja, que se caracteriza fundamentalmente por una insuficiencia absoluta o relativa de la secreción de insulina y por una insensibilidad o resistencia de los tejidos al efecto metabólico de dicha hormona.

La **hiperglicemia** es la consecuencia inevitable de estos déficits de secreción y acción de la insulina. En las fases finales de la diabetes puede producirse una afectación extensa de prácticamente todos los sistemas orgánicos." (Stein, J., 1984).

Han transcurrido ya 2.000 ó 3.000 años desde las primeras descripciones de la diabetes como entidad clínica, encontrándose el primer relato histórico de la diabetes en el "Papiro de Ebers" escrito alrededor de 155 A.C.; fue Areteo de Capadocia (130-200 D.C.) quien acuñó el término DIABETES que significa "Fluir a través de un sifón" (García de los Ríos, M., 1992).

La diabetes mellitus, llamada así por Thomas Willis en el siglo XVII, por el sabor a miel de la orina de los pacientes, era una enfermedad conocida desde épocas muy remotas, caracterizada por sed insaciable y eliminación copiosa de aguas por el riñón.

Su vinculación con el páncreas fue descubierta casualmente en 1889 por Minkowski, al hacer la extirpación de ese órgano en un perro y comprobar que el animal presentaba a los pocos días los síntomas de la diabetes.

Estudios posteriores de diversos investigadores se orientaron sobre la actividad de pequeños grupos de células descubiertas en el páncreas en 1869 por un joven anatomista alemán, Langerhans.

Surgió así la hipótesis de que esos "islotos de células" pudieran verter directamente en la sangre un producto al cual Schafer denominó "insulina" (Revista Diabetes, Uruguay, 1992).

Experiencias contradictorias crearon dudas sobre la existencia de esa secreción hormonal y se prepararon extractos que parecían contenerla, pero que fueron después abandonados por fallas en los métodos empleados. En las dos primeras décadas de este siglo, varios investigadores destacados fracasaron en la obtención de un producto puro y activo; las enzimas del jugo pancreático destruían la secreción interna en los extractos totales del páncreas.

Ya en 1912, un fisiólogo americano, Scott, propuso ligar el conducto pancreático para provocar la degeneración del tejido de secreción externa y obtener así un extracto activo del tejido restante, conteniendo sólo los islotos.

Esa fue la idea que recogió Banting en una lectura accidental que despertó la chispa genial, permitiéndole llegar al descubrimiento de la insulina.

Hasta la extracción de la insulina del tejido pancreático por Banting y Best, en 1921, no pudo disponerse de un tratamiento eficaz a largo plazo. Después del descubrimiento de la insulina, surgieron numerosas líneas de investigación que intentaban dilucidar los mecanismos íntimos de la diabetes. Se destacan en los últimos años Sanger (1955), quien definió la secuencia aminoacídica de la insulina humana y a Zahn (1963), el primero en obtener la síntesis química de la hormona, cosa que se consideraba imposible; también Steiner (1967), que identificó la existencia de la proinsulina y luego la preinsulina (García de los Ríos, M., 1992).

Los avances terapéuticos en los últimos años han sido, notables tales como trasplantes renales, trasplantes pancreáticos, fotocoagulación de la retinopatía proliferante, métodos de autocontrol que intentan regular la euglicemia y sistemas mecánicos de infusión continua.

A pesar de esto, siguen muriendo enfermos por sus complicaciones, si bien, y a diferencia de lo que ocurría con la era preinsulínica, los pacientes hoy en día sobreviven con relativa facilidad a las múltiples complicaciones de la enfermedad, como son la cetoacidosis diabética, coma hiperosmolar no cetósico, aunque sólo sea para sucumbir progresivamente a las complicaciones crónicas tardías.

## **Clasificación.**

Se han propuestos diferentes clasificaciones, pero en la actualidad se reconocen cuatro tipos fundamentales de diabetes mellitus:

- 1.- Diabetes Mellitus Insulino Dependiente (DMID)
- 2.- Diabetes Mellitus No Insulino Dependiente (DMNID)
- 3.- Diabetes Mellitus Secundaria
- 4.- Diabetes Relacionada con la Desnutrición

Se describirán brevemente las tres últimas para luego dedicarnos acuciosamente a la Diabetes Mellitus Insulino Dependiente, que es una de la principales variables que influyen en esta investigación.

## 2.- Diabetes Mellitus No Insulino Dependiente (DMNID)

Es la forma más frecuente de diabetes, correspondiendo al 80 - 85 % de los diabéticos. Estos pacientes conservan cierta capacidad de secreción de insulina endógena, a pesar de presentar anomalías manifiestas de la homeostasis de la glucosa, como hiperglicemia basal, intolerancia a los carbohidratos o ambas. A diferencia de los Diabetes Mellitus Insulino Dependiente, los enfermos con Diabetes Mellitus No Insulino Dependiente son relativamente resistentes a desarrollar cetosis en condiciones basales, debido principalmente a la conservación de la capacidad de secreción de insulina endógena. La obesidad es un factor de riesgo importante para el desarrollo de este tipo de diabetes. Se postula que probablemente sería a consecuencia de la reducción de la densidad de receptores insulínicos y de las anomalías del acoplamiento de los receptores a los procesos metabólicos que tienen lugar en tal estado.

En relación a las causas, se habla de tres factores de gran importancia, que son:

**a.- Herencia:** se postula que estaría ligada a una serie de genes que son responsables de la herencia familiar de esta enfermedad, aunque el medio ambiente juega un papel importante, siendo quizás la obesidad el factor que más influye.

**b.- Obesidad:** juega un papel importante, ya que se sabe que una de las complicaciones de ella es la diabetes. La obesidad y la diabetes parecen estar relacionadas; sobrepeso se asocia a un descenso en la actividad de la insulina en diferentes tejidos (Krall, L., 1983).

**c.- Efecto de la edad:** la incidencia de diabetes parece estar relacionada también con el aumento de la edad. Los estudios ingleses parecen demostrar que esta última tiene una alta incidencia después de los 40 años y la tolerancia de la glucosa desciende algo con el aumento de edad del sujeto (Krall, L., 1983).

La supervivencia de los diabéticos no insulino dependiente no depende de modo absoluto del uso de insulina; muchos pueden vivir sólo con la regulación dietética. La forma de presentación clínica de la enfermedad es muy variable, pues en algunos pacientes sólo se hace manifiesta con la aparición de complicaciones como retinopatía o nefropatía, mientras que otros acuden al médico debido a la presentación de poliuria, polidipsia, fatigabilidad fácil e irritabilidad.



La mayor parte de los casos de Diabetes Mellitus No Insulino Dependiente se diagnostican después de los 40 años, lo que lleva a denominarla como diabetes mellitus de comienzo en la madurez, aunque otros prefieran designarla como resistente a la cetosis. De todas formas, puede presentarse a cualquier edad, debido a que existe una subclase de muy poca frecuencia, conocida como Maturity Onset Diabetes in the Young (MODY), constituida por pacientes jóvenes, menores de 25 años, que no requieren insulina para su tratamiento y que tienen herencia familiar diabética en un mínimo de tres generaciones.

Se ha comprobado que existe una enorme influencia genética en la transmisión de la mayoría de los tipos de diabetes no insulino dependiente.

Estos pacientes desarrollan en el transcurso de la enfermedad daño crónico de tipo micro y macroangiopático, con un compromiso macrovascular importante. "Entre las complicaciones macrovasculares, se distinguen especialmente la coronariopatía, el accidente vascular cerebral y la arteriosclerosis obliterante de las extremidades inferiores" (García de los Ríos, M., 1992). Pueden además presentar coma hiperosmolar no cetósico, que es una forma de coma diabético, muy común en diabéticos de edad avanzada y casi excepcional en los jóvenes. Se caracteriza por una hiperglicemia intensa, superior normalmente a la de la cetoacidosis diabética. Se diferencia de la cetoacidosis diabética en que va precedido de un período más prolongado de poliuria, polidipsia y deshidratación progresiva que puede durar entre 5 a 21 días y va acompañado con frecuencia de una historia de debilidad, confusión mental, somnolencia y, en última instancia, coma; además presenta una tasa de mortalidad elevada (Stein, J., 1984).

El tratamiento clásico de la Diabetes Mellitus No Insulino Dependiente es el ejercicio físico y régimen alimenticio, habitualmente hipocalórico y con restricción de hidratos de carbono; en caso de fracaso de ambas, se utilizan hipoglicemiantes orales (sulfonilureas y/o biguanidas).

### 3.- Diabetes Mellitus Secundaria

Constituye una categoría especial en la que se engloba a un colectivo heterogéneo de pacientes a los que no cabe aplicar los criterios establecidos para las formas tradicionales de la enfermedad, pues aunque pueden demostrar hiperglicemia basal o una alteración de la tolerancia a una sobrecarga hidrocarbonada, la secreción o la acción insuficiente de insulina no es el acontecimiento patogénico primario de la diabetes. Además la edad de comienzo y la presentación clínica varían según la etiología. En general, cualquier enfermedad causante de una alteración de la secreción de insulina o que provoque un antagonismo de sus efectos, puede dar lugar a una diabetes mellitus secundaria. Como por ejemplo la pancreatitis crónica, fibrosis quísticas, acromegalia, distrofia muscular, alteraciones cromosómicas y otras (Stein, J., 1984).

#### 4.- Diabetes Relacionada con la Desnutrición

Conocida como diabetes tropical o diabetes pancreática. Presenta una alta frecuencia en los países en desarrollo de las zonas tropicales. Se observa en individuos jóvenes con antecedentes de carencia nutricional. Se conocen dos tipos:

**a.- Diabetes Pancreática Fibrocalculosa:** se caracteriza por iniciarse entre los 15 y 35 años, en individuos demasiados o severamente desnutridos. Estos sujetos presentan dolorosas crisis abdominales recurrentes, hiperglicemia moderada o severa y elevados requerimientos insulínicos por insulinoresistencia con poca tendencia a la cetoacidosis; puede también existir síndrome de mala-absorción como consecuencia del compromiso del páncreas exocrino.

El diagnóstico se fundamenta en las características señaladas y se confirma por la demostración radiográfica de cálculos en los conductos pancreáticos, presentes en un 75 % de los casos. Etiológicamente se relaciona con dos factores: alto consumo de mandioca (yuca, tapioca, cassava) y un bajo aporte protéico.

**b.- Diabetes Pancreática por Carencia Protéica:** clínicamente se asemeja en todo a la diabetes pancreática fibrocalculosa, excepto por el hecho de que no hay antecedentes de dolorosas crisis abdominales recurrentes ni hallazgos radiográficos de calcificaciones pancreáticas intraductales; tampoco se ve el síndrome de mala-absorción. El factor etiológico más probable sería un déficit protéico importante tipo Kwashiorkor en los primeros años de vida.

### **Diabetes Mellitus Insulino Dependiente.**

Se la conoce también como diabetes mellitus de comienzo juvenil. La secreción de insulina endógena es mínima o nula.

Este tipo de diabetes mellitus puede aparecer a cualquier edad, aunque la incidencia máxima suele observarse hacia la mitad de la primera década de la vida, y nuevamente en el período de crecimiento máximo durante la adolescencia, es decir en los niños, adolescentes y adulto joven menor de 30 años. Este tipo de diabetes se caracteriza por una herencia autosómica recesiva (Stein, J., 1984).

El inicio de la enfermedad es brusco y agresivo, con síntomas como intensa poliuria (aumento de la cantidad y frecuencia de la micción), polifagia (aumento del apetito), pérdida de peso y fatiga, que se manifiestan en días o semanas. Los sujetos afectados son muy propensos a la cetosis, y es frecuente que sea un episodio de cetoacidosis diabética el que lleve al enfermo a buscar tratamiento.

Los pacientes suelen perder peso en forma brusca, lo que se asocia a la presencia de vómitos y pérdida de apetito. Son individuos muy sensibles a la administración de insulina exógena.



Durante su evolución se pueden presentar complicaciones crónicas microangiopáticas como retinopatía y nefropatía diabética; siendo esta última una causa frecuente de morbimortalidad. Las complicaciones macroangiopáticas, las que se expresan como cardiopatía coronaria, accidente vascular encefálico, enfermedad oclusiva arterial de extremidades inferiores, son causas mayoritarias de mortalidad.

La neuropatía diabética se presenta como una complicación frecuente y compromete a los pacientes en grado variable.

## **Causas.**

Hasta hoy no se conoce una causa exacta de la diabetes insulino dependiente, sólo se ha podido especular sobre algunos factores que podrían contribuir a causarla, entre los que se encuentran:

**1.- Influencia de la herencia:** se sabe que la herencia juega un papel en el desencadenamiento de la Diabetes Mellitus Insulino Dependiente, ya que en la mayoría de los casos la tendencia a la diabetes es heredada, y aunque ninguno de los padres tenga diabetes, ellos pueden ser sólo portadores del gen de la diabetes. Se cree que la Diabetes Mellitus Insulino Dependiente quizá está relacionada a factores genéticos específicos, incluyendo una condición inmunológica en que intervienen antígenos (proteínas que se ponen en contacto con ciertos tejidos del organismo, reconocidas como extrañas por el sistema inmunológico).

**2.- Influencia de los virus:** hay una serie de enfermedades virales que se sospecha puedan estar involucradas en la causa de la diabetes tipo I, como el virus de la papera, el virus coxsackie y probablemente muchos otros. Se sabe que ocasionalmente la diabetes tipo I aparece después de este tipo de enfermedades virales, y que pueden estar directamente relacionados con su génesis (Krall, L., 1983). Este factor viral puede estar relacionado con la herencia, ya que al parecer hay varios factores que deben concurrir simultáneamente para que se desarrolle la diabetes, por lo que es posible que el niño haya heredado la "tendencia" para desarrollar la diabetes y que se requiera una infección viral para completar el cuadro, o que haya heredado una "tendencia" para desarrollar cierto tipo de infecciones virales que entonces dañan el páncreas y se produce la diabetes.

**3.- El efecto del "stress":** el stress parece acelerar el proceso de diabetes en personas predispuestas a ellas. Por si mismo no hace que se desarrolle la diabetes, pero no hay duda que juega cierto papel importante (Krall, L., 1983).

Como se puede observar, estos factores sólo precipitan la aparición de la diabetes, pero no son la causa de ella.

Es importante además saber que no es nada que el niño "haya hecho" o "haya dejado de hacer" lo que causó la diabetes, y que una vez presentada ésta no desaparecerá, lo que implica un cuidado de por vida por parte del sujeto para prevenir las consecuencias a corto y largo plazo.

## **Tratamiento.**

El fin del tratamiento en la Diabetes Mellitus Insulino Dependiente es optimizar el control metabólico, es decir, lograr la EUGLUCEMIA, lo que quiere decir llevar la glicemia del paciente diabético a los rangos normales (cantidad de azúcar en la sangre a alrededor de 80 - 110 mg/dl) y a la vez prevenir complicaciones agudas y crónicas, y de ser necesario, tratar las complicaciones de esta enfermedad.

Los objetivos terapéuticos generales a los que se apunta son:

- 1.- Mantener al paciente asintomático
- 2.- Lograr una calidad de vida aceptable
- 3.- Obtener el peso ideal
- 4.- Prevenir complicaciones agudas
- 5.- Prevenir o retardar la aparición de complicaciones crónicas.

A pesar de ser un tratamiento definido, simple y normado, esta patología se trata en forma deficiente, debido a factores relacionados con el médico, como el desconocimiento que se tiene de dietética en general y el temor al empleo de insulina. Por parte del paciente, el mayor problema es la falta de conciencia de enfermedad, situación que lleva a continuos abandonos del tratamiento.

Los elementos terapéuticos para manejar esta enfermedad comprenden la educación, régimen dietético, actividad física, autocontrol e insulina. Se debe tener presente que el tratamiento de la Diabetes mellitus es particular para cada paciente.

## **Educación.**

La educación es un pilar fundamental del tratamiento de toda enfermedad crónica. "En la diabetes, este postulado adquiere máxima importancia; es así como la educación logra que el paciente diabético acepte su enfermedad y por lo tanto, puede llevar una vida normal." (García de los Ríos, M.,1992).

El fin de la educación no es simplemente entregar información, sino que "debe contener elementos integrados de conocimientos, participación de vivencias, discusión de casos y otros conceptos para cubrir su objetivo. En el caso del paciente diabético, este propósito intenta permitirle una mejor calidad de vida, que acepte su enfermedad y modifique los hábitos y actitudes, aunque sea difícil de lograr, con el objeto de obtener un buen control metabólico y prevenir complicaciones agudas y crónicas de la enfermedad." (García de los Ríos, M., 1992).

Debe participar en ella un equipo multidisciplinario constituido por educador sanitario, psicólogo, médico diabetólogo, médico internista, cirujano y oftalmólogo, enfermera, podólogo, bioquímico y tecnólogo médico, kinesiólogo o profesor de educación física, asistente social, pacientes y familiares.

"La educación individual y de grupo puede realizarse con el paciente hospitalizado o ambulatorio. Todo enfermo recién diagnosticado recibe un programa de enseñanza mínima que incluye un plan de alimentación, insulino terapia y autocontrol. Posteriormente se incorpora a los grupos de educación." (García de los Ríos, M., 1992).

En Chile, la Fundación de Diabetes Juvenil es una de las instituciones que se preocupa de la educación, realizando diferentes actividades educativas, grupales e individuales, tales como campamentos de verano (en ellos los niños observan que otros, de muy distintas edades tienen el mismo problema, adquieren seguridad para actividades que consideraban vedadas, realizan juegos que estimulan la socialización, ya que deben compartir con distintos compañeros y apoyarse unos con otros en juegos de equipos), sesión familiar, visita a hospitales, entre otras.

### **Dieta o Régimen.**

La dieta es importante para proporcionar un fundamento para el control satisfactorio. Lo primero que se debe saber es que no existe una "dieta diabética." Los sujetos con diabetes mellitus tienen iguales requerimientos nutricionales que los individuos normales.

La dietoterapia está a cargo de un médico tratante y la nutricionista. Tiene por objeto educar al paciente respecto de la composición de los alimentos, contenidos de hidratos de carbono y colesterol. Esto facilitará la aceptación por parte del paciente de un régimen que debe ser flexible, variado y grato para él, con el objetivo final de lograr adhesividad al tratamiento dietético.

Los objetivos de la dietoterapia son:

- 1.- Obtener un estado nutricional normal.
- 2.- En niños y adolescentes, alcanzar un crecimiento y desarrollo óptimos.
- 3.- Mantener una normoglicemia y normolipidemia.
- 4.- Lograr una buena calidad de vida.

Se deben considerar diferentes factores en el paciente antes de la prescripción dietética, tales como: edad, sexo, estado nutricional (normal, obeso o enflaquecido), estado fisiológico (embarazo, lactancia y senescencia), actividad física (laboral y recreacional), hábitos alimentarios, ambiente social, económico y cultural.

### **Actividad Física.**

Sólo en las últimas décadas se ha reconocido su verdadera importancia. Actualmente se considera que la actividad física es un pilar fundamental en el tratamiento de la diabetes, por diferentes razones: contribuye a mejorar el control metabólico, mantiene el peso, disminuye los factores de riesgo cardiovascular y eleva el estado de ánimo de los pacientes.

Además, se ha comprobado un aumento de la sensibilidad a la insulina, con disminución de sus requerimientos e incremento del depósito de glicógeno muscular y de la captación de aminoácidos.

Es decir, el ejercicio ayuda a disminuir los niveles de glucosa, y a aumentar en la captación de ácidos grasos libres. Este debe ser adecuado a las necesidades de cada individuo (Krall, L., 1983).

### **Autocontrol.**

En los últimos años se ha considerado que el autocontrol es parte indispensable del tratamiento, y su objetivo es mantener una homeostasis permanente de la glicemia, sobre todo para los sujetos con Diabetes Mellitus Insulino Dependiente, debido a la inestabilidad metabólica de la mayoría de ellos. Esto diferencia la diabetes de otras enfermedades crónicas, dado que el paciente debe estar activamente involucrado tanto en la realización de exámenes de glicemias, glucosurias y acetonurias, como en su posterior ajuste terapéutico.

Para lograr un buen autocontrol, los requisitos indispensables son la motivación del paciente y su estabilidad emocional.

Al sujeto se le debe capacitar respecto al tipo de exámenes que necesita realizarse, la técnica correcta que debe emplear y los momentos en que debe efectuarlos. Además, debe saber interpretar los resultados a fin de proceder a los cambios de terapia que sean necesarios, según las pautas entregadas por el médico.

Los exámenes de autocontrol se han simplificado de tal forma que pueden ser realizados por una persona sin mayor experiencia técnica y en sus propios domicilios, dado el escaso material requerido. Estos exámenes son los siguientes:

**1.- Microglicemia:** "Los sistemas rápidos para medir glicemia utilizan cintas que tienen en un extremo la zona reactiva, sobre la cual se deja caer una gota de sangre capilar obtenida de un dedo o del lóbulo de la oreja. Se espera un tiempo de reacción, generalmente un minuto, y luego se mide el cambio de color e intensidad de la zona reactiva, mediante lectura visual o por un reflectómetro. La intensidad del color es directamente proporcional a la concentración de glucosa." (García de los Ríos, M., 1992).

**2.- Glucosurias:** "Se han diseñado cintas para la determinación de glucosuria cualitativa y otras semicuantitativas, que permiten determinar en forma aproximada y con un amplio rango, 0 - 50 g/l, las concentraciones de glucosa en la orina. La zona reactiva de estas cintas está impregnada con glucosa oxidasa, y el agua oxigenada producida por la reacción actúa sobre el cromógeno para dar la reacción de color; la intensidad de la coloración es directamente proporcional a la cantidad de glucosa." (García de los Ríos, M., 1992).

**3.- Cetonuria:** Se efectúa una medición cualitativa de cuerpos cetónicos en la orina, la que deben ser realizada por los pacientes en determinadas circunstancias, como cuando presentan glicemias muy elevadas (mayor a 250 mg%), infecciones, vómitos, entre otras.

Se realizan a través de cintas o por medio de tabletas reactivas, que viran del blanco al violeta, y cuya intensidad de color es directamente proporcional a la concentración de cuerpos cetónicos.

El autocontrol conlleva al automonitoreo en individuos tratados con insulina, debido a que el autocontrol se lleva a cabo con microglicemias, ocasionalmente complementado con glucosuria y cetonuria, de acuerdo a esquemas y horarios preestablecidos e individuales según el plan insulínico particular. Basándose en los resultados de las glicemias y las instrucciones de su médico, el individuo debe realizar las modificaciones insulínicas.

### **Insulina.**

Los sujetos con Diabetes Mellitus Insulino Dependiente necesitan utilizar insulina para mantener un correcto nivel de glucosa en la sangre, porque el páncreas no la produce.

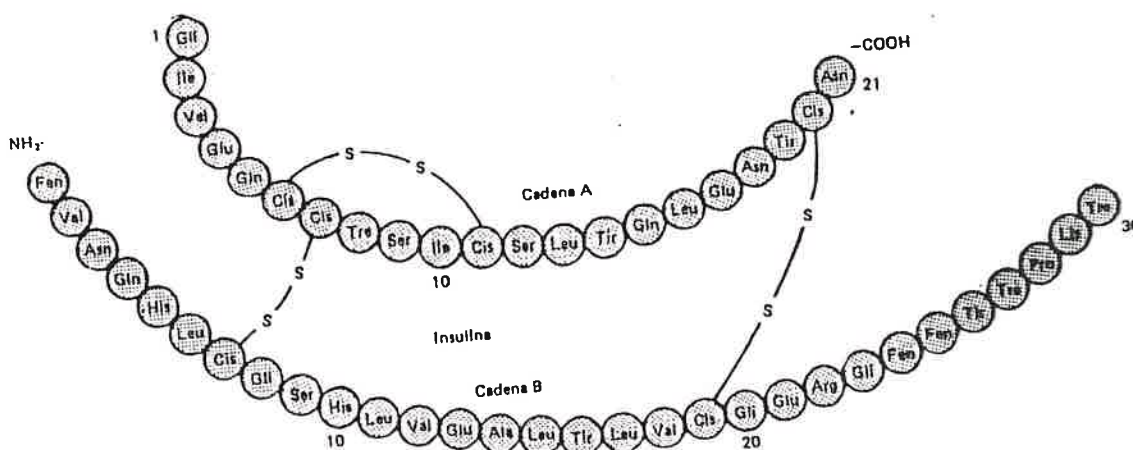
El objetivo principal de la terapia insulínica en el paciente diabético es la administración oportuna de la cantidad óptima de insulina, que asegure niveles fisiológicos para mantener la glicemia dentro de rangos normales.

La insulina es una hormona que se administra generalmente por vía subcutánea (debajo de la piel), aunque puede también inyectarse en una vena o en un músculo en casos de descompensación, con el fin de conseguir un efecto más rápido. Debido a que es una proteína, actualmente no puede ser dada por vía oral, ya que es destruida por los jugos digestivos.

Más específicamente, "La insulina es un polipéptido de peso molecular aproximado a 5.750, cuya configuración fue reconocida por Sanger en 1955. Está formado por dos cadenas peptídicas: la cadena A con 21 aminoácidos y la cadena B con 30 aminoácidos, unidas entre sí por dos puentes disulfuros; un tercer puente se extiende entre los aminoácidos 6 y 11 de la cadena A " (García de los Ríos, M.,1992).



Fig 1: Estructura de la Insulina.



"La insulina se presenta como una estructura tridimensional; el monómero es la forma biológicamente activa; éste, unido a otro, forma un dímero; tres dímeros forman un hexámero, en cuyo centro se ubican 2 átomos de zinc. El hexámero es la forma de almacenamiento de la insulina, tanto en la célula beta como en los preparados farmacológicos." (García de los Ríos, M., 1992).

Los preparados insulínicos son producidos por extracción de páncreas bovino o porcino. La insulina bovina se diferencia de la humana en 2 aminoácidos de la cadena A y en el aminoácido terminal de la cadena B. La de cerdo difiere de la humana sólo en este último aminoácido.

La creciente demanda de la población diabética y la antigenicidad de estos preparados, llevaron a la búsqueda de métodos que permitieran contar con insulina humana para fines terapéuticos.

Actualmente se ha logrado obtener insulina humana a partir de 4 fuentes:

- 1.- Extracción de páncreas de cadáveres humanos. Se consigue una cantidad inadecuada para las necesidades terapéuticas.
- 2.- Síntesis bioquímica, que realizó Sirber por primera vez, en 1974. Es de una técnica altamente compleja y costosa.
- 3.- Conversión semisintética o "humanización" de la insulina porcina. Tiene una actividad biológica completa y actualmente la producen y comercializan diferentes laboratorios.
- 4.- Insulina biosintética de origen bacteriano. Por primera vez en 1979 se logró producir insulina biosintética humana, mediante la introducción del código genético humano de insulina (plasmidio) en el DNA bacilo coli.

Las insulinas pueden clasificarse, según sus períodos de acción, en:

1.- insulinas de acción rápida. Su tiempo de acción es corto; si es la única que se usa, se requieren 3 o 4 inyecciones en las 24 horas. Se emplea también en forma continua en las bombas de infusión por vía subcutánea y excepcionalmente endovenosa. Hay que tener presente que es la única que puede inyectarse por ésta vía.

2.- insulina de acción intermedia. Es de acción más lenta: 24 horas; se utiliza por vía subcutánea, hay de origen bovino/porcino, porcino y humana.

En Europa y EE.UU. se han comercializado mezclas ya preparadas, de insulina rápida con insulina intermedia conocidas como insulinas bifásicas, pero en nuestro país aún no se comercializan.

Para la administración de la insulina se debe tener presente el cuadro clínico característico de los sujetos con Diabetes Mellitus Insulino Dependiente, que es : "Fase de iniciación: de comienzo clínico agudo, con los síntomas y signos clásicos de la hiperglicemia, requiere tratamiento insulínico inmediato. En un número importante de sujetos, este comienzo agudo es seguido de una fase de remisión o popularmente conocida como luna de miel, en la que las células beta recuperan parcialmente la capacidad de producir insulina. Esta remisión se traduce clínicamente por una reducción de los requerimientos de insulina exógena de cuantía variable, autolimitada y que generalmente dura 2 a 6 meses. Posteriormente hay un deterioro progresivo de la producción de insulina, la que tiende a desaparecer, con exacerbación del trastorno metabólico e hiperglicemia nocturna, llamada fase de intensificación. El sujeto requiere de ahí en adelante insulina exógena en forma permanente para su sobrevivencia, período de diabetes total." (García de los Ríos, M.,1992).

En el tratamiento con insulina encontramos:

1.- Esquemas convencionales de administración de insulina:

- a.- Insulina de acción intermedia en una dosis diaria.
- b.- Mezcla de insulina de acción intermedia y rápida en una inyección diaria.
- c.- Dos dosis de insulina de acción intermedia con o sin adición de insulina de acción rápida.

2.- Esquemas no convencionales o intensivos de terapia con insulina: está indicada en pacientes seleccionados, en los que el tratamiento convencional estricto no logra un autocontrol metabólico aceptable; también se emplea en pacientes diabéticas embarazadas, en las cuales la euglucemia es una condición imperativa.

Se prescribe a pacientes motivados, inteligentes, estables emocionalmente, que tengan la posibilidad y responsabilidad de realizar autocontrol y que sean capaces de manejar algoritmos (esquemas de ajuste de insulina de acción rápida dosis a dosis) para modificar las dosis de insulina. Además se necesita de un equipo médico capacitado para impartir educación y atención médica intensiva (que se pueda recurrir las 24 horas del día).

Lo que busca esta terapia es mantener los valores de glicemia semejantes a los del individuo normal en forma permanente. El mayor riesgo que presenta para los pacientes son los episodios de hipoglicemias severas, no reconocidas por ellos.

Las modalidades que actualmente están en uso para los pacientes con Diabetes Mellitus Insulino Dependiente son las siguientes:

1.- Terapia Insulínica Intensiva Convencional

- a.- Dos dosis de insulina intermedia con adición de insulina rápida.
- b.- Tres o cuatro dosis de insulina rápida y una de intermedia en la noche.
- c.- Tres a cuatro dosis de insulina rápida con una dosis de insulina prolongada en ayunas.

2.- Terapia Insulínica Intensiva No Convencional

a.- Aparatos de infusión continua de insulina por medio de bombas de infusión, lo que implica el empleo de un pequeño dispositivo accionado con baterías, que administra insulina subcutánea en la pared abdominal. A través de una aguja se administra insulina con un ritmo basal durante todo el día, y se programa para una mayor administración antes de cada alimento (Harrison, H., 1989).

Es importante saber que la terapia insulínica no constituye un evento aislado en la vida del paciente. La prescripción de insulina guarda una relación de equilibrio con la calidad, cantidad y oportunidad de la ingesta alimentaria y actividad física del diabético.

La modificación de la insulina, dieta o ejercicio obliga al cambio inmediato de por lo menos una de los otros dos. Además se debe tener presente que la persona se enfrenta a múltiples episodios de stress físico o psicológico que influyen en su glicemia y, que exigen adaptaciones de su terapia insulínica.

Hay que destacar que, aunque la edad, peso, sexo y dieta sean similares, el requerimiento de insulina es absolutamente individual y variable, no solo de un diabético a otro, sino que aún en el mismo sujeto.

## **Complicaciones de la Diabetes Mellitus (D.M.).**

Se dividen en dos grandes grupos:

### **Complicaciones Metabólicas Agudas de la Diabetes Mellitus.**

Estas complicaciones, son las que aparecen en cualquier momento una vez declarada la diabetes.



**1.- Cetoacidosis diabética:** conocida como la mayor amenaza para el diabético. Como los niveles de azúcar sanguíneo aumentan debido a la falta de insulina, el cuerpo pierde cantidades enormes de líquido y el paciente llega a deshidratarse. El organismo degrada grasas en un intento de conseguir energías, los cuerpos cetónicos son los productos finales de una degradación inapropiada de las grasas y éstos se acumulan en la sangre y se desechan en la orina, donde son reconocidos como cetonuria. El sujeto se deshidrata más y el medio sanguíneo se vuelve ácido, llegando en casos extremos, si no se administra suficiente insulina y líquido lo bastante rápido, a presentarse un compromiso de conciencia progresivo hasta llegar al coma.

**2.- Hipoglicemia:** se define como el cuadro clínico que aparece con glicemias inferiores a 50 mg/dl en plasma o 45 mg/dl en sangre total. Significa simplemente un bajo nivel de azúcar en la sangre, que puede deberse a que el sujeto ha comido muy poco, ha hecho mucho ejercicio o se inyectó demasiada insulina. Los síntomas son los siguientes: sudoración, temblor, hambre, cefaleas, debilidad y si la baja persiste, puede presentar estado de confusión mental, algunas veces hiperactividad y ocasionalmente crisis convulsivas, con pérdida del conocimiento.

### **Complicaciones Crónicas de la Diabetes Mellitus.**

Suelen ser comunes para los diferentes tipos de diabetes, diferenciándose sólo en su magnitud e intensidad.

Se dividen en tres grupos fundamentales: enfermedad macrovascular, enfermedad microvascular y neuropatía. El tratamiento de estos trastornos no tienen un resultado satisfactorio, por lo que el médico debe concentrarse en la prevención, o al menos en el retraso de la evolución de estas complicaciones. Aunque es probable que en los mecanismos patógenos de las complicaciones diabéticas intervengan varios factores, la mayor parte de los expertos en la materia admiten la existencia de una correlación entre el grado de hiperglicemia y la frecuencia de complicaciones (Stein, J., 1984).

Con el fin de presentar en forma clara las complicaciones crónicas, es conveniente analizarlas a través de los órganos afectados:

**1.- Los ojos:** se puede dañar la visión, por compromiso de la retina (hemorragia vitrea); por compromiso del cristalino (catarata) por glaucoma.

**2.- Los riñones y el tracto urinario:** Se alteran, llevando al individuo habitualmente a una insuficiencia renal e infecciones urinarias a repetición.

**3.- Neuropatía o patología de los nervios:** puede comprometer el sistema nervioso motor sensitivo y autonómico en diferentes grados y magnitudes.

**4.- Complicaciones cardiovasculares:** es una de las causas de mayor mortalidad, tanto en la Diabetes Mellitus Insulino Dependiente como en la Diabetes Mellitus No Insulino Dependiente, en el que el sustrato fundamental es la arteriosclerosis. Esto guarda relación con el grado de control metabólico.

**5.- Infecciones:** son más susceptibles a todo tipo de infecciones cuando existe un mal control metabólico.

**6.- Pies:** es la consecuencia de las alteraciones macro, microvasculares y neuropatía que habitualmente significa la pérdida de un dedo o la extremidad inferior completa.

Las complicaciones de la diabetes de larga duración pueden ser amenazadoras, sin embargo, muchas de ellas no son tan devastadoras como lo fueron antes, debido a la mejoría del tratamiento y avances tecnológicos en la medicina.

### **Consecuencias Emocionales en los Adolescentes.**

Como toda enfermedad crónica, implica una herida importante en la autoestima, un daño corporal para el adolescente y su familia y por consiguiente un duelo permanente intentando elaborar dicha pérdida (Revista Diabetes, Uruguay, 1993).

Los adolescentes enfrentados a los cambios que se presentan desde la pubertad a la edad adulta, pueden tener problemas emocionales. Además, deben aceptar que sufren una enfermedad crónica que requiere un cambio en la forma de vida, lo que hace más difícil la vida de este grupo. Naturalmente el tener que seguir diariamente un tratamiento, que requiere agujas, jeringas, dieta y una continua atención a las infecciones, cuidado de la piel y la salud en general, provoca fuertes sentimientos emocionales. La respuesta individual está influida por la edad y la forma del inicio de la diabetes.

Igualmente importante es la ayuda o la falta de ésta, ofrecida por amigos, familia o médicos, además de las situaciones médicas amenazantes que se presenten.

Como se ha dicho anteriormente, la Diabetes Mellitus Insulino Dependiente aparece en forma brusca con gran sintomatología. El diagnóstico hace que el paciente se enfrente desde un principio con una enfermedad de carácter permanente y a un tratamiento altamente agresivo. El Doctor Serantes (diabetólogo) describe dos actitudes que se observan en el diabético juvenil:

**1.- Anonadamiento:** el sujeto entra en un período de depresión debido a que dispone de información vaga sobre las consecuencias de esta enfermedad (ceguera, amputaciones, impotencia sexual y especialmente sentir acortada su expectativa de vida).

**2.- Intento de evasión:** el enfermo, a pesar de la evidencia de la enfermedad, no la acepta y evita seguir las directivas médicas que ésta le impone.

Se han realizados diferentes estudios respecto a la evolución ulterior, donde es importante destacar una tipología de actitudes del diabético frente a su enfermedad. Esta tipología fue elaborada en el Consultorio de Diabéticos Adolescentes del Instituto de la Nutrición de Buenos Aires. En ella encontramos:

**1.- Actitud de Enfrentamiento:** el adolescente acentúa la rebeldía, que además es frecuente en esta etapa de la vida. Deja de ir a las consultas médicas, realiza transgresiones alimentarias, abandona el automonitoreo y muchas veces sólo es recuperado frente a una cetoacidosis, lo que le lleva a recapacitar.

**2.- Actitud Inmadura:** en su mayoría son adolescentes de sexo femenino, que influenciadas por una sobreprotección de los padres, que habitualmente ejercen desde la infancia, no llegan a una eclosión de personalidad propia de la adolescencia.

Por otro lado, según Manuel García de los Ríos, los adolescentes " Son emocionalmente inmaduros. Quedan adheridos a una actitud conformista y complacidos por la sobreprotección. Esta actitud, que puede persistir por tiempo indefinido, a veces presenta una intensa repercusión en las relaciones conyugales y en la posterior vida de familia. Tienen menor actividad cultural y menos éxito laboral. Muchos de ellos desarrollan neurosis y aún psicosis, difíciles de tratar".

**3.- Actitud de soslayo:** es la actitud más frecuente. El adolescente, intelectualmente ágil, comprende superficialmente su enfermedad, pero en el fondo se niega a aceptar la realidad de su afección y las obligaciones que ello implica. Se monitorea episódicamente; realiza pequeñas transgresiones y sólo se cuida los días anteriores a la visita médica.

**4.- Actitud de Cooperación:** es la actitud ideal y adonde deben tratar de llegar los adolescentes. Es aquel adolescente, que motivado por la educación que ha recibido acerca de su enfermedad, decide adaptar la conducta, de cumplir con las indicaciones del médico y realizar un correcto tratamiento (dieta , ejercicio, educación, autocontrol e insulina). Se debe evitar que esto se transforme en una obsesión y que se ubique la enfermedad en el centro de la vida del paciente.

Un punto clave en el bienestar del diabético es el grado de aceptación de la enfermedad. Según la doctora Fernández, reconocida psiquiatra uruguaya, para llegar a esta aceptación se sigue un largo camino, en el que se puede distinguir tres etapas antes de alcanzarla (Revista Diabetes, Uruguay, 1993):

**1.- Negación:** no, a mi no...es una respuesta universal y natural a un problema indeseable como la diabetes. La negación puede tomar diversas formas, pocos se atreven a negar totalmente la existencia de la diabetes dejando de lado o confundiendo a propósito la dosis de insulina, pero muchos descuidan relativamente su diabetes aplicándose poca insulina, haciendo pocas consultas preventivas a su médico y viviendo con una conducta autodestructiva que provoca un descuido crónico más que uno agudo. Al madurar emocionalmente, la gente aprende a negar menos, a enfrentar su problema y a seguir el tratamiento requerido de una manera resignada aunque ciertamente no deprimida.

**2.- Temor:** la información acerca de la diabetes confunde a menudo a los pacientes. Algunas de las estadísticas acerca de la diabetes o ciertos ejemplos de diabéticos que no siguieron el tratamiento pueden producir temor y ansiedad, tanto en el diabético como en la familia.

**3.- Culpa:** es la tercera respuesta más común al diagnóstico de la diabetes. Algunos pacientes y sus familias creen que por medio de la diabetes están expiando de cierta manera algunas de sus faltas o "pecados" previos. Este sentimiento mágico hace que la persona se deprima y sea menos capaz de manejar los requerimientos diarios que supone el vivir con la diabetes. La culpa rara vez es una forma provechosa de motivación a largo plazo.

Como ya se dijo anteriormente, una de las primeras reacciones puede ser la negación y renuncia a cooperar con el tratamiento, o bien una preocupación excesiva por la enfermedad, lo que impide al adolescente seguir llevando una vida "normal" en términos de asistir a reuniones, hacer deportes, por ejemplo.

Los sujetos pueden presentar sentimientos de agresividad y desafíos, que son las conductas manifiestas frente a la limitación impuesta por la enfermedad y los cuidados que requieren. La agresividad puede estar dirigida hacia los padres, por ser las personas más cercanas que tienen, y porque en sus fantasías pueden ser los "causantes" de dicha enfermedad. Estos sentimientos son en realidad una protesta que se puede expresar por robo, fugas, mentiras, abandono de la dieta, de la medicación, y estaría expresando la profunda decepción de ser distinto a los demás, sobre todo en la adolescencia, donde es tan importante el pertenecer a un grupo de pares. Buscan la aprobación de sus amigos y no desean ser diferentes, rehuyen el individualismo. Es por eso que también presentan un exagerado miedo a las reacciones hipoglucémicas, debido a que pueden presentar conductas irracionales como llanto, mal genio y otras, que los pueden llevar al ridículo y a reprimendas y castigos por parte de los que no saben de su enfermedad (Revista Diabetes, Uruguay, 1993).

La depresión es común en los adolescentes con diabetes, están con frecuencia conscientes de la muerte y de la incapacidad, y con el temor de que sus vidas se acorten con la diabetes. Quizás sufran la tentación de pensar en que pueden tener una escapada y vivir la vida plenamente, sin limitaciones (Revista Diabetes, Uruguay, 1993). Esta fase de depresión, que aparece generalmente al comienzo de la enfermedad, puede además llevarlos a desvalorizarse, a sentir vergüenza, queriendo ocultar su enfermedad y alejarse de su medio social (Revista Diabetes, Uruguay, 1992).

Otra de las áreas de conflicto es el sentimiento de inadecuación biológica. Las mujeres saben que tienen dificultades para tener un embarazo normal, y pueden sentir miedo y ansiedad de no ser iguales a las mujeres no diabéticas o no ser una "mujer completa". Los hombres pueden temer a una impotencia futura (Karl, S., Vanden, R., 1975).

Se sabe también que la adolescencia es un período en el cual los jóvenes tienden a ser rebeldes ante muchas cosas, y no sería de extrañar que se opusieran a seguir cuidadosamente su tratamiento, lo cual los llevaría a tener conductas autodestructivas que a largo plazo solo traerían consecuencias negativas que podrían ser evitadas. Una reciente investigación, Diabetes Control and Complications Trial,



1993, ha demostrado que el seguir un buen tratamiento reduce las complicaciones crónicas en un 50% (Raski, P., en García de Los Ríos, 1992).

Con respecto a la familia del diabético, existe la impresión de que el desamparo del niño o adolescente diabético es muy poco frecuente; por el contrario, la sobreprotección adquiere características agobiantes, y es lo que se da en la gran mayoría de los casos.

Los padres pueden presentar los siguientes problemas (Karl, S., Vanden, R., 1975):

1.- Frecuentemente ellos sienten culpa porque el niño presenta la enfermedad, por alguna tendencia genética del pasado, lo que los hace ser permisivos con él y su enfermedad, y hace que el niño se ponga manipulador y explotador con esta permisividad.

2.- La excesiva ansiedad parental puede ser un problema severo, ya que frecuentemente previenen a los niños con amenazas sobre los peligros de la enfermedad, pudiendo dificultar el buen control de su diabetes, volviéndolos inseguros y con peligro de desarrollar una personalidad pasiva-dependiente.

3.- La actitud sobreprotectora de muchos padres, que es lógica y beneficiosa al comienzo de la enfermedad, si persiste en forma obsesiva, puede anular la personalidad del niño, inhibiéndolo y disminuyendo la confianza en sí mismo, además de interferir en la búsqueda de la independencia del joven adolescente.

### **Posibles Soluciones a Futuro.**

En este último tiempo se ha avanzado bastante en el tratamiento de la diabetes, y los científicos no descansan en la búsqueda de una probable solución a la enfermedad. Entre las posibles soluciones están la búsqueda de un antiglucagón activo por vía oral. También se investiga en un análogo de la somatostatina, específico para bloquear la liberación de glucagón, sin actividad contra la hormona del crecimiento. Se ha administrado insulina por vía nasal, pero su utilidad clínica es dudosa. Hay esperanzas para el trasplante de células de islotes en humanos, aunque de momento sólo se ha logrado éxito con animales y los resultados con humanos son ambiguos. También se han efectuado trasplantes segmentarios de porciones vascularizadas de páncreas, pero con varias complicaciones.

Otra línea de investigación sería activar la producción de insulina en células con un gen que no funciona para ello, mediante técnicas de biología molecular. También se ha pensado en la posibilidad de evitar la diabetes tipo I por supresión del sistema inmune antes de que se hayan destruido las células beta, y muchas otras investigaciones que siguen en estudio a nivel de laboratorios, para ver si consiguen resultados positivos (Harrison, H., 1989).

## ADOLESCENCIA Y FORMACION DE LA PERSONALIDAD.

Aunque existen numerosas definiciones de personalidad, dependiendo de la escuela teórica de cada autor y del acento que se pone en sus distintos componentes, en el presente trabajo se utilizará la siguiente definición: se entiende personalidad como "la organización dinámica de los aspectos psicofísicos de cada persona que determina el modo de relacionarse con el mundo que la rodea, incluyendo a los otros individuos" ( Gomberoff, L.; Olivos, P., 1986). Se plantea que existe una relación entre la personalidad y los conceptos de Constitución y Temperamento, aludiendo el primero a los aspectos morfológicos y fisiológicos del individuo, que son fijos, congénitos, con los cuales nace, y se hayan, por lo tanto, ligados a lo genético y a la herencia. El Temperamento alude a aquellos aspectos ligados de alguna forma a la Constitución, y que tendrían que ver con la tendencia espontánea del individuo a reaccionar de una u otra forma frente a determinadas eventualidades. Estos aspectos se relacionan con la organización del Sistema Nervioso Central y el Sistema Endocrino (Gomberoff, L., Olivos, P., 1986).

Ahora bien, de acuerdo a la definición planteada, se esperaría que la personalidad se formara a partir de una base genética que trae consigo el individuo cuando nace, y que tendría que ver con la constitución y el temperamento, sin embargo, para la estructuración final de la personalidad, influirán también aquellas experiencias que, de uno u otro modo puedan afectar al individuo, haciéndole adoptar poco a poco y en forma progresiva ciertas pautas o modos de conducta.

La personalidad se forma, entonces, en torno a una dinámica que se da entre el individuo y su ambiente, en término de las necesidades y conflictos que se generan en esta interacción (Gomberoff, L., Olivos, P., 1986).

La formación de la personalidad es un tema bastante complejo de tratar, debido a que no se puede hablar de un momento definido en el cual ésta queda completamente configurada, sino más bien se cree que "un individuo nunca tiene una personalidad: siempre está en el proceso de desarrollar su personalidad" (Erickson, E., 1968).

Este proceso se inserta en la evolución del ser humano desde que nace hasta que muere, y en el cual debe atravesar por diversas etapas biológicas (recién nacido-lactante, segunda infancia, preescolar, escolar, adolescente, adulto y senescente), a las cuales van asociados diferentes grados de desarrollo psicosexual, cognitivo, psicosocial y emocional, que conforman a través del tiempo una estructura de adaptación al medio ambiente relativamente estable y definida, pero siempre sujeta a cambios, que sería la personalidad.

El proceso de formación de la personalidad comienza entonces, desde que el niño nace, cobrando vital importancia en sus primeros 3 años, los vínculos afectivos establecidos con sus padres, en especial con su madre, ya que es el vínculo madre-hijo lo que le proporciona al niño la confianza básica en el medio circundante y una actitud de esperanza y optimismo frente a la vida (Florenzano, R., 1986).

A medida que el niño crece (segunda infancia, 4-5 años), va adquiriendo cierta independencia de sus padres, tanto física como psicológica, debido al desarrollo del aparato locomotor, la adquisición del lenguaje y el logro del control de esfínteres; lo que le permite explorar el mundo que lo rodea e incorporar a otras personas en su mundo de relaciones afectivas.

Al llegar a la edad escolar (5-10 años), el niño comienza a asistir a la escuela, la que se convierte después de la familia en un importante agente socializador para él. Aquí surge la capacidad de interactuar socialmente, ya no dentro de la familia, sino en las relaciones con sus pares, quienes van adquiriendo cada vez más importancia (Florenzano, R., 1986).

Con la llegada de la adolescencia, etapa que se inicia alrededor de los 10 años y que se extiende hasta los 19-20 años, se producen una serie de cambios biológicos que gatillan una readecuación psicológica, en la cual el adolescente pasa a separarse más claramente de su familia en un intento de definir su propia identidad, entendida por Erikson, como el sentido de continuidad y estabilidad de la persona a lo largo del tiempo, que se consolida en torno a la elección vocacional (laboral) y de pareja (Florenzano, R., 1986).

Ya hacia la adultez (20-65 años), el individuo que ha sido capaz de tomar decisiones en cuanto a su futuro, se independiza económica y emocionalmente de sus padres y se orienta a establecer una relación de pareja estable (matrimonio) y a la crianza de los hijos. Se torna una etapa de mayor madurez y tranquilidad.

Finalmente, con el advenimiento de la senescencia (65 años), el individuo comienza a asumir la finitud de la vida biológica y a dar paso con ello a las nuevas generaciones, con lo cual se da por cumplido su proyecto vital (Florenzano, R., 1986).

En este contexto, y desde el punto de vista evolutivo, la adolescencia constituye una de las etapas más críticas dentro del proceso del desarrollo humano, ya que se caracteriza por múltiples cambios o crisis (tanto en el plano biológico como psico-social) que llevan al adolescente a presentar un mayor riesgo de problemas que le resulten difíciles de manejar y cuya resolución va a determinar en gran medida la calidad de la vida adulta (Maddaleno, M., 1986 en Florenzano, R.; Horwitz, N.; Pena, M., 1991).

Básicamente, la adolescencia implica una alteración del equilibrio previo del niño, que al convertirse en adolescente, se ve enfrentado a una serie de exigencias sociales y culturales ante las cuales sus recursos se hacen insuficientes, debido a que no cuenta aún con el grado de desarrollo sexual, social, emocional y cognitivo para asumir los roles que la familia y la sociedad le imponen.

Se produce una desintegración de la personalidad, la conducta se desorganiza porque el joven no entiende que sucede en su interior, se desorienta con respecto a su imagen y concepto de sí mismo. Esta situación es fuente de tensión y preocupación que lo pueden llevar a conductas erráticas y desadaptativas.

La adolescencia es considerada una etapa potencialmente crítica, en la cual la adquisición de nuevos recursos por parte del adolescente está sujeta a la superación de las crisis, entendidas no necesariamente en un sentido negativo, sino más bien como una oportunidad de crecimiento y desarrollo individual. Para ello deberá cumplir con lo que Erikson llama las tareas del desarrollo: conocerse a sí mismo, definirse vocacionalmente y lograr relaciones interpersonales autónomas para consolidar su identidad.

## **Definición de Adolescencia.**

Al abordar el tema de la adolescencia, se pueden observar 2 tendencias fundamentales: sociológica y psicológica.

La orientación sociológica, de carácter normativo, trata de establecer los patrones de las conductas típicas de la edad, principalmente a través de estudios y análisis estadísticos, mientras que la psicológica trata de explicar las conductas y su significación en el contexto de la personalidad, poniendo especial énfasis en los procesos que las motivan y dan su estructura (Berwart, H., Zegers, B., 1980). Ambas orientaciones se unen y se integran para intentar dar forma al concepto de adolescencia.

En general, la definición y el enfoque conceptual de adolescencia y juventud varían según los objetivos que se tengan presentes al establecer una delimitación de esos períodos.

Según la definición adoptada por la Organización Mundial de la Salud en 1974, la adolescencia puede ser definida tomando en cuenta dos aspectos: biológico y psicosocial. Si se considera el primero, se dice que la adolescencia "se inicia con la aparición de los caracteres sexuales secundarios y termina con la fusión de la epífisis y la adquisición de la capacidad reproductiva". Desde el punto de vista psicosocial tenemos que "los procesos psicológicos y las pautas de identificación del individuo se desarrollan desde aquellas esperadas para el niño a aquellas esperadas para el adulto, y se realiza una transición desde el estado de dependencia socioeconómica total a una relativa independencia". Sin embargo, la crítica que se le hace a esta definición, es que los aspectos considerados son difíciles de precisar en forma global y grupal (Maddaleno, M., 1986 en Florenzano, R.; Horwitz, N.; Pena, M., 1991).

Berwart y Zegers (1980), definen la adolescencia como un período del desarrollo que se inicia alrededor de los 11 o 12 años. En esta etapa se completa el proceso de transformaciones, es decir, se adquieren conductas y capacidades que caracterizan y definen al ser humano.

Por otra parte, la juventud es una categoría esencialmente sociológica, en la que las personas entran a formar parte de la sociedad, con plenitud de derechos y responsabilidades. El período juvenil, así definido, transcurre entre los 15 y 24 años de edad, y por consiguiente, una parte del mismo coincide con la etapa postpuberal de la adolescencia, la prolonga e insensiblemente se continúa en la época de la adultez (Muzzo, S., Burrows, R., 1986).



Respecto al concepto de adolescencia, existe el consenso de que este término se refiere más bien a un proceso de madurez biológica que trasciende el área psicosocial, y constituye un período durante el cual se inicia y trata de perfeccionarse la personalidad, el sentido de identidad, la capacidad de abstracción y la adaptación armónica al medio social (Muzzo, S., Burrows, R., 1986).

En cuanto a la duración de esta etapa, en términos de edad, lo ideal es que el rango de edad que se le asigne incluya todas las variaciones físicas, psíquicas y sociales de este período que se dan dentro del rango de normalidad. Así, se estima que entre los 9 y 19 años, inclusive, es un rango amplio y suficiente. Sin duda, esta definición puede sufrir variaciones a través de los años, pues se ha descrito que tanto los eventos físicos y psíquicos se han ido adelantando en el último siglo, mientras que la madurez social se ha ido cada vez posponiendo a una mayor edad, dada las crecientes exigencias de nuestra sociedad (Muzzo, S., Burrows, R., 1986).

Finalmente, la adolescencia ha sido descrita alternativamente en forma idealizada o tenebrosa. En algunas descripciones clásicas, la imagen del adolescente es la de un ser atormentado y asediado por altos niveles de estrés. Las visiones actuales son más balanceadas que las anteriores, enfatizando el hecho de que es un período en el que deben lograrse ciertas transiciones normativas, cuyo desenlace es crucial para el desarrollo ulterior del individuo (Florenzano, R., De la Barra, F. 1993).

## **Etapas de la Adolescencia.**

La adolescencia como período, puede ser dividido en tres etapas relacionadas entre sí, y en cada una de las cuales suceden importantes cambios psicológicos, cognitivos, sociales y afectivos intensos, que tienen un fuerte impacto familiar (Maddaleno, M., 1986 en Florenzano, R.; Horwitz, N.; Pena, M., 1991):

Adolescencia Inicial (10-12 años)

Adolescencia Media (13-16 años)

Adolescente Tardía (17-21 años)

### **Adolescencia Inicial (10-12 Años).**

**1.- Desarrollo Biológico:** se inicia con la aparición de los caracteres sexuales secundarios y aumento de la velocidad de crecimiento, lo que produce disarmonía física e incoordinación motora. El inicio de esta etapa varía de individuo en individuo, encontrándose que las mujeres maduran antes que los hombres, y que influyen en esto factores hereditarios y ambientales.

Los cambios biológicos tienen un impacto psicosocial importante, lo que se expresa en la constante preocupación que el adolescente siente por su aspecto físico, sintiéndose poco atractivo y con

defectos. La imagen real de sí mismo está en constante comparación con la imagen ideal, que es lo que él quisiera llegar a ser.

Enfermarse en esta edad es visto como un desafío a la integridad física y puede ser causa de aislamiento (Maddaleno, M., 1986 en Florenzano, R.; Horwitz, N.; Pena, M., 1991).

**2.- Desarrollo Cognitivo:** se caracteriza esta etapa por un pensamiento hipotético-deductivo, donde el joven frente a un problema es capaz de formular hipótesis y combinar mentalmente los hechos de la realidad. Se trata de un tipo de pensamiento que por estar en formación aún es lábil, razonando a veces como niño y otras como adulto.

**3.- Desarrollo Afectivo:** lo característico es la pérdida del control de la conducta, con aparición de impulsividad y labilidad emocional, presentando turbulencia, alternancia y sobreposición de emociones que abruman al adolescente y sobrepasan, por la intensidad, su capacidad de control. Las emociones irrumpen en expresiones de ira, alegría o tristeza combinadas en una misma situación y vividas por el adolescente como egodistónicas. Presenta además deseos de independencia que fluctúan siguiendo la ley del todo o nada, lo que unido a lo anterior da por resultado una conducta rebelde, que puede alterar el rendimiento escolar y la interacción familiar (Silva, G., en Florenzano, R.; Horwitz, N.; Pena, M., 1991).

En la esfera de la sexualidad, se produce un aumento de los impulsos sexuales, con un estado de excitabilidad difusa que lo lleva a la búsqueda de vivencias y una mayor atención de los procesos corporales, siendo frecuente el aumento de la actividad masturbatoria.

**4.- Desarrollo Social e Impacto en la Familia:** la variabilidad del inicio de la maduración biológica produce desintegración en los grupos escolares, formándose grupos más pequeños, habitualmente del mismo sexo. En el grupo, el púber satisface necesidades de afiliación, dependencia, respaldo y apoyo, a la vez que va descubriendo formas autónomas de cómo comportarse. Al relacionarse con otros jóvenes, el adolescente amplía el abanico de conductas sociales, lo que le va a permitir en el futuro establecer relaciones más realistas, personales y asertivas, ya que la ampliación de estas conductas concede al adolescente la posibilidad de incursionar en el mundo de sus pares, reconocer al otro como una persona y poco a poco autoafirmar su propia identidad, satisfaciendo a través de esta incursión su curiosidad por el medio externo, al cual de alguna manera se había acercado al inspeccionar y procurar cambios en el mundo de los objetos, realizado al finalizar su niñez (Silva, G., en Florenzano, R.; Horwitz, N.; Pena, M., 1991).

El nuevo afán de independencia y la pérdida del control de las emociones y la conducta alteran las relaciones interpersonales con los padres y los adultos, produciéndose un quiebre de las relaciones interpersonales.

Una característica típica de la adolescencia y la que conlleva más conflictos es la conducta exploratoria: la búsqueda de novedades y el exponerse a riesgos que a juicio de los padres son innecesarios (Florenzano, R., de la Barra, F., 1993).

El inicio de la adolescencia y los cambios puberales afectan al sistema familiar, éstos despiertan en los padres sentimientos de pérdida, tristeza y angustia, lo que los lleva a reformarse y reestructurar muchas veces sus propias vidas.

Si los adolescentes se vuelven opositores y rebeldes, los padres sufren y se tornan represivos. Si la relación parental es satisfactoria, los padres se apoyan entre sí, de lo contrario los desafíos del adolescente pueden producir competencias, aislamientos y eventual separación.

La esfera de la sexualidad despierta en los padres celos y deseos de juventud, muchas madres hacen dietas y ejercicios, y los padres desapruaban y controlan el atractivo de sus hijas. Ambos se hacen más críticos de sí mismos en los esfuerzos que realizan para ajustarse a los cambios del envejecimiento (Maddaleno, M., 1986 en Florenzano, R.; Horwitz, N.; Pena, M., 1991).

Como objetivo final de esta etapa, el adolescente debe lograr una nueva imagen corporal, una nueva forma de pensar, sentir y actuar (Berwart, H., Zegers. B., 1980).

### **Adolescencia Media (13-16 Años).**

Esta etapa se caracteriza por:

**1.- Desarrollo Biológico:** con la adquisición de la madurez sexual, expresada en la mujer por la menarquía y por la espermarquía en el varón, se reestablece la armonía corporal y la coordinación motora (Maddaleno, M., 1986 en Florenzano, R.; Horwitz, N.; Pena, M., 1991).

**2.- Desarrollo Cognitivo:** se consolida el pensamiento hipotético-deductivo, razona sobre sí mismo y los demás, lo que lo lleva a ser muy crítico con sus padres y otros adultos. Se cuestionan las normas y las obedecen sólo cuando entienden los principios que las rigen. Con todo, el adolescente sobreestima sus capacidades, es muy subjetivo y no diferencia sus pensamientos sobre la realidad, de la realidad misma, lo que lo lleva a conclusiones no necesariamente válidas (Maddaleno, M., 1986 en Florenzano, R.; Horwitz, N.; Pena, M., 1991).

**3.- Desarrollo Afectivo:** se inicia la integración de la personalidad, siendo lo central la individuación. Se produce con subjetividad e introversión, lo que se manifiesta en las siguientes características de la conducta del adolescente:

- a.- Tendencia al aislamiento.
- b.- Búsqueda de amistades íntimas, para hablar de sí mismo.
- c.- Tendencia a la extravagancia.
- d.- Religiosidad: cambian las creencias a la manera personal.
- e.- Pierde la objetividad, volviéndose hipersensible y autorreferente, con una tendencia a creer que sus sentimientos son únicos y nadie puede comprenderlos.

A pesar de todo ello, el adolescente se da cuenta que está cambiando y mantiene el contacto afectivo con los otros, aunque la mayor parte de las veces está condicionado por la necesidad de compartir con otros sus vivencias. Fluctúa entre los extremos de la soledad y la compañía, no pudiendo escoger entre ellos; para los adolescentes es aislamiento o confundirse en el grupo (Silva, G., en Florenzano, R.; Horwitz, N.; Pena, M., 1991).

El impulso sexual se especifica y se orienta hacia miembros del sexo opuesto, lo que se expresa en un conjunto de actividades sociales de carácter heterosexual. Se produce lo que se ha denominado la dicotomía amor-sexo, donde el objeto sexual y amoroso no son coincidentes; aparecen conflictos de atracción y rechazo; se elaboran la femineidad y la masculinidad y se ejercen los roles sexuales. En esta etapa es frecuente que aparezcan dudas homosexuales (Maddaleno, M., 1986 en Florenzano, R.; Horwitz, N.; Pena, M., 1991).

**4.- Desarrollo Social e Impacto en la Familia:** en búsqueda de la intimidad y comprensión, necesita de un amigo íntimo y el grupo ya no le sirve. Este amigo es frecuentemente del mismo sexo, y es un reflejo de sí mismo; lo idealiza, ya que tiene las características que él desearía tener.

La necesidad de independizarse de sus padres lo lleva a enfrentar la autoridad de ellos, con una actitud crítica que produce la caída de los ídolos parentales. Los padres ambivalentes ante este proceso de separación van alternando entre la excesiva libertad y el control restrictivo. Ellos deben aprender a entregar el control en forma gradual, ya que el adolescente necesita su apoyo y guía (Maddaleno, M., 1986 en Florenzano, R.; Horwitz, N.; Pena, M., 1991).

El adolescente va en búsqueda de la autonomía, pero ésta se va alcanzando en forma paulatina, ya sea dentro o después de la adolescencia (Florenzano, R., De la Barra, F., 1993).

La enfermedad física en esta edad, es percibida como un ataque a su independencia, ya que cuando el adolescente más la quiere, es puesto en situación de absoluta dependencia.

Al final de esta etapa el adolescente debe haber logrado un yo definitivo (Berwart, H. y Zegers, B., 1980).

## **Adolescencia Tardía (17-21 Años).**

Es la fase integradora, donde lo central es la búsqueda de la identidad personal.

**1.- Desarrollo Biológico:** el joven toma su apariencia definitiva. Se han consolidado los cambios físicos de la pubertad y ha tomado conciencia de su propio cuerpo.

**2.- Desarrollo Cognitivo:** adquiere el pensamiento hipotético-deductivo adulto, con una consideración objetiva de la realidad.

**3.- Desarrollo Emocional:** el adolescente de esta etapa ya se conoce así mismo, se vuelca hacia afuera, buscando comprender al otro y la realidad, se hace extrovertido, lo que se expresa en una actitud altruista y mesiánica, que lo lleva a cuestionar a la sociedad en que vive (Maddaleno, M., 1986 en Florenzano, R.; Horwitz, N.; Pena, M., 1991).

La identidad que intenta lograr, es una definición personal frente a la vida, una ubicación en el mundo socio-cultural en que está inserto. De alguna manera debe lograr (Erikson, E., 1972):

a-. Conocerse a sí mismo, pero no en función de lo que los demás piensen, sino objetivamente, siendo capaz de reconocer sus limitaciones.

b-. Adoptar un rol sexual, que implica encontrar una pareja.

c-. Realizar una elección vocacional, conciliando sus intereses con sus aptitudes, posibilidades socioeconómicas y con la aceptación de la familia.

d-. Alcanzar una autonomía responsable frente a sí mismo, a los demás y la sociedad, lo que significa lograr una independencia familiar y un adecuado control de su conducta de acuerdo a normas, principios y valores definidos.

**4.- Desarrollo Social:** adquiere relevancia el grupo de pares, las relaciones personales que antes fluctuaban entre el acercamiento y cercanía extremas se tornan más estables y profundas. Es capaz de establecer diferencias entre las relaciones operacionales - para hacer "algo en grupo" - y las relaciones de amistad - definidas por afecto - (Silva, G., en Florenzano, R.; Horwitz, N.; Pena, M., 1991). Las relaciones en general son heterosexuales, y constituyen una estructura donde el joven puede ensayar roles. El adolescente satisface en el grupo sus necesidades de altruismo al mismo tiempo que se le ofrece una instancia para confrontarse a sí mismo, sus ideales, valores y acciones y así readecuar su comportamiento.

El adolescente se vuelve más consciente de su escala axiológica, la cual poco a poco se torna un referente para vivir. Los valores morales, religiosos y espirituales tiñen todo su actuar, proyectos y sentir, todo lo cual lo ayuda en su definición de identidad como persona.

Al final de esta etapa se logra una identidad personal y social.

## **Agentes de Socialización en la Adolescencia.**

El paso de la infancia a la adolescencia requiere de un ajuste que se hace difícil y prolongado, y que está estrechamente relacionado con las dificultades que la sociedad tiene para apoyar e incorporar a los jóvenes en este período (Maddaleno, M., 1986 en Florenzano, R.; Horwitz, N.; Pena, M., 1991).



La sociedad dispone de agentes o recursos cuya función es facilitar el cumplimiento de tareas y proteger el estado de salud de sus miembros.

Estos agentes son la familia, los grupos de pares y las instituciones educacionales. Ellos constituyen los sistemas de apoyo social, que dan la ayuda que la persona recibe de la red de relaciones sociales en que está inmersa y que son particularmente importantes en la adolescencia, ya que gran parte de los cambios del adolescente se relacionan con sus tipos y frecuencias de relaciones (Maddaleno, M., 1986 en Florenzano, R.; Horwitz, N.; Pena, M., 1991).

### **La Familia: Sistema de Apoyo Social Básico.**

La familia es el componente de la estructura social sobre la cual las personas sienten que poseen experiencias y vivencias más directas y claras.

El núcleo familiar constituye una comunidad total para el individuo (quien nace incapaz e indefenso) durante su niñez, adolescencia y a veces temprana adultez, dependiendo de los patrones culturales. A medida que este crece y madura, la familia va perdiendo gradualmente este carácter de totalidad. Va siendo reemplazada por otros grupos e instituciones en las cuales el individuo se va incorporando, haciendo efectiva su participación en la sociedad mayor. Pese a ello, el grupo familiar inmediato imprime su sello indeleble en la formación personal, desde la cual todas las experiencias serán interpretadas y enjuiciadas en función del marco familiar (Horwitz, N., 1991).

Respecto a las funciones de la familia como grupo social básico, las distintas investigaciones han demostrado que éstas se han visto modificadas como resultado de la urbanización y la industrialización (Anderson, M., 1980; Curel J., 1983).

Se podría hablar en la actualidad de una redefinición de estas funciones para hacer frente a las necesidades que el medio impone y modifica continua y velozmente. El cambio social vertiginoso ha afectado en forma importante a la familia.

Todo ello ha motivado un cuestionamiento sobre la vigencia o desintegración de ésta, ya que se la ha visto desplazada por otras instituciones que han asumido una buena parte de sus funciones de socialización, como es el caso del sub-sistema educacional y los medios de comunicación masiva (Florenzano, R.; Horwitz, N.; Pena, M.; 1991).

La pérdida de funciones por parte de la familia tiene relación con los cambios sociales de nuestra época, y cómo ellos han impactado al subsistema familiar: cambios en la estructura familiar (de familia extendida a nuclear), cambios en el rol de la mujer, que se incorpora cada vez más a la fuerza laboral, entrega de funciones de la familia a otras instituciones sociales como jardines infantiles, escuelas, hogares de ancianos, entre otros (Maddaleno, M., 1986 en Florenzano, R.; Horwitz, N.; Pena, M., 1991).

Todos estos factores han llevado a una disminución de la función de apoyo social que la familia entrega a los niños y adolescentes, y que debe ser suplido por el grupo de pares, la escuela y otras instituciones sociales.

Si bien es cierto que la familia ha ido perdiendo algunas de sus funciones, ella aún sigue siendo la unidad de apoyo social <sup>2</sup>más importante para los individuos (Armstrong, D., 1983), "la familia es esencial, sólo en términos de su acción pasada, sino de lo que ella tiene y debe ofrecerle al joven" (Berwart, H., Zegers, B., 1980).

Al respecto, Horwitz (1991) plantea una serie de funciones que cumple la familia nuclear en nuestro tiempo, que son esenciales para la sobrevivencia y la estabilidad de las sociedades. En síntesis, estas serían las siguientes:

1.- Satisfacción de necesidades sexuales de la pareja conyugal, reproducción y crianza de los hijos.

2.- Socialización. Es el agente fundamental de la transmisión de valores y conductas aceptadas por la sociedad como deseables.

3.- Desarrollo de una base emocional. La familia no es sólo un conjunto de individuos. Es un grupo y el más importante de los grupos primarios. Entre sus integrantes se desarrollan estrechos lazos emocionales basados en obligaciones mutuas y sentimientos de pertenencia.

4.- Relaciona a los integrantes con el resto de las unidades del sistema social. A través del desempeño de roles familiares y la adjudicación de un status, la familia puede concebirse como una plataforma para las acciones en otras esferas sociales.

### **La Familia con Hijos Adolescentes.**

La adolescencia es un período en el cual el joven debe pasar por una serie de etapas y cumplir con las tareas propias de su desarrollo. El cumplimiento de ellas no sólo depende del joven y su personalidad, sino también del ambiente que lo rodea, es decir, del apoyo, orientación y recursos que le ofrecen su familia y las instituciones educacionales, de las oportunidades del medio, y lo que la sociedad espera de él.

---

<sup>2</sup> El concepto de apoyo social describe la ayuda que el individuo presta y obtiene de la red de relaciones sociales en las cuales está inmerso. Esta ayuda puede ser de tipo emocional (afecto, confianza), de tipo instrumental (bienes, servicios, dinero) , o de tipo informativo (datos, orientación), (Horwitz, N., 1984).

Para Duvall, la familia pasa por ocho etapas durante su ciclo vital:

- 1.- Formación de la pareja (hasta el nacimiento del primer hijo)
- 2.- Crianza inicial de los hijos (hasta los 30 meses de vida del primer hijo)
- 3.- Familia con niños en edad pre-escolar (hasta los seis años del primer hijo)
- 4.- Familia con niños en edad escolar (hasta los 13 años del primer hijo)
- 5.- Familia con hijos adolescentes (hasta los 20 años del primer hijo)
- 6.- Familia plataforma de lanzamiento (hasta que el último hijo deja la casa)
- 7.- Familia de edad media (hasta el fin del período laboral activo de uno o ambos miembros de la pareja)
- 8.- Familia ancianos (hasta la muerte de uno o ambos miembros de la pareja)

Así como toda familia desempeña varias funciones en la crianza de los hijos, según las etapas del desarrollo que ellos vivan, la familia con hijos adolescentes debe cumplir con ciertas tareas, tales como: satisfacer las diferentes necesidades dentro de la familia, compartir responsabilidades de la vida familiar, solucionar problemas financieros, mantener equilibrada la relación de pareja de los padres frente a los conflictos que plantean los hijos, desarrollar y mantener la comunicación entre las generaciones, ampliar los horizontes del adolescente y mantener normas morales y éticas que son importantes para todos los miembros de la familia (Maddaleno, M., 1986 en Florenzano, R.; Horwitz, N.; Pena, M., 1991).

Cada etapa del desarrollo plantea importantes ajustes, no solo para el individuo sino también para la familia a la cual pertenece. En el caso de la familia con hijos adolescentes pueden observarse tres dimensiones implicadas en este ajuste.

La primera tiene relación con el aprendizaje de nuevas formas de ser, es decir, con la **redefinición de roles**. En este sentido, el adolescente debe definir su propio rol, su identidad y responsabilidades, pero al mismo tiempo la familia "debe ofrecerle oportunidades reales de encontrar nuevos roles que le permitan ejercitarse en el papel de adulto que tiene que asumir." (Bertwart, H., Zegers, B., 1980).

En otras palabras, la familia debe proporcionarle al joven oportunidades que le permitan asumir la responsabilidad de definir un plan de vida. Pero éstas deben derivar de la capacidad de los padres para aceptar una nueva realidad y de la capacidad para redefinir el rol de padres, ya que no podrán sólo limitarse a imponer su voluntad.

Por otro lado, los padres deben aceptar el desarrollo físico de sus hijos, tanto de los aparatos musculares y locomotor como genital-reproductor. Esto tiene relación con la segunda dimensión de ajuste: **aceptación-rechazo**. De alguna manera, los padres deben aceptar que el niño ha crecido, y se ha constituido como un ser único, distinto, con necesidades y deseos propios, con características individuales en su modo de ser y actuar. También deben enfrentar el derecho de sus hijos a tomar decisiones personales frente a estas nuevas potencialidades biológicas, así como frente a su futuro laboral y familiar. Estas decisiones pueden o no coincidir con las expectativas (explícitas o implícitas) de los padres. La aceptación de esta realidad es para los padres lenta y dolorosa, quienes pueden reaccionar ya sea apoyando a los hijos manteniendo abiertos los canales de comunicación y otorgándoles las posibilidades



sociales, emocionales y materiales para que el camino hacia la vida independiente sea exitoso, o bien pueden cerrarse y adoptar una actitud controladora abierta o encubierta. La pareja puede actuar de común acuerdo frente a estas tensiones o adoptando posturas distintas de acuerdo a sus propias inquietudes o expectativas no satisfechas (Florenzano, R., 1986). Lo ideal es que los padres consideren las tensiones y angustias que implican las decisiones y definiciones, y en este contexto ofrezcan al joven todo el apoyo y orientación en las tareas que enfrenta, poniendo los padres a su servicio la experiencia personal en la medida en que sea adecuado a las circunstancias y necesidades del adolescente (Berwart, H., Zegers, B., 1980).

Muy ligada a la anterior se encuentra la última dimensión de ajuste, que consiste en la **permisividad-restricción**, la cual se relaciona con la posibilidad de ofrecer oportunidades reales al joven, para que este tenga libertad de movimientos, tome decisiones y desempeñe roles que impliquen responsabilizarse por sus conductas y acciones, para así poder asumir la autonomía e independencia necesarias para llegar a ser un adulto responsable. El logro de esta tarea va a depender del grado en que los padres otorguen libertad. Pero conceder libertad no significa que los padres deban alejarse o desligarse de sus hijos, ello al contrario, implica evadir una realidad que impone responsabilizarse como padres y como hijo.

En este proceso de independencia, el adolescente debe, poco a poco, superar la rebeldía u oposición irracional, debe ser capaz de lograr la distancia necesaria para formar su propia identidad, sin perder con ella los lazos afectivos que lo unen a sus padres.

Berwart y Zegers (1980), plantean que si no se le han dado al adolescente las oportunidades de ser independiente, la rebelión o alejamiento solo evidencian un fracaso por parte de la familia en el enfrentamiento de las tareas que le corresponden.

Como se puede observar, la adolescencia afecta el ciclo vital familiar y el estilo de vida de ella más que en ninguna otra edad; la familia sana logra un equilibrio con los hijos escolares; con la llegada de la adolescencia en que los hijos inician la búsqueda de su identidad, se desestabiliza el sistema y obliga a hacer ajustes para mantener las relaciones y la salud mental. Si la familia está distante, con problemas sin resolver, relaciones parentales poco claras, sin roles definidos y desorganizada, este período será, para el adolescente, francamente caótico (Maddaleno, M., 1986 en Florenzano, R.; Horwitz, N.; Pena, M., 1991).

Cuando se analizan en la adolescencia todos los ajustes que se producen en las interacciones dentro de la estructura familiar, y se observan todos los cambios fisiológicos y emocionales propios de este período, se entiende que la familia sea incapaz a veces de manejar a sus adolescentes, comprenderlos y entregar la base emocional para su buen funcionamiento (MC. Donald, C. 1981).

Lo que fundamentalmente produce la alteración de las relaciones familiares y la desestabilización del sistema, es la presencia en el adolescente de una serie de conductas perturbadoras, que no son más que los intentos del joven para adecuarse a los cambios biológicos y psicológicos que está viviendo.

En este contexto, se considera una conducta perturbadora aquella que presenta las siguientes características (Silva, G., en Florenzano, R.; Horwitz, N.; Pena, M., 1991):

- a-. Es temporal, su duración puede ser de días, semanas y no más de tres a seis meses.
- b-. Se presenta en forma distinta según los diferentes ambientes que el joven frecuenta: familia, escuela y grupo de pares.
- c-. Con frecuencia hay discordancia entre emociones e intereses, éstos no coinciden en dirección e intensidad con las conductas que pueden llegar a ser impulsivas.
- d-. Su actuar discordante genera sentimientos de culpa, presentando conciencia de realidad y buscando ayuda en consejeros informales. Si la culpa es muy intensa, genera ansiedad y/o sentimientos depresivos. Por lo general las perturbaciones del joven coinciden con alguna crisis evolutiva o problema familiar que actúa como gatillador, mantenedor o acentuador de ellas. Según Silva, en una primera etapa (12-16 años), existe un predominio de manifestaciones conductuales y alteraciones de las relaciones interpersonales, quedando en un segundo plano los síntomas o cambios afectivos emocionales, existiendo escasa autocomprensión e introversión, por lo que la realidad es percibida en forma confusa. En una segunda etapa (16-21 años), las expresiones afectivas-emocionales primarían sobre las conductuales, existiendo una percepción más adecuada de la realidad.

A continuación se exponen las alteraciones o conductas perturbadoras de las cuales se habla (Silva, G., en Florenzano, R.; Horwitz, N.; Pena, M., 1991):

#### 1.- Alteraciones conductuales.

a.- Transgresión de las normas familiares. Es característica una tendencia abierta y sostenida a rechazar normas, órdenes y opiniones que provengan del grupo familiar, aún con conciencia de que puede haber autoperjuicio y darse cuenta de lo irracional de su actitud. Se siente satisfecho por autoafirmarse, pero culpable por generar conflictos en la familia. En otros ambientes mantiene un comportamiento amable y colaborador.

b.- Abandono o negligencia frente a sus deberes escolares. Si la familia lo presiona para cumplir con ellos, el adolescente se rebela. Esto se observa en su interés por el estudio de algunas materias y el abandono de otras, por lo cual su rendimiento escolar baja y se hace oscilante. Suele distanciarse de profesores y acercarse a uno o dos que más admira, lo mismo sucede con sus compañeros.

c.- Conductas sociales. La transgresión de las normas puede abarcar las normas sociales. Se observan las cimarras, vagancia temprana, uso de fármacos y/o drogas, hurtos o mentiras. Estas conductas son pueriles e impulsivas, y pueden darse individualmente o en grupo.

d.- Exhibicionismo erótico-sexual. Puede expresarse en tres planos: interés o apetito, fantasías y actos. En los hombres existe una actividad indiscriminada de conquista, que se vuelve el tema de conversación, confabulación y actuación exagerada que llega a molestar a otros pares y adultos. Las mujeres se visten y maquillan más provocativamente, con coqueteo exagerado. No son capaces de percibir los peligros a los cuales se exponen.

## 2.- Alteración de las relaciones interpersonales.

a.- Retraimiento social con tendencia al aislamiento. Este retraimiento se da con un silencio por parte del adolescente, que incluye al propio grupo familiar. Existe un deseo imperativo de vivir los propios sentimientos de tristeza, soledad, separatividad (ser único y distinto), entregándose a la imaginación, lecturas de filosofía y religión, al arte de escribir prosa o verso.

b.- Conducta agresiva encubierta. Se trata de jóvenes poco sociables que son criticados y rechazados por sus compañeros y se quejan de que se van quedando solos. No se dan cuenta que su actitud descalificadora y obstinación en sus puntos de vista van alejándolos de la gente. Frente a esto, son receptivos a la crítica y existe deseo de corregirse.

c.- Timidez. Sucede en jóvenes que fueron tímidos en la niñez y que al crecer hacen esfuerzos para relacionarse con otros con buenos resultados, pero frente a algún fracaso o situación perturbadora renuncian a hacer esfuerzos y se refugian en el único amigo que tienen.

## 3.- Alteraciones afectivo emocionales.

a.- Labilidad emocional. A pesar de no tener mayor profundidad, estas exaltaciones del ánimo pueden alterar el rendimiento escolar, la interacción familiar y social, ya que el resto de las personas con las cuales el adolescente está en contacto lo consideran una persona impredecible y poco confiable.

b.- Inadecuado manejo de emociones. Las emociones lo sobrepasan y abruman, e irrumpe la tristeza, la alegría o la ira frente a situaciones puntuales, generalizándolas a todo su existir. Cualquier frustración, triunfo o fracaso inesperado actúan como gatilladores que el sujeto vive egodistóticamente.

c.- Fluctuación en los proyectos de vida. Los intereses se expresan en términos de todo o nada. La curiosidad, búsqueda de modelos y de trascendencia lo lleva a posiciones distintas y extremas; ascetismo religioso, militancia en partidos políticos, viajes por el mundo, uso de drogas, por ejemplo; proyectos de vida que se agotan a los tres o seis meses cuando satisface su curiosidad y razona sobre lo desadaptativo de su conducta.

d.- Síntomas depresivos o ideación depresiva persistente. Se observa al adolescente pensativo, ausente, descuidado con sus deberes, con una acentuada tendencia a la inacción. Su ideación si bien es gris, en general es abstracta, de tipo filosófico-trascendente, cuestionándose el sentido de las cosas, de la vida y la existencia de Dios.

En relación al mismo tema de las conductas perturbadoras, otros autores como, Florenzano y De la Barra, afirman que un porcentaje no despreciable de adolescentes (20%) presentan normalmente sentimientos de pena, autodepreciación y sensación de desorden interno. La mayoría de estas emociones son transitorias y comienzan a disminuir después de los 16 años.

El estrés del adolescente está gatillado por elementos normales de su desarrollo, tales como la necesidad de elaborar una autoestima con una visión independiente de sí mismo; la importancia que atribuye a su eficiencia académica o física; la existencia de conflictos con sus padres, así como a cambios vitales, ya sea en su casa o colegio. Entre los principales desórdenes emocionales que se plantean se encuentran: conductas suicidas; depresión, traducida en una disminución de la autoestima, mala autoimagen, desesperanza e incapacidad para planear el futuro; alteraciones del apetito (anorexia-bulimia); quejas somáticas crónicas; fobias escolares persistentes y conductas sociopáticas. Para Florenzano, la gran mayoría de estas conductas se ligan a fases normales de la transición adolescente, representando intentos, a veces desadaptativos, de resolver las tareas concretas del desarrollo adolescente.

Todas las manifestaciones hacen que el adolescente enfrente cada día a su familia con nuevos estilos, nuevos lenguajes, nuevos manierismos, nuevos valores y conductas, representando así el nexo entre lo nuevo y lo viejo, siendo esta mezcla de niño-adulto lo que confunde a la familia (Maddaleno, M., 1986 en Florenzano, R.; Horwitz, N.; Pena, M., 1991).

Otro aspecto interesante a considerar en las familias con hijos adolescentes, es que tanto los hijos como sus padres llegan al fin de una etapa y entran en crisis, unos de separación de la estructura familiar y otros en la llamada "crisis de la edad media", en la que los padres reevalúan sus metas y aspiraciones. La congruencia entre ambas crisis los hace a ambos más vulnerables (Maddaleno, M., 1986 en Florenzano, R.; Horwitz, N.; Pena, M., 1991).

Actualmente se duda de la existencia del "quiebre generacional" (Silva, G., en Florenzano, R.; Horwitz, N.; Pena, M., 1991), que fue descrito como propio de esta etapa en décadas anteriores. Se trata más bien de una situación vinculada a la crisis evolutiva de los padres, quienes en su confusión actúan mal o se distancian de sus hijos. Este "quiebre" no ocurre con la misma frecuencia o intensidad con los otros adultos que conviven con el muchacho.

Florenzano y De La Barra (1993), afirman que muchas de las crisis llamadas generacionales no se deben a una ruptura del adolescente con sus padres; para la mayoría de ellos éstos juegan un rol importante en sus vidas. Lo que sucede es que se da un proceso de autonomía y búsqueda de la independencia donde, más que un reemplazo de la relación con los padres hay una ampliación de la red de contactos sociales, en la cual, además de los padres aparece el grupo de pares y otros adultos.

El acercamiento o alejamiento del adolescente respecto a sus padres, y las fluctuaciones de conducta dependiente e independiente que se observan al relacionarse con ellos, sería el resultado de un proceso de búsqueda de independencia del adolescente, el cual realiza una serie de cuestionamientos hacia los adultos, lo que produciría un reforzamiento o un quiebre de las imágenes que él ha creado de



ellos, con el consiguiente alejamiento intelectual o afectivo que ello implica (Florenzano, R.; Horwitz, N.; Pena, M., 1991).

Frente a todo esto, para mantenerse saludable, la familia debe ser estable. Debe ser flexible para soportar las presiones externas y desarrollar fuerzas internas para no ver alterado el equilibrio ante cada nuevo problema.

Las familias con hijos adolescentes que tienen relaciones familiares rígidas y que no se adaptan a las nuevas tareas del desarrollo tendrán crisis intensas, pues en este período del ciclo vital, las tareas exigen plasticidad y flexibilidad en las relaciones familiares, de manera que permitan adecuar los roles. El adolescente debe definir su rol e identidad. La familia debe ofrecer la posibilidad de ejecutar el rol de adulto y darle la oportunidad de asumir la responsabilidad de definir su plan de vida (Maddaleno, M., 1986 en Florenzano, R.; Horwitz, N.; Pena, M., 1991).

La familia es la unidad de apoyo social básica y fundamental. Si en ella el adolescente resuelve en forma satisfactoria las tareas propias de su edad, logra entonces consolidar su identidad y adaptarse a su nuevo rol. De lo contrario, tendrá problemas para progresar hacia la adultez responsable, y pueden aparecer conductas desadaptativas y riesgo de enfermedades con impacto social, que se traducen por ejemplo, en consumo de sustancias químicas, delincuencia, deserción escolar, embarazo y/o psicopatología (Florenzano, R., Bobadilla, E., 1981).

## **Grupo de Pares.**

En la adolescencia, los grupos constituyen una estructura y organización social que favorece, en muchos sentidos, la transición hacia la adultez.

Dentro de las funciones del grupo se encuentran: la satisfacción de necesidades, el ejercicio de roles, al mismo tiempo que se ofrece como una instancia de confrontación para el adolescente.

En relación a la satisfacción de necesidades, se observa que las motivaciones e intereses del adolescente encuentran un camino de expresión en el grupo. La orientación altruista, idealista, la necesidad de reciprocidad, son acogidas, compartidas y satisfechas en el grupo.

Por otro lado, el grupo se ofrece como una instancia de confrontación positiva tanto consigo mismo como con otros jóvenes, ya que le permite contrastar sus ideales, valores y acciones para así readecuar, de acuerdo a éstos, su propio comportamiento. El grupo se torna en una instancia para comparar sus actitudes, intereses y deseos con los de sus amigos, a la vez que le da la oportunidad de conversar los problemas que él enfrenta con los problemas que enfrentan otros jóvenes y buscar juntos posibles soluciones (Berwart, H., Zegers, B., 1980).

En este contexto de confrontación, el adolescente va a redefinir sus valores, que son aquellos sustentados por la familia y que hasta ahora han regido su comportamiento. En este proceso, el joven puede encontrar que sus valores no son coincidentes con los de la sociedad y en este sentido, tiene la posibilidad de fijarse en el grupo y de esta manera inferir nuevas formas de comportamiento. Al respecto, Bandura plantea que "cuando la familia ha establecido una buena relación con el hijo, lo más probable es que el grupo refuerce estos valores" (Berwart, H., Zegers, B., 1980).

Con respecto al ejercicio de roles, el grupo ofrece la posibilidad de "ensayar" diferentes papeles y ver en qué medida ellos se ajustan a las propias capacidades y responsabilidades que de ellos derivan. Esta función es esencial, ya que integrarse como miembro de una sociedad supone aceptar ciertas normas y patrones de comportamiento que aseguren la convivencia social. De alguna manera, el grupo le da la oportunidad para ensayar cuál es el límite que señala el rechazo y la marginación; en él se puede experimentar lo que significa, en términos de vivencia personal, aceptar todo lo que el grupo propone o rechazar las normas impuestas.

En resumen, el grupo de pares, cuando influye positivamente en el adolescente, ofrece un estilo de vida definido y propio que facilita el cumplimiento de las tareas del desarrollo. Sin embargo, no se debe olvidar que el grupo representa una instancia propicia para sustituir la dependencia de la familia y la sociedad. En estos casos se ha visto que el joven se adapta y se conforma rígidamente frente a las normas y controles impuestos por el grupo, todo lo cual no es más que una forma de evasión frente a la tarea de la adolescencia: lograr una identidad personal (Berwart, H., Zegers, B., 1980).

El grupo puede ser negativo en la medida en que el joven depende de él, lo que se expresa en conductas que tienden a la satisfacción superficial de necesidades, búsqueda de conductas placenteras, así como también rebeldía irracional y negativa frente a las posibilidades que la sociedad ofrece.

El grado en que el grupo influya de manera negativa en el desarrollo socio-afectivo del adolescente va a depender en parte importante de la personalidad y la situación particular de vida en que se encuentra. Si estas condiciones son negativas, puede constituirse en un agente que impide la socialización efectiva y por lo tanto limita la integración del adolescente a la sociedad.

## **Instituciones Educativas.**

Estas organizaciones brindan la oportunidad para que el adolescente canalice sus necesidades, motivaciones e intereses sociales en forma productiva.

En general, las instituciones educativas y la sociedad, a través de sus distintas organizaciones, proporcionan orientación y apoyo en aquellas áreas donde la familia y el grupo de pares no se encuentran bien capacitados, jugando un rol decisivo en la prevención y manejo de los problemas del adolescente (Berwart, H., Zegers, B., 1980).



## TEST DE RORSCHACH.

### Breve Reseña Histórica.

El primer empleo registrado de las manchas de tinta como material psicológico se encuentra descrito en el libro "Klecksographien", de Justinus Kerner, publicado en 1857 en Alemania.

Kerner descubrió el empleo de estas manchas en forma accidental, notando al observarlas cómo asumían diversas formas que lo impresionaron con sus extraños significados, experimentando de esta forma el juego recíproco entre los rasgos objetivos de las manchas y las proyecciones personales del observador. Sin embargo, no alcanzó a comprender por completo que este juego produce resultados diferentes en las distintas personas, ni tampoco a reconocer la significación de tales diferencias como fundamento para un método de diagnóstico de la personalidad (Klopfer, B., 1960).

El primero en sospechar las posibilidades diagnósticas de las manchas de tinta fue Binet, quien en 1895 sugirió fueran usadas para estudiar los diversos rasgos de personalidad.

Los estudios de Binet y de otros que lo siguieron fueron examinados y sistematizados por Whipple en su "Manual of Mental and Physical Tests" en 1910. A esta publicación le siguieron una serie de estudios, los cuales continuaron centrándose en el contenido de las respuestas del sujeto y en la naturaleza de su actividad imaginativa, quedando postergada así la posibilidad de diferenciar distintas características individuales o rasgos de personalidad (Klopfer, B., 1960).

No fue sino hasta 1917, cuando un psiquiatra suizo, Hermann Rorschach descubrió en forma accidental el potencial diagnóstico del test. A partir de miles de manchas de ensayo, Rorschach seleccionó 10 manchas estandarizadas, que son las que actualmente constituyen el material de estímulo en su método de diagnóstico (Arteaga, E., 1985).

En 1921 Rorschach publicó el resultado de sus estudios en una monografía titulada "Psychodiagnostik", la que constituyó un informe preliminar de sus descubrimientos. En ella no elaboró un sistema teórico acerca del test sino que llegó a una serie de conclusiones empíricas respecto a algunos determinantes como Forma, Movimiento y Color. Con ello, el énfasis se trasladó desde los contenidos de la respuesta del sujeto a las características formales de las producciones conceptuales, centrándose el interés no ya en lo que el individuo ve sino en la manera particular que tiene de manejar el material de estimulación (Arteaga, E., y otros, 1985).

A la muerte de Rorschach, en 1922, sus colaboradores continuaron promoviendo su método, entre ellos, Emil Oberholzer realizó la primera publicación en Estados Unidos y entrenó a los primeros investigadores de este país, entre los cuales destacan David Levy y Samuel Beck (Klopfer, B., 1960).

Entre 1921 y 1936, una veintena de psiquiatras y psicólogos de 14 países contribuyeron a la expansión y progreso del método.

En un comienzo, el método encontró mucha resistencia, especialmente en Estados Unidos, a causa del engorroso sistema de puntuación y tabulación, y por considerar que sólo permitía llegar a conclusiones subjetivas. Posteriormente, con la publicación de investigaciones y trabajos teóricos acerca del test, éste fue ganando adeptos, hasta que en 1939 se construyó el "Rorschach Institute" para la investigación y el entrenamiento en la técnica (Arteaga, E., y otros, 1985).

De esta manera, el test de Rorschach comenzó a utilizarse ampliamente. Un ejemplo de esto está en la Segunda Guerra Mundial, en la cual la prueba de Rorschach se utilizó para seleccionar a los miembros de las Fuerzas Armadas. La necesidad de una aplicación intensiva del test de Rorschach dio paso a la administración del método en forma colectiva, introducido en 1941 por Harrower-Erickson. Otra modificación del método original fue la introducción de procedimientos abreviados, que consiste en seleccionar alguna de las 10 láminas para así obtener un perfil más grueso de personalidad en relación a objetivos específicos de la selección. Sin embargo, y a pesar de las modificaciones, la forma más empleada entre los clínicos que usan el test es la forma individual y no abreviada, basada fundamentalmente en los conceptos originales de Hermann Rorschach (Arteaga, E., y otros, 1985).

## **Fundamentos Teóricos.**

El test de Rorschach es una de las más importantes técnicas proyectivas en la actualidad. La premisa básica de estas técnicas es que el sujeto revela algo acerca de su personalidad en el modo como responde al material de estímulo. Al reaccionar a los materiales de prueba relativamente poco estructurados, el sujeto es libre para responder de la manera que él quiera. El modo como construye u organiza sus respuestas y como percibe el estímulo, los comentarios que hace, y los patrones semejantes de respuestas, todo ello se considera que está relacionado con sus motivaciones, conflictos y defensas. De esta forma, el conjunto de respuestas se interpreta como un reflejo de los aspectos característicos de la personalidad. Es ésta la manera en que se considera que el individuo "proyecta" su personalidad sobre la prueba (Garfield, S., 1979).

## **Estudios sobre el Test de Rorschach en Adolescentes.**

En general, los estudios del Test de Rorschach en adolescentes no se han desarrollado, debido principalmente a que no difieren espectacularmente de los adultos (Bascur, J., Villaseca, E., 1985).

Con respecto a los avances en torno al tema, en la investigación realizada por Arteaga y otros (1985), se efectúa una completa revisión sobre los estudios de Rorschach en adolescentes. En esta revisión bibliográfica, las autoras encontraron dos dificultades importantes:

1.- Escasa cantidad de estudios sobre la prueba de Rorschach en adolescentes.

2.- En los estudios existentes se tiende a considerar como adolescentes a individuos entre 10 y 16 años.

En los estudios sobre adolescentes, es posible señalar tres modalidades de investigación:

1.- Investigaciones metodológicas, destacando M. Hertz (1960), quien se ha centrado en la cuidadosa definición del sistema de puntajes Rorschach.

2.- Investigaciones normativas, como las de Baker (1942), Thetford, Molish & Beck (1951), Paulsen (1949), Coleman (1968), entre otros.

3.- Estudios de validación, como el de Margulies con adolescentes buenos y malos alumnos (1949), Korgan con adolescentes delincuentes (1940), Ives, Grant & Ranzoni con adolescentes con diagnóstico de neurosis.

En Chile existen algunos estudios sobre las características de personalidad en los adolescentes, a través del Rorschach. Entre ellos destaca el estudio realizado por Bascur y Villaseca (1985), con un grupo de 96 adolescentes, de ambos sexos, entre los 14 y 19 años. El objetivo fue obtener datos descriptivos y normativos que permitieran diferenciar a los jóvenes entre sí (púberes y adolescentes) y con otros grupos de edades.

Otra investigación importante es la efectuada por Arteaga y otros (1985), quienes realizan un estudio para evaluar la aplicabilidad del test de Rorschach como instrumento de diagnóstico diferencial en adolescentes. En dicho trabajo, se utilizó el test para comparar dos grupos de adolescentes, cuyas edades fluctuaban entre los 16 y 18 años: uno compuesto por adolescentes normales y otro por adolescentes "problema".

El análisis de los resultados concluyó que el test de Rorschach constituye un instrumento valioso en el diagnóstico diferencial entre adolescentes normales y adolescentes "problema".

Los datos proporcionados por Bascur y Villaseca, así como los de Arteaga y otros, validan la amplia utilización del test como una prueba de psicodiagnóstico, ya que es aplicable prácticamente en todas las etapas del desarrollo y en todos los contextos culturales.

A continuación se expone una integración de los resultados obtenidos por los distintos autores norteamericanos y chilenos (Boetsch y cols. 1983; Bascur, J., Villaseca, E., 1985), los cuales son agrupados en términos de organización y funcionamiento intelectual, organización y control emocional, contenidos y verbalizaciones.

1.- Organización y funcionamiento intelectual.

**a.- Total de Respuestas (productividad):** A medida que el niño avanza a través de la segunda década de la vida, se vuelve más productivo, en particular las niñas. En el grupo de adolescentes mayores, parece existir una considerable disparidad en el funcionamiento intelectual. El adolescente de 16 años, en virtud de su mayor expansividad y energía, tiende a dar un alto número de respuestas (x 22,5). En este aspecto, Bascur y Villaseca (1985), han observado que los promedios encontrados en púberes y adolescentes son similares y coincidentes además con los valores esperados para protocolos adultos.

**b.- Tiempos de reacción inicial:** Los adolescentes hombres más jóvenes (aprox. 12 años) tienden a presentar tiempos de reacción más prolongados frente a las láminas sombreadas, mientras que en hombres algo mayores (15 años) ocurre lo mismo frente a las láminas de color. Lo primero podría deberse a un mayor grado de vacilación para responder a estímulos cargados de ansiedad, y lo segundo, estaría sugiriendo exagerada cautela, bloqueo o perturbación debido a las implicancias emocionales de las láminas.

En adolescentes mayores, es decir, sobre 16 años, el tiempo de reacción parece disminuir y ser más estable, lo que implica que habrían logrado mayor estabilidad en sus reacciones frente a los estímulos del medio ambiente.

En cuanto a la presencia de shocks y rechazos, en general se observan muy pocos, tanto en los adolescentes como en prepúberes, observándose una menor cantidad de rechazos en los primeros (2%) que en los segundos (8%).

**c.- Enfoque mental (modo de percibir y enfrentarse a las situaciones):** Los adolescentes no muestran aún la madurez para conceptualizar, organizar y abstraer de los adultos. Sin embargo, cualitativamente, su procedimiento mental para percibir y enfrentar situaciones es de un nivel más alto y rico que el de los grupos de menor edad.

Entre los 10 y 16 años, se ha observado que el porcentaje de respuestas globales (G) tiende a disminuir, el porcentaje de respuestas detalle (D) a aumentar y el porcentaje de respuestas de detalle pequeño (Dd) a mantenerse en el mismo nivel, encontrando G su punto más bajo, y el más alto para D y Dd, alrededor de los 14 años, lo cual se asemeja a los protocolos adultos. No obstante, a medida que el joven avanza en edad y llega a los 16 años, estos indicadores vuelven a parecerse a los de los 10 años. Según Ames y cols., (1959) a los 16 años, el G promedio es 50%, el D 43% y Dd 7% ( en Arteaga, E., y otros, 1985).

Los resultados de Boetsch y cols. (1983), difieren de los de Ames, debido a que la muestra chilena presenta porcentajes más parecidos a los de los adultos ( G:D:Dd = 34:55:6 en adolescentes y 32:56:6 en prepúberes).

**d.- Detalle de espacio en blanco (S):** Entre los 10 y 17 años, los jóvenes muestran, cada vez más, un pensamiento con características de oposición. Este rasgo puede ser interpretado como obstinación, negativismo, duda e indecisión, o bien puede reflejar una tendencia saludable al tratar de ver todos los aspectos de una situación.

**e.- Forma y nivel formal (F) :** El porcentaje de respuestas de forma (F%) para todas las edades, es superior al del adulto. En cuanto al porcentaje de respuestas de forma bien vistas (F+%), éste alcanza el nivel de los adultos ya a los 10 años y se mantiene relativamente parejo. Con respecto a esto último, los resultados de Bascur y Villaseca son discordantes, ya que han observado que el promedio de respuestas de forma de los púberes es superior al de los adolescentes; similares resultados se han obtenido en los estudios de Boetsch y cols., (1983) en los cuales se observa que el F% es significativamente más alto en púberes (64%) que en adolescentes (56%) y ambos son altos en relación al protocolo adulto, no encontrando entre ambos grupos diferencias significativas en cuanto al F+%.

En general, los jóvenes entre los 10 y 13 años muestran un pensamiento más coartado y rígido, y un mayor control yoico que los adolescentes algo mayores. Tienden a reprimir la espontaneidad y a manejar el medio ambiente de manera realista e impersonal. Parecen construir defensas yoicas en base a la coartación de la vida impulsiva y afectiva. En cambio, los adolescentes mayores (14 a 16 años) muestran un pensamiento más realista, menor firmeza intelectual y mayor propensión al pensamiento autista (Arteaga, E., y otros, 1985).

**f.- Movimiento humano (capacidad imaginativa, fantasías y control interno) (M):** Se ha observado que el promedio de respuestas de movimiento para los adolescentes de 16 años es de 2 a 3 respuestas. Los sujetos utilizan cada vez más la fantasía y se dedican a la actividad intrapsíquica. Este mayor énfasis en la vida interna puede representar una suerte de retraimiento respecto a todo compromiso inmediato y a los contactos emocionales que no pueden comprender o manejar; "no obstante, el grado de control interno aumenta a medida que pasan los años" (Arteaga, E., y otros, 1985).

**g.- Respuestas populares (conformidad con el pensamiento de grupo) (P):** Los adolescentes mayores tienden a dar más respuestas populares que los más jóvenes, a pesar de que todos dan aproximadamente 6 respuestas populares por protocolo. Esto porque, a medida que el adolescente crece, se va volviendo más consciente y obediente a aquellas pautas de conducta y modos de pensamiento que gozan de aprobación social.

## 2.- Organización y control emocional.

Existen varios indicadores de Rorschach que reflejan la madurez y adaptabilidad de la afectividad expresada en un adecuado equilibrio emocional, con un buen control de impulsos y emociones.

**a.- Porcentaje de respuestas F y F extenso:** Reflejan la naturaleza y el grado de control intelectual, y la medida en que los adolescentes son espontáneos o inhibidos en su responsividad emocional.



**b.- Movimiento humano (M):** Refleja el grado en que el adolescente usa sus recursos imaginativos y logra control interior.

**c.- Movimiento animal (FM) (impulsos infantiles):** En general, las respuestas de movimiento animal tienden a ser mayores que las respuestas de movimiento humano (M) a comienzos de la adolescencia, aumentando las respuestas M hasta superar a las FM alrededor de los 15 años.

Según Boetsch y cols. (1983) aparecerían, en los adolescentes chilenos, entre 1 a 3 respuestas FM por protocolo.

En cuanto a las respuestas de movimiento humano (M), se observa una clara tendencia a un predominio de M sobre FM en los adolescentes (65%) con respecto a los prepúberes (35%), quienes muestran ambas tendencias en forma más o menos pareja.

**d.- Movimiento inanimado (tensiones internas, lucha entre impulsos conflictivos) (m):** Al parecer, existe una cierta curva ascendente con respecto a las respuestas de movimiento inanimado desde el comienzo de la adolescencia hasta los 16 años. El hecho de que las respuesta m aparezcan menos después de los 16 años, podría deberse a que en la adolescencia tardía existirían mayores tensiones y conflictos, pero a la vez un mayor control sobre los impulsos y una mayor capacidad para estructurarlos de una manera aceptable para sí mismos y para los demás.

**e.- Color (respuesta emocional, control y madurez) (C):** Hertz (1960) y Bascur y Villaseca (1985), señalan que los adolescentes mayores (14 a 16 años) dan más respuestas determinadas por la forma y el color (FC) y respuestas determinadas por el color y la forma (CF) que los más jóvenes, y que las respuestas determinadas solamente por el color (C) disminuyen con la edad, indicando un aumento en la estabilidad y la madurez. Si bien hay un aumento en el uso de las FC, es predominante a través de toda la adolescencia el CF; aparece CF y C en cantidades muy similares a las esperadas para los adultos, pero estando FC disminuido respecto a ese patrón (Arteaga, E., y otros, 1985).

En lo que respecta a la relación entre las respuestas de color (FC y CF + C), en los adolescentes se observa  $FC < CF + C$  en un 43%, en tanto que  $FC > CF + C$  en un 30%. En los prepúberes, por el contrario, la tendencia es más claramente en favor de  $FC > CF + C$  (45%) que de  $FC < CF + C$  (17%).

**f.- CLaroscuro (sensibilidad, cautela, esfuerzos de contacto, pasividad, ansiedad) (C'):** Las respuestas de claroscuro aumentan con la edad, constituyendo el determinante que más claramente aumenta en el transcurso de la adolescencia. Este aumento puede explicarse en el sentido de que a mayor edad, el adolescente se torna más autocrítico, más concentrado en sí mismo, en sus estados de ánimo y sus sensaciones físicas; existe una mayor conciencia de quienes lo rodean, una tendencia a esforzarse por adaptarse al medio ambiente, junto a una mayor falta de armonía interna y una mayor tendencia a la ansiedad.

En cuanto a las reacciones ante las cualidades negras o grises de las manchas, en estudios norteamericanos se ha encontrado que son muy escasas, observando en tanto que en la muestra chilena los adolescentes y prepúberes presentan una mayor reacción al color acromático (60 % de la muestra da al menos 1 respuesta de color acromático).

**g.- Tipo vivencial (orientación extraversiva-introversiva, equilibrio emocional) (M:C):** Hacia mediados de la adolescencia, la tendencia predominante oscila hacia un tipo vivencial introversivo, aumentando con la edad y llegando a un promedio de  $M : C = 2,3 : 1,7$  a los 16 años.

Del mismo modo, en los estudios de Boetsch y cols.(1983), se aprecia una tendencia hacia el tipo vivencial introversivo en adolescentes, siendo poco frecuente, tanto en púberes como en adolescentes, el tipo vivencial coartado y ambigüal. Estas características discrepan de las observadas por Bascur y Villaseca (1985), quienes refieren que el tipo vivencial típico de la adolescencia es el ambigüal, destacando la presencia además de los tipos coartado y coartativo, con muy poca frecuencia del tipo dilatado (4%).

### 3.- Contenidos.

Para la mayoría de los investigadores, gran parte de las categorías de contenido no pueden ser sometidas a tratamiento estadístico, por ser de baja frecuencia en los registros adolescentes. Sin embargo, Ames señala que, con raras excepciones, las categorías conceptuales más usadas en la adolescencia son, en orden decreciente: animal, humano, objeto, anatomía y naturaleza (en Arteaga, E., y otros, 1985).

**a.- Animal (estereotipia de los procesos de pensamiento) (A):** Se ha observado que durante la adolescencia, hay poca variación en el porcentaje de respuestas animales.

**b.- Humano (Capacidad intelectual, interés por las personas y problemas humanos) (H):** Hay un aumento progresivo de las respuestas humanas durante la adolescencia, siendo las respuestas de detalle humano (Hd) menor que las respuestas humanas (H). Los adolescentes dan más respuestas de detalle humano que los adultos y en ningún momento de la etapa muestran la proporción adulta esperada de 2H: 1Hd.

### 4.- Verbalizaciones desviadas.

Si bien no existe un registro estadístico de las verbalizaciones desviadas esperadas, Ames señala que el adolescente de 16 años puede dar confabulaciones, las cuales expresarían una fantasía optimista y se darían sobre todo en niñas.

**OBJETIVOS.**

## **CAPITULO 2.**

### **OBJETIVOS.**

#### **OBJETIVO GENERAL.**

Descripción del perfil psicológico y/o características de personalidad observadas en los adolescentes insulino-dependientes a través del test de Rorschach.

#### **OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

- 1.- Identificar, describir y establecer la posible existencia de un perfil de personalidad típico (basado en los signos indicadores Rorschach), en este tipo de adolescentes diabéticos.
- 2.- Determinar si existen diferencias significativas en las características de personalidad entre adolescentes hombres y adolescentes mujeres en igual condición respecto a esta enfermedad.
- 3.- Determinar las posibles diferencias en las características de personalidad que pudieran encontrarse entre los jóvenes en relación a los distintos estratos socioeconómicos de los cuales provienen.

***ASPECTOS METODOLOGICOS.***



## CAPITULO 3.

### ASPECTOS METODOLOGICOS.

#### TIPO DE ESTUDIO Y JUSTIFICACION DEL DISEÑO.

La presente investigación se define como un estudio descriptivo-comparativo.

Descriptivo, porque se tratará de describir los principales modos de estructuración de un determinado fenómeno, así como también sus relaciones con otros fenómenos (Briones, G., 1985), es decir, se intentará describir cómo está organizada la personalidad de estos jóvenes -intelectual, afectiva y socialmente en la medida en que han vivido y crecido sufriendo esta enfermedad.

Comparativo, ya que la realidad que se pretende evaluar será en principio descrita, para luego establecer subgrupos (según los criterios establecidos en los objetivos específicos) que permitan comparar a los sujetos.

Tendrá además una connotación exploratoria, en la medida en que puedan aparecer variables no contempladas dentro de las características de personalidad de estos adolescentes.

Se utilizará un diseño ex-post-facto, ya que en el momento de intentar establecer relaciones entre la diabetes y la personalidad, la primera ya habrá ejercido su efecto o impacto sobre los sujetos, es decir, los jóvenes se presentarán a la situación de evaluación padeciendo ya la enfermedad.

#### DEFINICION DE VARIABLES.

##### **Variable Dependiente: Personalidad.**

Definición teórica: se define personalidad como la organización dinámica, en el interior del individuo, de los sistemas psicofísicos que en interacción con un medio ambiente que puede ser favorable u hostil, determinan su conducta y su pensamiento característicos (Allport, G.W., 1968).

Definición operacional: está dado por la organización de los indicadores Rorschach, sistematizados de acuerdo con el esquema de A.M. Alessandri, 1983 (ver definición conceptual en el Anexo II).

a.- AREA INTELECTUAL

1. Tipo de Pensamiento:

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| 1.1 Teórico                          | G - D (especialmente G combinatoria y de buena calidad). |
| 1.2 Práctico                         | G - <u>D</u> - Dd  |
| 1.3 Equilibrado                      | G - D - Dd   |
| 1.4 Detallista                       | (G)- D - <u>Dd</u> ; (G) -D - <u>Dd</u>                  |
| 1.5 <u>G</u> - (D) -Dd               |  |
| 1.6 Detallista escrupuloso y crítico | (G)- (D)- <u>Dd</u> - <u>s</u> ; G - (D)- Dd - s         |

2. Capacidad de Planificación:

- |                |  |
|----------------|--|
| 2.1 Buena      | G alto y de buena calidad, especialmente G combinatoria. |
| 2.2 Normal     | G promedio, o algo aumentado pero de menor calidad (Gm). |
| 2.3 Deficiente | Pocas o ninguna G.                                       |

3. Enfrentamiento de la Actividad y Efectividad del Rendimiento:

- |                |  |
|----------------|--|
| 3.1 Adecuado   | * G alto, C' < C, M alto y en extensión;<br>* R alto, G% y F+% alto;<br>* F+% y A% altos, M > C y G disminuido.  |
| 3.2 Inadecuado | * G alto y M en flexión;<br>* G alto y pocas M;<br>* M bloqueadas;<br>* F+% > 90%, M y C bajos<br>* F+% > 90%, escasas G y alto Dd;<br>* Escasas M y C;<br>* Respuestas "s" con introversión;<br>* (G) con Dd. |

4. Inseguridad Intelectual:

- \* Presencia de K;
- \* Presencia de Do en sujetos con inteligencia normal o superior;
- \* Anat % > 20% y aumento de contenidos Nat;
- \* F+% bajo;
- \* Respuestas "s";
- \* Respuestas "o";
- \* Crítica del sujeto;
- \* Crítica del objeto;
- \* Referencia a la simetría;

- \* Acentuación de la línea media;
- \* Negación de respuesta;
- \* Respuesta dada en tono interrogativo.

5. Calidad y Originalidad del Pensamiento:

- 5.1 Alta M > 3; originales en F+; F+% aprox. 90%; G% entre 25 y 30% con 2/3 de G combinatorias; A% entre 20 y 30%.
- 5.2 Mediana M entre 1 y 3; F+% entre 80 y 90%; G > 30% con promedio de Gm (1/3 o más); A% entre 35 y 50%.
- 5.3 Baja M entre 0 y 1; F+% < 80% o próximo a 100% ; G baja o cercano a 20% con claro predominio de Gm y Gv ; A% = 50% o cercano a 40% con otros indicadores.

5.4 Imaginativo confabulatorio

Combinatorias confabulatorias;  
Fabulaciones míticas o fantásticas.

6. Potencial Creativo:

- 6.1 Adecuado G:M = 3:1 (R > 40) o 2:1 (R < 40).
- 6.2 Inadecuado \* G bajo;  
\* M bajo;  
\* G y M bajos en relación a R.

7. Conocimiento y Comprensión Lógica de la Realidad:

- 7.1 Adecuado F+% entre 80 y 90%; R entre 20 y 40% ; M+; Orig+ ; ausencia de perseveración; F% entre 30 y 50; ausencia de DG sin G forzadas ni fabulación de contenido.
- 7.2 Inadecuado \* F% < 30% con FC < 3;  
\* F% > 80%;  
\* "s" > 3% y P < 25%;  
\* Respuestas DG, presencia de spoiling o F > 1 y/o combinatorias confabulatorias y/o fabulación de contenidos pasivas;  
\* F+% < 80%;  
\* F+% > 90%.

b.- AREA DE LA AFECTIVIDAD :

1 Tipo Vivencial:

- |                  |   |
|------------------|---|
| 1.1 Introversivo | $M > C$   |
| 1.2 Extratensivo | * Adaptativo: $M < C, FC > CF + C.$<br>* Desadaptativo: $M < C, FC < CF + C.$ |
| 1.3 Ambigüal     | $M = C: + 0.5$ en $R < 20; + 1$ en $R > 20.$                                  |
| 1.4 Coartado     | $M:C = 0:0$ , en ausencia de shock al color                                   |
| 1.5 Coartativo   | $M:C = 1:1$ o $1:0$ o $0:1$   |

2 Adaptación Emocional:

- |                |  |
|----------------|--|
| 2.1 Adecuada   | $FC > CF$ sin $C$ ( $3:1$ o $2:1:0$ ); $H\%$ entre 10 y 20%; ausencia de $m$ y predominio de $FC$ sobre $M$ .  |
| 2.2 Inadecuado | * Predominio de $CF$ ;<br>* $M$ en $A$ ;<br>* Respuestas $Cn$ ;<br>* $c > 3$ en $R = 40$ o $c > 2$ en $R < 40$ ;<br>* Ausencia de respuestas cromáticas sin shock al color;<br>* $CF + C > FC$ ;<br>* $C > FC + CF$ ;<br>* $FM + m > M$ ;<br>* $C_{sym} > 1$ ,<br>* Shock al color;<br>* $FC$ artificiales o forzadas;<br>* $FK + Fc > 3/4 F$ ;<br>* $FK + Fc < 1/4 F$ ;<br>* $C' > 2$ con o sin $F$ ;<br>* $(G) - (D) - Dd - s$ y/o $C'w > 2$ ;<br>* $KF + K + cF + c > FK + Fc$ ;<br>* pocas o ninguna $FC$ ;<br>* Respuestas $FK$ ;<br>* Respuestas $k, kF$ y $Fk$ ;<br>* $Veg$ y $nat$ aumentados y/o paisajes aprox. 20% y/o diminutivos altos. |

3. Expresión de los Afectos:

- |              |   |
|--------------|---|
| 3.1 Adecuado | $FC:CF:C = 2:1:0$ o $FC = 3$ ; $F+\%$ entre 80 y 90% y presencia de $M$ . |
|--------------|---|

- 3.2 Inadecuada
- \* FC:CF:C = 1:2:0 o 1:2:1;
  - \* c en C;
  - \* Presencia de Cd;
  - \* C:C' = 1:2 (por lo menos);
  - \* F/C arbitrarias;
  - \* Cp;
  - \* Cdes;
  - \* Ausencia de respuestas de color;
  - \* Respuestas K.

4. Agresividad:

- 4.1 Adecuada
- Ausencia de contenidos agresivos;  $s < 0 = 3\%$  y ausencia de shock al rojo.
- 4.2 Inadecuada
- \* Contenidos agresivos y/o  $s > 3\%$ ;
  - \* Shock al rojo;
  - \* Shock al rojo sin interpretación de las áreas rojas.

5. Vida Impulsiva:

- 5.1 Adecuada
- \*  $m = 0$ ; M:FM = 2:1 o  $M = FM$  con  $FC > CF$ , y,  $M + FM > 2$  ambas bien presentadas;
  - \*  $FM > M$  y  $FM < 2M$ ,  $m = 0$ ,  $FC > CF$ ; F+% entre 80 y 90%.
- 5.2 Inadecuada
- \*  $FM < 1/2 M$ ;
  - \*  $FM > 2M$  o  $M = FM$  pero  $CF + C > FC$ ;
  - \* Presencia de m:

c.- AREA DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES:

1. Interés por los demás

1.1 Presencia

- Adecuada:
- \* H% entre 10 y 20%;  $M > 2$ ;  $FC > CF + C$  y  $s < 0 = 3\%$ .



- Inadecuada
- \* FC > 3 por cada F o FC > 3 cuando CF = 0 y/o F/C Y/O respuestas de máscaras o contenidos de ocultamiento;
  - \* H% > 20% y/o perfiles de caras y/o Hd > H;
  - \* FC < 3; P < 7 y/o A% > 50% o A% < 25%;
  - \* M postural;
  - \* Respuestas de "ojos";
  - \* (H) y Hd > 2 y s > 3% en T.V. extratensivo.

## 2. Sexualidad:

### 2.1 Identificación

- Adecuada:
- \* Figuras del mismo sexo del sujeto especialmente L. III
  - \* Respuesta de "Murciélago" en varones en L. I y V
- Inadecuada:
- \* No se cumple criterio anterior.
  - \* Figuras andrógenas o de sexo ambiguo.

### 2.2 Control de impulsos sexuales:

- Adecuado:
- \* Respuestas sexuales F+ < o = 2.
- Inadecuado:
- \* Respuestas sexuales abiertas y/o F-> 2.

### 2.3 Contenidos:

- Adecuado:
- \* Simbolizados especialmente L. IV y VI.
- Inadecuado:
- \* "De espaldas", orales, anales.

### 2.4 Presencia de Shocks en L. II, IV, VII, y/o IX.(A lo menos en dos de ellas)

## DEFINICION Y CARACTERISTICAS DEL UNIVERSO.

El Universo o población desde donde fue tomada la muestra está conformada por todos aquellos sujetos de sexo masculino y femenino, cuyas edades se encuentran entre los 13 y 21 años inclusive, que padezcan diabetes de tipo I o insulino dependiente, provenientes de los distintos estratos socioeconómicos (alto, medio y bajo), con residencia en alguno de los más grandes centros urbanos del país (Antofagasta, Santiago, Talca y Viña del Mar), que se encuentren registrados en la Fundación de Diabetes Juvenil de Chile.

El rango de edad escogido se basa en la suposición de que este grupo etario presenta características de personalidad relativamente homogéneas y estables.

Se había concebido que los sujetos que participaran en la investigación tuvieran residencia en la Región Metropolitana. Sin embargo, pese a la valiosa colaboración prestada por la Fundación de Diabetes Juvenil, hubo dificultad en contactar y reunir a los sujetos, debido a la reticencia y temor por parte de éstos, lo que los llevó a faltar el día de la entrevista o simplemente rehusarse a participar. Por esta razón, en nuestra muestra real, se debió también considerar sujetos que residieran en alguna de las otras grandes ciudades de nuestro país, situación que ya había sido avalada en estudios anteriores (Guerra, M., 1986).

## DEFINICION Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.

La muestra es estratificada y aporportional, ya que lo que se pretende es contar con suficientes casos en cada celdilla de estratificación, de modo de efectuar comparaciones válidas entre los estratos.

El grupo de estudio estuvo compuesto por 30 adolescentes diabéticos, que presentaban entre 1 y 20 años de diabetes, de ambos sexos y de los estratos sociales alto, medio y bajo.

1.- Variable de estratificación:

**a.- Sexo:** se define conceptualmente como "los aspectos psicofisiológicos de hombres y mujeres cuyos roles son diversos en la sociedad, en la procreación, en la estructura familiar, en las metas profesionales y en el comportamiento social. El rol de los sexos difiere de una a otra sociedad, siendo la cultura determinante en el comportamiento sexual específico" (Zárate, R., 1987).

Definición Operacional: características anátomo-fisiológicas que diferencian al hombre de la mujer.

**b.- Nivel Socioeconómico:** definida teóricamente como la ubicación de los individuos en un orden jerárquico, de acuerdo a sus ingresos, su nivel educacional y su ocupación.

Definición Operacional: puntaje obtenido por los padres o adultos responsables del adolescente en la Escala De Estratificación De Nivel Socioeconómico de Himmel, E., (1981) obtenido por el padre o la madre (según quién alcance el mayor puntaje), y modificada por Pinto, Gallardo y Wenk, 1991.

2.- Variables de muestreo (o restricciones impuestos a la muestra):

a.- Que los sujetos no sufran de ninguna otra enfermedad crónica y/o

b.- Que los sujetos no sufran de algún desorden de tipo psiquiátrico.

## **PROCEDIMIENTO DE OBTENCION DE LA MUESTRA Y LOS DATOS DE ANALISIS.**

En una primera instancia , se seleccionó a 45 sujetos a través de la revisión de fichas de la Fundación de Diabetes Juvenil, luego de lo cual se procedió a invitar a participar a los sujetos en esta investigación. Sólo 5 sujetos aceptaron la invitación, por lo que fue necesario buscar otros medios para la obtención de la muestra. Con este fin se estableció contacto con el Doctor Jaime Pérez, con el señor Francisco Brown (Director de los Campamentos de Diabetes Juvenil de 1994) y la señorita Carolina Navarro (Directora de los Campamentos de Diabetes Juvenil de 1995), quienes realizaron los contactos con sus conocidos personales, obteniendo así 15 sujetos más. Por último se estableció contacto con las Filiales de la Fundación de Diabetes Juvenil de Antofagasta y Viña del Mar, donde se obtuvo los 10 sujetos restantes.

Finalmente la muestra quedó constituida por 18 hombres y 12 mujeres, cuyas edades fluctúan entre los 13 y 21 años, sólo 17 de ellos pertenecientes a la Región Metropolitana y los 13 restantes pertenecientes a la II, V y VII regiones.

Se les aplicó la Escala de Estratificación Socioeconómica de Himmel (adaptación de Pinto, Gallardo y Wenk), con el objeto de confirmar el nivel socioeconómico de los jóvenes, obteniendo así 9 sujetos de clase social baja, 3 de clase social media y 18 de clase social alta.

Posteriormente se evaluó a los adolescentes diabéticos con el test de Rorschach y se procedió a la tabulación de los protocolos, obteniéndose alrededor de 100 indicadores Rorschach (ver anexo III), los cuales se organizaron según el esquema de Ana María Alessandri para obtener los resultados con los cuales se trabajó, los que se resumen en el anexo IV.

## DESCRIPCION DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACION.

### Escala De Estratificación Del Nivel Socioeconómica De Himmel y Colaboradores.

La escala fue construida por E. Himmel y colaboradores en el año 1981, con el fin de evaluar pertenencia a los diferentes estratos socioeconómicos (ver anexo V). Para clasificar los diferentes estratos de una población se utilizaron las siguientes variables socioeconómicas:

- 1.- Nivel educacional del padre
- 2.- Nivel educacional de la madre
- 3.- Ocupación específica de los padres.

En 1991 Pinto, Gallardo y Wenk modificaron la interpretación de los puntajes de la escala para corregir la tendencia a sobreestimar el nivel de los sujetos. Con esta modificación es posible clasificar a los sujetos, según el puntaje que obtengan, en los siguientes niveles:

N.S.E. Bajo	: 0 - 6 puntos
N.S.E. Medio	: 7 - 9 puntos
N.S.E. Alto	: 10 puntos o más.

### Test de Rorschach.

#### Descripción y Aplicación de la Prueba.

Esta prueba fue creada y desarrollada por Hermann Rorschach (psiquiatra suizo) en 1927. Consiste en 10 manchas simétricas de tinta, impresas en tarjetas separadas. Cinco de ellas están total o parcialmente en colores, mientras que las restantes son acromáticas, solamente con algunos tintes de gris y negro. Se escogieron estas manchas particulares como estímulos en base a la extensa investigación clínica que realizó su autor. Los resultados e hipótesis que publicó se basaron en datos que obtuvo después de aplicar la prueba a más de 400 sujetos.

La aplicación de la prueba consiste en pasar al sujeto cada una de las 10 láminas. Se le muestra la primera lámina al sujeto a la vez que se le dice "¿Qué puede ser esto? ¿Qué le parece que es?" (Aracena, M., 1980). En todos los casos el sujeto indica libremente lo que ve, ya sea en partes de la mancha o en

ella completa. La calificación de la prueba se basa en el tipo de respuestas que el sujeto da, de acuerdo a forma, color, movimiento, contenido humano, objetos animados o inanimados (Blum, M. 1977).

## **Validez y Confiabilidad.**

La prueba de Rorschach como test de personalidad está ampliamente validada por la práctica clínica, en la que puede ser utilizada con dos fines (Alessandri A. M., 1983):

1.- como prueba de diagnóstico para establecer la existencia de alteraciones mórbidas del psiquismo, y precisar rasgos anormales de la estructura de la personalidad (diagnóstico psiquiátrico).

2.- como prueba de diagnóstico de la estructura de la personalidad, la cual se emplea para explorar y entregar una visión descriptiva de los rasgos esenciales del carácter, el juego dinámico de los impulsos y las características globales de la afectividad.

La mayor dificultad del test, a pesar de ser el más utilizado en clínica, radica en su aplicación e interpretación, debido a las distintas formas de tabular, y los diferentes resultados atribuidos a los datos.

En un intento de superar este problema, en 1970 se dictó en la Escuela de Psicología de la Universidad de Chile un curso electivo sobre aplicación de Rorschach, oportunidad en que se elaboró una pauta de tabulación e interpretación, la cual, a través de la experiencia y la práctica, ha demostrado tener gran utilidad cuando se usa para describir la estructura de personalidad.

La interpretación se realiza a partir de un análisis formal que atiende a aspectos cuantitativos y a un análisis temático, basado en el método fenomenológico, tomando en cuenta las siguientes áreas (Alessandri, A.M., 1983):

1.- **Area Intelectual:** incluye el tipo de pensamiento, capacidad de planificación y ejecución, enfrentamiento de la actividad y efectividad del rendimiento, inseguridad intelectual, calidad y originalidad del pensamiento, potencial creativo, conocimiento y comprensión lógica de la realidad, imaginación y talento.

2.- **Area Afectiva:** tipo vivencial característico, tipo de afectividad y adaptación emocional, profundidad o superficialidad de las emociones, agresividad y vida impulsiva.

3.- **Area de las Relaciones interpersonales:** se consideran interés por los demás, grado de socialización, actitud frente a los otros, agregando además, la identificación sexual y control de impulsos sexuales.

***RESULTADOS.***



## CAPITULO 4.

### RESULTADOS.

#### ANALISIS DE RESULTADOS OBTENIDOS A TRAVES DEL TEST DE RORSCHACH.

A continuación se exponen los resultados obtenidos a través del test de Rorschach, según la pauta basada en el esquema de Ana María Alessandri. En esta pauta, la personalidad se divide en cuatro áreas: intelectual, afectiva, social y sexual, cada una de las cuales reúne y relaciona los diversos indicadores Rorschach.

Como una forma de ofrecer una visión general de los resultados observados, se adjuntan cuadros resumen de cada uno de los indicadores (el detalle de éstos se encuentran en el Anexo VI.).

#### A.- Area Intelectual.

En esta área se analizará el funcionamiento cognitivo general de los sujetos, considerando los distintos modos de enfrentar la realidad, la planificación y ejecución de las tareas, la seguridad frente a las propias producciones y el potencial creativo presente en ellas.

##### 1.- Tipo de Pensamiento.

A continuación se presenta la distribución de los distintos tipos aperceptivos obtenidos en la investigación:

<b>Distribución del Tipo Aperceptivo<sup>3</sup>.</b>	
<b>Indicador</b>	<b>Porcentaje en Base de n=30</b>
G/-(D)-S/	40,0%

<sup>3</sup> El guión (/) que subraya las siglas del tipo aperceptivo indica un aumento en relación a la frecuencia normal. El paréntesis, en cambio, indica una disminución con respecto al promedio.

<b>Distribución del Tipo Aperceptivo<sup>3</sup>.</b>	
<b>Indicador</b>	<b>Porcentaje en Base de n=30</b>
G/-(D)-(Dd)-S/	10,0%
G /-D-S/	6,6%
(G)-D/-(Dd)-S/	6,6%
G/-(D)-(Dd)-S/	6,6%
(G)-(D)-Dd/-S/	6,6%
G-D/-S/	3,3%
G/-(D)-Dd-S/	3,3%
G-D-S/	3,3%
G-D-(Dd)-S/	3,3%
G/-S/	3,3%
(G)-D/-Dd/-S/	3,3%
G-D/-(Dd)-S/	3,3%

Cuadro N° 1

El 40% de los jóvenes evaluados, presenta un tipo de pensamiento que se caracteriza fundamentalmente por una elevada tendencia a enfocar la realidad de un modo teórico, con alta capacidad de abstracción y un marcado desinterés por los detalles y aspectos más concretos de la vida. Asimismo se observa déficit del sentido común y una acentuada tendencia a la oposición.

En el 10% de los casos, se observa un tipo de pensamiento caracterizado por alta capacidad de abstracción, con tendencia a rehuir situaciones concretas, lo que da como resultado una escasa capacidad para realizar las ideas.

El 50% restante se distribuye homogéneamente en otras categorías, con una frecuencia no mayor a dos, por lo cual resultan poco significativas para el análisis.

## 2.- Capacidad de Planificación.

Esta capacidad se evaluó en base a tres categorías: sobresaliente, normal y deficiente. Los resultados se expresan en el siguiente cuadro.

<b>Distribución según la Capacidad de Planificación.</b>	
<b>Categoría</b>	<b>Porcentaje en Base a n=30</b>
Sobresaliente	10,0%
Normal	70,0%
Deficiente	20,0%

Cuadro N° 2

En el 70% de los casos se observa una capacidad de planificación normal, lo que significa que son capaces de organizar, sintetizar, planificar y ejecutar las tareas.

El 20% presenta una capacidad de planificación deficiente, debido a la falta de iniciativa y escasa energía potencial para planificar las tareas.

Finalmente, un 10% presenta una capacidad sobresaliente, es decir, junto a la capacidad de planificación y organización de las tareas existe un alto nivel de aspiraciones, lo que permite la realización de metas superiores y complejas.

## 3.- Enfrentamiento de la Actividad y Efectividad del Rendimiento.

Esta característica se evaluó según la adecuación e inadecuación de los sujetos frente a la actividad y el rendimiento. Para la muestra en estudio, se consideró un porcentaje alto de G% , cuando el

G% era mayor al 45%, y un R alto si éste es mayor a 35% y un C disminuido cuando C es menor o igual a 2.

<b>Características del Enfrentamiento y Efectividad del Rendimiento.</b>		
<b>Categoría</b>	<b>Característica</b>	<b>Porcentaje en Base a n=30</b>
Adecuado	- Con interés por tareas rutinarias.	10,0%
	- Con constancia y persistencia en ejecución de tareas.	66,6% 33,3%
Inadecuado	- Esfuerzo infructuoso	90,0%
	- Falta de iniciativa	62,9%
	- Déficit en ejecución	29,6%
	- Pasividad intelectual	18,5% 11,1%

Cuadro N° 3

El 90% de los casos presenta se un enfrentamiento de la actividad inadecuado y un rendimiento ineficiente. De éstos, un 62,9% se debe a que las metas son superiores a las reales capacidades, en un 29,6% se presenta falta de iniciativa y escaso potencial de ejecución, por lo cual los sujetos necesitan estímulos para ser activos y productivos; en un 18,5% existe déficit en la ejecución ya que son sujetos sumisos, dependientes, que no logran concretar sus metas; finalmente existe un 11,1% que presenta pasividad intelectual, entendida ésta como la incapacidad para dirigir activamente el propio programa de trabajo, debido a una acentuada preocupación por los detalles, que junto a una baja capacidad de abstracción impiden percibir globalmente las situaciones y por lo tanto no pueden enfrentarlas eficientemente.

Sólo un 10% de la muestra presenta un enfrentamiento de la actividad y rendimiento adecuados, que se expresa en una capacidad de ejecución eficiente, basada en la autoafirmación y confianza que poseen los sujetos. Dentro de esta categoría, en un 66,6% se observa un rendimiento eficiente en actividades rutinarias, y en un 33,3% el rendimiento eficiente se debe a buenos hábitos de trabajo, constancia y persistencia en la ejecución de las tareas.

#### 4.- Inseguridad Intelectual.

Esta característica se evaluó a través de la presencia o ausencia, considerándose presente cuando existen al menos cuatro (indistintamente) de los siguientes indicadores: presencia de K, respuesta

anat3mica mayor a 20%, naturaleza mayor a 15%, F+% menor a 80%, presencia de respuestas espacio en blanco, presencia de respuesta o, cr3tica al sujeto, cr3tica al objeto, acentuaci3n de l3nea media, negaci3n de respuesta, respuesta en tono interrogativo y referencia a simetr3a.

<b>Tipos de Inseguridad Intelectual.</b>		
<b>Categor3a</b>	<b>Caracter3stica</b>	<b>Porcentaje en Base a n=30</b>
Ausente	- Tendencia a la oposici3n	100,0%
	- Tensi3n emocional	68,7%
	- Proyecci3n de la inseguridad	50,0%
	- Inseguridad y duda por temor a equivocarse	18,7%
	- Sentimientos de inferioridad e inseguridad subyacentes	18,7%
	- Tendencia a evitar la competencia intelectual	12,5%
Presente	- Tendencia a la oposici3n	100,0%
	- Tensi3n emocional	92,8%
	- Inseguridad y duda por temor a equivocarse	78,5%
	- Proyecci3n de la inseguridad	78,5%
	- Sentimientos de inferioridad e inseguridad subyacente	35,7%
	- Tendencia a evitar la competencia intelectual	28,5%
	- Inseguridad y angustia interior	21,4%
	- Necesidad de apoyo	7,1%

Cuadro N3 4

En el 53,3% de la muestra se observa ausencia de inseguridad intelectual, sin embargo en todos los casos se aprecian algunos 3ndices de inseguridad. De este modo, el 100% presenta tendencia a la oposici3n, en un 68,7% existe tensi3n emocional que dificulta la productividad normal, un 50% proyecta su inseguridad y agresividad a trav3s de la cr3tica, un 18,7% muestra inseguridad y duda por temor a equivocarse, lo que impide al sujeto comprometerse frente a sus propias producciones; en un 18,7% se observan sentimientos de inferioridad e inseguridad subyacentes, ambivalencia y baja autoestima, y en un 12,5% se presenta tendencia a evitar la competencia intelectual.

El 46,6% de los casos estudiados presenta inseguridad intelectual, la cual se debe en un 100% a una tendencia a la oposici3n y agresividad, como una forma de expresar inseguridad, en un 92,8% a tensi3n emocional, en un 78,5% se aprecia inseguridad y duda por temor a equivocarse, en un 78,5%

existe proyección de la inseguridad y agresividad, un 35,7% muestra sentimientos de inferioridad e inseguridad subyacente, un 28,5% exhibe tendencia a evitar la competencia intelectual, un 21,4% muestra inseguridad y angustia interior ante la propia impulsividad, y un 7,1% presenta inseguridad con necesidad de apoyo.

El tipo de inseguridad más frecuente en la muestra se caracteriza en el 100% de los casos por una inseguridad encubierta por tendencia a la oposición, en un 80% por tensión emocional, y por último, en un 63,3% por la proyección de la inseguridad a través de la crítica.

## 5.- Calidad y Originalidad del Pensamiento.

Se evaluó en cuatro categorías: alta, mediana, baja e imaginativo confabulatoria, considerando un G% disminuido como un G menor al 25% .

<b>Calidad y Originalidad de Pensamiento.</b>	
<b>Categoría</b>	<b>Porcentaje en base n=30</b>
Alta	6,7%
Mediana	40,0%
Baja	43,3%
Imaginativo Confabulatoria	10,0%

Cuadro Nº 5

En el 43,3% de los sujetos se observa una baja calidad y originalidad del pensamiento, lo que se traduce en rigidez de los procesos mentales, con un pensamiento pobre, rígido y estereotipado.

En el 40% de la muestra se aprecia una mediana calidad y originalidad del pensamiento, caracterizándose por un pensamiento realista y flexible, con una adecuada productividad intelectual, que no llega a ser original.

Un 6,7% de los casos presenta alta calidad y originalidad del pensamiento, con un pensamiento realista y objetivo, ideas originales y consistentes, con un buen desempeño intelectual.



El 10% restante mostró un tipo de pensamiento imaginativo confabulatorio, en el cual las fantasías de los sujetos distorsionan la realidad.

## 6.- Potencial Creativo.

Se evaluó según su adecuación e inadecuación, considerando en la relación  $G : M$ , un  $G$  disminuido como un  $G$  menor a  $3M$  y un  $G$  aumentado como uno mayor a tres veces el valor de  $M$ .

<b>Características del Potencial Creativo</b>		
<b>Categoría</b>	<b>Característica</b>	<b>Porcentaje en base a n=30.</b>
Adecuado		6,6%
Inadecuado	- Desequilibrio metas-potencial	64,2%
	- Ausencia de dirección eficiente	35,7%
	- Baja energía y alta creatividad	7,1%
	- Baja energía y baja creatividad	3,6%

Cuadro N° 6

Un 93,3% de la muestra presenta un potencial creativo inadecuado; el 64,2% se caracteriza por un desequilibrio entre las metas y el potencial creativo, es decir, el nivel de aspiraciones es demasiado alto en relación a la creatividad real del sujeto; en el 35,7% el potencial creativo no se utiliza plenamente por inexperiencia y ausencia de una dirección eficiente; un 7,14% tiene inhibición del potencial creativo debido a un déficit en la productividad y rendimiento general, y en un 3,6% existe un déficit tanto en el potencial como en la productividad general.

Un 6,6% de los casos presenta un adecuado potencial creativo, que se manifiesta en la capacidad para presentar ideas originales y llevarlas a cabo en forma realista y eficiente.

## 7.- Conocimiento y Comprensión Lógica de la Realidad.

Según las características que se presentaron, esta capacidad se evaluó en las categorías adecuado e inadecuado.

<b>Característica del Conocimiento y Comprensión Lógica de la realidad</b>		
<b>Categoría</b>	<b>Características</b>	<b>Porcentaje en base n=30</b>
Adecuada		<b>36,6%</b>
	- Actitud opositorista - Rigidez juicio crítico	63,6% 27,2%
Inadecuada		<b>63,3%</b>
	- Déficit juicio crítico	78,9%
	- Actitud opositorista	63,1%
	- Debilitamiento de las funciones lógicas	26,3%
	- Subjetivismo anormal	15,7%
	- Conocimiento superficial	10,5%
- Rigidez juicio crítico	5,3%	

Cuadro N°7

Un 63,3% de los sujetos presenta un inadecuado conocimiento y comprensión lógica de la realidad, que en el 78,9% se caracteriza por una dificultad en el conocimiento objetivo de la realidad debido a un juicio crítico deficiente; en el 63,1% se debe a una actitud opositorista hacia las normas del medio ambiente con escasa aceptación intelectual de los valores externos; en el 26,3% se aprecia un debilitamiento de las funciones lógicas; que se traduce en una tendencia a sacar conclusiones erróneas o evidencias inadecuadas; un 15,7% se tiene una incapacidad para mantener una actitud emocional neutra y objetiva, existiendo un acercamiento a la realidad teñido por el subjetivismo; en un 10,5% se aprecia una forma impersonal y superficial de aproximarse a la realidad, y un 5,3% muestra rigidez en el juicio crítico.

Un 36,6% de los casos presenta un adecuado conocimiento y comprensión lógica de la realidad, caracterizado por la capacidad de comprender y conocer la realidad en forma objetiva y racional. Dentro de este porcentaje, el 63,6% presenta ciertas actitudes opositoristas hacia el medio y un 27,2% exhibe algún grado de rigidez en el juicio crítico. Sólo en uno de los casos (9%) no se observa presencia de alguna característica de inadecuado.

Si bien en ambas categorías (adecuado e inadecuado) se observan actitudes opositoristas y rigidez en el juicio crítico, es importante destacar que es la combinación de éstas con el resto de las características la que da por resultado un tipo inadecuado.

### **Síntesis Area Intelectual.**

En resumen, en cuanto al tipo aperceptivo, la muestra se caracteriza por una elevada tendencia a enfocar la realidad de modo teórico y abstracto, con cierto déficit del sentido común y acentuada

tendencia a la oposición. Se observa una normal capacidad de planificación, siendo capaces de organizar, sintetizar, planificar y ejecutar las tareas. Sus rendimientos no son efectivos, ya que enfrentan en forma inadecuada la actividad intelectual principalmente por ser metas muy superiores a las reales capacidades y potencial creativo de los sujetos.

No presentan una tendencia clara de ausencia o presencia de inseguridad intelectual, pero se puede observar en todos los casos la característica de inseguridad encubierta por tendencia a la oposición.

En general, el conocimiento y comprensión lógica de la realidad es inadecuada. Esto se debe principalmente a la existencia de un juicio crítico deficiente, que no permite el conocimiento objetivo de la realidad, y a una actitud opositora hacia las normas del medio, con escasa aceptación intelectual de los valores externos.

## B.- Area Afectiva.

En esta área se analizarán las formas en que el sujeto enfrenta y maneja la vida afectiva, la capacidad de empatía, la capacidad de expresar los afectos, la agresividad y el manejo de los impulsos.

### 1.- Tipo Vivencial.

El siguiente cuadro muestra la distribución de los Tipos Vivenciales presentados por los sujetos:

Tipos Vivenciales	
Tipo Vivencial	Porcentaje en base n=30
Ambigüal	30,0%
Extraversivo desadaptativo	20,0%
Introversivo	16,6%
Extraversivo adaptativo	10,0%
Coartado unilateral polo introversivo	6,6%
Dilatado	6,6%
Coartado	3,3%
Coartativo	3,3%
Coartado unilateral polo extroversivo	3,3%

Cuadro N° 8.

En un 30% de los casos se presenta un tipo vivencial ambigüal, que se caracteriza por una buena productividad intelectual y creatividad, con capacidad de empatía y adaptación afectiva, estableciendo relaciones interpersonales tanto intensivas como extensivas.

Un 20% de la muestra presenta un tipo vivencial extraversivo desadaptativo, en el cual se aprecia un déficit en las funciones lógicas, donde el control intelectual no es suficiente para regular la afectividad, que se muestra inestable y egocéntrica. Es característico la impulsividad y obstinación.

En un 16,6% se observa un tipo vivencial introversivo, en el cual se aprecia un predominio del pensamiento abstracto y teórico, con riqueza imaginativa y creatividad. Su afectividad es equilibrada, aún cuando debido a una mayor vida interior, su capacidad de adaptación a la realidad es menor. Las relaciones interpersonales son más intensivas que extensivas.

Un 10% de los sujetos tiene un tipo vivencial extraversivo adaptativo, caracterizado por un buen funcionamiento lógico y pensamiento de tipo práctico, con afectividad lábil, pero fácilmente adaptativa y buena capacidad de ajuste a la realidad, con relaciones extensivas.

El 6,6% de los individuos exhibe un tipo vivencial coartado en el polo introversivo, en el cual existe un marcado autocontrol que inhibe fundamentalmente la imaginación y creatividad.

Un 6,6% de los casos presenta un tipo vivencial dilatado, en el cual se observa afectividad inestable, lábil, con ciertos elementos egocéntricos y escaso control emocional.

En un 3,3% de la muestra se aprecia un tipo vivencial coartado, que se caracteriza por una escasa capacidad de imaginación y un marcado autocontrol, rígido y automatizado, que no permite la expresión afectiva, dando origen a una afectividad pobre y depresiva.

Un 3,3% presenta un tipo vivencial coartativo, que se observa en sujetos lógicos, que saben someterse a una disciplina. Su humor es depresivo y su afectividad empobrecida.

Finalmente, un 3,3% presenta un tipo vivencial coartado en el polo extratensivo, en el cual el autocontrol reprime fundamentalmente las expresiones de las emociones.

### 1.2.- Tipo Vivencial Latente.

Con el objetivo de verificar la orientación primaria de los sujetos se analizaron los tipos vivenciales secundarios o latentes, de acuerdo a la fórmula planteada por Klopfer (Aracena, M., 1980).

<b>Congruencia con Orientación Vital</b>	
<b>Tipo Vivencial Latente</b>	<b>Porcentaje en base n=30</b>
No Confirma	76,6%
Confirma	23,3%

Cuadro N° 9

En el 23,3% de los casos la fórmula confirma la orientación primaria, observando congruencia en dos introversivos, dos ambiguos, un extraversivo desadaptativo, y un coartado unilateral de polo extraversivo.

En el 76,6% de los sujetos no se aprecia congruencia entre el tipo vivencial primario y el latente, lo que indica un conflicto en relación a la orientación vital del sujeto, ya que ésta no está suficientemente aceptada.

## 2.- Adaptación Emocional.

La adaptación emocional fue evaluada según su adecuación e inadecuación, considerando FC disminuido cuando FC es menor a 2.

<b>Características de la Adaptación Emocional.</b>		
<b>Categoría</b>	<b>Característica</b>	<b>Porcentaje en base n=30</b>
Adecuado	- Inhibición de emociones	100,0%
	- Estabilización introspectiva de emociones	83,3%
	- Humor depresivo	83,3%
	- Negación y/o falta de desarrollo de necesidades afectivas	66,6%
	- Intelectualización de las emociones	16,6%
	-Tendencia a imaginiería y ensueño	16,6%
	- Inmadurez	16,6%
Inadecuado	- Negación y/o falta de desarrollo de necesidades afectivas	79,1%
	- Ausencia de genuina adaptación	70,8%
	- Estabilización introspectiva de emociones	66,6%
	- Alta sugestibilidad	58,3%
	- Inhibición de emociones	58,3%
	- Humor depresivo	41,6%
	- Tendencia a imaginiería y ensueño	33,3%
	- Intolerancia y exigencia de afecto	33,3%
	- Intelectualización de las emociones	25,0%
	- Inmadurez	4,2%
	- Impulsividad afectiva	4,2%

Cuadro N° 10.

El 80% de los individuos muestra una adaptación emocional inadecuada. Dentro de este porcentaje, un 79,1% presenta una negación o falta de desarrollo de las necesidades afectivas; en un 70,8% existe ausencia de genuina adaptación afectiva con débil capacidad de empatía; un 66,6% exhibe estabilización introspectiva de las emociones; 58,3% tiene una elevada sugestibilidad, lo que significa que



las reacciones emocionales son muy dependientes de la realidad externa al sujeto; en un 58,3% se aprecia inhibición o represión de las emociones, en un 41,6% existe humor depresivo; en una menor proporción, 33,3%, se observa tendencia a la imaginación y ensueño; otro 33,3%, muestra intolerancia y exigencia de afecto, un 25% denota intelectualización de las emociones. El porcentaje restante se ubica entre inmadurez e impulsividad afectiva.

Sólo un 20% de los sujetos presenta una adecuada adaptación emocional, que se caracteriza por la capacidad de relacionarse afectiva y empáticamente con los otros. Dentro de este porcentaje, en un 100% se observa cierto grado de inhibición de las emociones que no interfiere con la adaptación; en el 83,3% se aprecia estabilización introspectiva de las emociones; en un 83,3% se encuentra humor depresivo, y en el 66,6% existe negación o falta de desarrollo de las necesidades afectivas. El porcentaje restante se ubica entre la intelectualización de las emociones, tendencia a la imaginación y ensueño e inmadurez.

### 3.- Expresión de los Afectos.

La expresión de los afectos fue evaluada de acuerdo a su adecuación o inadecuación. En el cuadro N° 11 se detallan las frecuencias observadas para cada categoría.

<b>Características de la Expresión Afectiva</b>		
<b>Categoría</b>	<b>Característica</b>	<b>Porcentaje en base n=30</b>
Adecuado		<b>10,0%</b>
Inadecuado		<b>90,0%</b>
	- Afectividad lábil	59,2%
	- Control inadecuado de emociones	59,2%
	- Ausencia de expresión afectiva	11,1%
	- Serenidad aparente con tristeza	11,1%
	- Superficialidad consciente	7,4%
	- Dominio consciente de la expresión	3,7%
	- Interferencia conflictiva de la reactividad	3,7%
	- Ausencia de control	3,7%

Cuadro N°11

Con respecto a la expresión de los afectos, un 90% de la muestra se caracteriza por una expresión afectiva inadecuada. Dentro de este porcentaje, el 59,2% presenta una afectividad lábil e impulsiva; un 59,2% muestra un control inadecuado de las emociones; en un 11,1% se observa ausencia de la expresión

de afecto; en un 11,1% se aprecia serenidad aparente con sentimientos de tristeza subyacentes; en un 7,4% se observa superficialidad consciente como un intento de controlar las manifestaciones emocionales; en un 3,7% hay un dominio consciente de la expresión y los estados de ánimo; en un 3,7% existe interferencia conflictiva de la reactividad emocional por temor a la frustración o rechazo y, en un 3,7% se observa ausencia de control.

Solamente un 10% de los casos tiene una expresión adecuada de los afectos, es decir, sólo en 3 de los casos es posible observar una expresión fácil y espontánea de la afectividad.

#### 4.- Agresividad.

Para la muestra en estudio, ésta característica se considera adecuado aún con la presencia de S menor o igual a 12%. Dado que teóricamente todos los casos de la muestra presentan un elevado índice de oposicionismo, se decidió modificar el porcentaje de respuesta en espacio en blanco (S) menor a 3% a un S menor o igual a 12%, quedando este porcentaje como lo esperado para la muestra.

Como la dispersión en el porcentaje de respuesta en blanco muestral es grande (4% a 50%) se decidió dividir el porcentaje de las respuestas S en tres niveles que lograrán discriminar el grado de agresión y oposicionismo. Los niveles son los siguientes:

- Bajo : S menor o igual a 12%
- Medio: S entre 13% y 24%
- Alto : S mayor a 24%

Un nivel bajo de respuestas S significa un adecuado grado de oposición, en tanto que medio y alto se consideran grados inadecuados.

<b>Características de los Impulsos Agresivos</b>		
<b>Categoría</b>	<b>Característica</b>	<b>Porcentaje en base a n=30</b>
Adecuado		<b>23,3%</b>
Inadecuado		<b>76,6%</b>
	- Contenidos agresivos y/u oposicionismo alto	47,8%
	- Contenidos agresivos y/u oposicionismo medio	43,4%
	- Agresión dirigida hacia el medio	34,7%
	- Autoagresión	17,3%
	- Represión de la agresividad	13,0%
	- Inhibición inconsciente	8,7%

Cuadro N° 12

El 76,6% de los casos presenta un inadecuado manejo en la expresión de los impulsos agresivos. De éstos, un 47,8% muestra un alto nivel de oposicionismo y contenidos agresivos; un 43,4% posee un nivel medio de oposición; en un 34,7% se observa que la agresión esta dirigida hacia el medio, mientras que en el 17,3% es autoagresión; en el 13% se constata represión de los impulsos agresivos y en un 8,7% existe inhibición inconsciente y profunda de la agresión.

El 23,3% de la muestra no manifiesta presencia de impulsos agresivos.

## 5.- Vida Impulsiva.

La evaluación de la vida impulsiva fue designada en los términos de adecuado o inadecuado. Se consideró adecuado aún cuando la relación M : FM fuera de 1:1.

<b>Características del Manejo de la Vida Impulsiva.</b>		
<b>Categoría</b>	<b>Característica</b>	<b>Porcentaje en base n=30</b>
Adecuado	- Tipo 1	80,0%
	- Tipo 2	20,0%
Inadecuado	- Inhibición de la vida impulsiva	55,0%
	- Incapacidad de postergación	35,0%
	- Socialización deficiente	10,0%
	- Actitud egocéntrica con necesidad de gratificación inmediata	5,0%
	- Impulsos inconscientes amenazantes	5,0%

Cuadro N°13

En un 66,7% de los individuos se presenta un inadecuado manejo de la impulsividad, que en un 55% se caracteriza porque la vida impulsiva ha sido inhibida por los valores conscientes del sujeto; en un 35% por incapacidad de postergar la gratificación de los impulsos orientando su conducta hacia metas de corto alcance; en un 10% la inadecuación se debe a una deficiente socialización; un 5% tiene la necesidad de gratificación inmediata, con gran preocupación por necesidades egocéntricas y en un 5% se observan impulsos inconscientes e incontrolables que amenazan la integridad de la personalidad.

Un 33,3% de los sujetos exhibe un adecuado manejo de la impulsividad, que implica ausencia de conflicto entre la vida impulsiva y el sistema de valores. Dentro de este porcentaje, el 80% se caracteriza por una espontaneidad madura y adecuado desarrollo del sistema de valores, con buen control y

aceptación de los impulsos, y en un 20% se observan comportamientos infantiles pero sin perjuicio de la madurez.

## 6.- Control de Impulsos.

En relación al control de impulsos, se evaluó en primer lugar el grado de control, que se presenta en términos de éxito o fracaso, con sus intentos de control adecuado o inadecuado; y en segundo lugar, el tipo de control realizado, es decir si éste es principalmente externo o interno.

<b>Grado, Tipo e Intentos de Control.</b>		
<b>Categoría</b>	<b>Característica</b>	<b>Porcentaje en base a n=30</b>
Grado de Control	- Exito	20,0%
	- Fracaso	80,0%
Tipo de Control	- Control externo	66,6%
	- Control interno	33,3%
Intentos de Control	- Adecuado	50,0%
	- Inadecuado insuficiente	33,3%
	- Inadecuado excesivo	16,6%

Cuadro N°14

En el 80% de los casos, se observa fracaso en el intento de controlar los impulsos afectivos, y el 20% restante logra con éxito un manejo de los impulsos cuando interfiere la afectividad.

Sin embargo, existe en un 50% de la muestra adecuados intentos por controlar estos impulsos; el resto presenta inadecuados intentos por controlar los impulsos afectivos, ya sea por un intento insuficiente (33,3%) o excesivo (16,6%).

El tipo de control que presentó mayor frecuencia fue el control externo (66,6%), caracterizado por un acentuado influjo e involucración en los contactos emocionales con el mundo exterior, por lo tanto sus expresiones son rápidamente manifestadas pero siempre bajo la modulación de la esfera intelectual, mostrando una relación armónica entre los afectos y la impulsividad. En un 33,3% de los sujetos se observa un control interno de los impulsos, es decir existe una menor influencia de los estímulos externos, centrándose en los propios puntos de vista e ideas.

**Síntesis del Area Afectiva.**

En relación a la orientación vital, se presenta una leve tendencia de un tipo vivencial ambigüal, pero ésta no alcanza a ser estadísticamente significativa, existiendo a la base un conflicto con respecto a ésta. También se observa una escasa adaptación emocional con negación o falta de desarrollo de las necesidades afectivas.

La expresión de los afectos es inadecuada, con una afectividad lábil e impulsiva, con expresión de los impulsos agresivos y un alto oposicionismo.

El manejo de la impulsividad es inadecuado debido a que está inhibida por los valores conscientes del sujeto. De igual modo el control de los impulsos es ineficiente, a pesar de realizar intentos adecuados por lograrlo. El tipo de control más utilizado es de tipo externo.

## C.- Area de Relaciones Interpersonales .

En esta área se evalúa el interés por los demás, la capacidad para interactuar e involucrarse de modo maduro, el nivel de interiorización de las normas del medio y la capacidad para comprenderlas intelectualmente, aceptarlas y comprometerse con ellas, así como también la capacidad de manifestar las emociones y el grado de oposicionismo que presenta el sujeto.

### 1.- Interés por los Demás.

Esta característica se evaluó de acuerdo a la ausencia o presencia de interés, el que a su vez podría ser adecuado o inadecuado.

<b>Características del Interés por los Demás</b>			
<b>Categoría</b>	<b>Subcategoría</b>	<b>Característica</b>	<b>Porcentaje en base a n=30</b>
Ausencia			10,0%
Presencia			90,0%
	- Adecuada		11,1%
	- Inadecuada		88,8%
		- Miedo al contacto	70,0%
		- Tendencias hostiles	50,0%
		- Preocupación excesiva por los demás	33,3%
		- Falta de contacto afectivo directo	25,0%
		- Exagerado respeto por los demás	16,0%

Cuadro N° 15

En el 90% de los casos se observa presencia de interés por los demás. En el 88,8% este interés es inadecuado, fundamentalmente por miedo al contacto con los demás, lo que impide el establecimiento de lazos estrechos (70%); en un 50% se aprecian tendencias hostiles expresadas en la crítica y oposición hacia los demás; un 33,3% presenta una excesiva preocupación por la opinión de los demás; un 25% muestra una falta de contacto afectivo directo y franco; y por último, el 16% exhibe un exagerado convencionalismo y respeto por los demás. Sólo en un 11,1% se observa presencia adecuada, lo que significa que son capaces de establecer y mantener contactos interpersonales abiertos y francos.



Un 10% de los sujetos muestra ausencia de interés genuino por los demás, lo que indica falta de interés real y dificultad para empatizar e interactuar con otros.

## 2.- Actitud Frente a los Demás.

Esta actitud se evaluó en términos de adecuada e inadecuada, según los indicadores de la pauta propuesta.

<b>Características de la Actitud Frente a los Demás.</b>		
<b>Categoría</b>	<b>Característica</b>	<b>Porcentaje en base a n=30</b>
Adecuado		<b>6,6%</b>
Inadecuado		<b>93,3%</b>
	- Deficiente socialización	82,1%
	- Ansiedad en el contacto	32,1%
	- Preocupación excesiva por opinión de los demás	17,8%
	- Falta de espontaneidad	10,7%
	- Tendencias hostiles	7,14%

Cuadro N° 16

El 93,3% de los individuos presenta una actitud inadecuada frente a los demás. En un 82,1% se debe a socialización deficiente; en un 32,1% a ansiedad en el contacto, con dificultad para establecer vínculos directos; un 17,8% tiene una excesiva preocupación por la opinión de los demás; el 10,7% muestra falta de espontaneidad debido a un exagerado convencionalismo que lleva a ocultar aspectos de si mismo; y un 7,14% presenta tendencias hostiles y crítica hacia los demás.

Sólo el 6,6% de la muestra presenta una actitud adecuada frente a los demás, que se simboliza en un apropiado interés, espontaneidad en los contactos, capacidad de empatía, adecuado grado de socialización y ausencia de inhibición, egocentrismo, desconfianza y represión neurótica de las emociones.

## 3.- Grado de Socialización.

<b>Distribución del Grado de Socialización</b>		
<b>Categoría</b>	<b>Característica</b>	<b>Porcentaje en base a n=30</b>
Adecuado		20,0%
Inadecuado		80,0%
	- Deficiente socialización	87,5%
	- Labilidad emocional atenuada	58,3%
	- Disposición emocional inefectiva	8,33%
	- Egocentrismo	4,16%
	- Convencionalismo	4,16%

Cuadro N° 17

El 80% de los sujetos muestra un grado de socialización inadecuado, que se caracteriza en un 87,5% por socialización deficiente expresada en una menor consideración de los demás, junto a una excesiva preocupación por si mismo; el 58,3% muestra ciertos elementos egocéntricos, con impulsos emocionales lábiles, que se encuentran atenuados por saber o suponer que los demás deben ser considerados. El resto del porcentaje (8,32%) se ubica entre la existencia de una disposición emocional inefectiva, convencionalismo y egocentrismo.

El 20% de los individuos presenta un grado adecuado de socialización, que se traduce en la capacidad de interiorizar las normas del medio, mantener un equilibrio entre las necesidades internas y externas, y la capacidad de manifestar las emociones, deseos e impulsos de modo un socialmente aceptado.

## 4.- Grado de Oposición.

Se considera adecuado cuando las respuestas S son menores o iguales al 12%.

<b>Grado de Oposición</b>	
<b>Categoría</b>	<b>Porcentaje en base a n=30</b>
Adecuado	30,0%
Inadecuado	70,0%

Cuadro N° 18

En el 70% de los casos se aprecia un inadecuado grado de oposición, lo que implica una elevada tendencia a oponerse y ver la realidad de manera distinta a la habitual; y en el 30% esta tendencia se presenta adecuada.

### 5.- Ajuste y Adaptación a las Normas Sociales.

<b>Ajuste y Adaptación a las Normas Sociales</b>	
<b>Categoría</b>	<b>Porcentaje en base a n=30</b>
Adecuado	26,6%
Inadecuado	73,3%

Cuadro N° 19

El 73,3% de los sujetos muestra desajuste e inadaptación social, debido a la falta de aceptación y compromiso con las normas sociales y elevada tendencia a la oposición.

Un 26,6% de los individuos presenta ajuste y adaptación a las normas sociales, con aceptación y compromiso, tanto cognitivo como conductual, de las normas del medio.

### **Síntesis del Area de las Relaciones Interpersonales.**

Los sujetos en estudio se caracterizan por presentar un inadecuado interés por los demás debido fundamentalmente a que existe miedo al contacto con los otros, lo que les impide establecer lazos estrechos. La actitud frente a los demás es inadecuada, debido principalmente a un déficit en la socialización.

La adaptación social es inadecuada debido a una falta de aceptación y compromiso de las normas sociales, y una elevada tendencia a oponerse y ver la realidad de manera distinta a la habitual.

## D.- Area de la Sexualidad.

En esta área se evalúa la identificación sexual, el control de los impulsos y la ausencia de shocks, lo que indica una expresión apropiada de la sexualidad.

Para ello se han considerado los contenidos simbolizados en las láminas III, IV, VI y VII, por ser éstas las más relacionadas con la identificación y la sexualidad (Pág.134, Aracena, M., 1980).

Para determinar la identificación sexual se recurrió a algunos de los indicadores propuestos por Schaffer (Pág.35-38) en el capítulo sobre los análisis temáticos.

### 1.- Identificación Sexual.

La identificación sexual se evaluó como adecuada e inadecuada. Se considera inadecuada cuando existen 1 o más de los siguientes indicadores: referencia a perversiones, cierta identificación con el sexo opuesto y/o una concepción hostil sobre el rol del propio sexo. Se considera adecuada cuando no existe ninguno de los indicadores antes mencionados.

<b>Características de la Identificación Sexual</b>			
<b>Categoría</b>	<b>Sexo</b>	<b>Característica</b>	<b>Porcentaje en Base a n=30</b>
Adecuada			<b>60,0%</b>
	- Hombres		55,5%
	- Mujeres		44,4%
Inadecuada	- Hombres		<b>40,0%</b>
			66,6%
		- Cierta identificación femenina	62,5%
		- Concepción hostil del rol masculino	50,0%
	- Mujeres		33,3%
			- Cierta identificación masculina
		- Concepción hostil del rol femenino	25,0%
	- Referencia a perversión	25,0%	

Cuadro N° 20

En el 60% de los casos la identificación sexual es adecuada, es decir, presenta la capacidad de identificarse sexualmente de acuerdo al rol y actuar conforme a él. Dentro de este porcentaje, un 55,5% corresponde a identificación en hombres y en un 44,4% a mujeres.

En un 40% de los sujetos presenta una identificación sexual inadecuada, que en un 66,6% corresponde a hombres y un 33,3% a mujeres.

Dentro de los hombres, un 62,5% tiene cierta identificación con el sexo femenino y un 50% muestra una concepción hostil del rol masculino.

Dentro del porcentaje de mujeres, un 50% presenta cierta identificación masculina, un 25% posee una concepción hostil del rol de ellas, lo que implica una actitud de rechazo hacia los roles femeninos convencionales y en un 25% se observa referencia a perversiones.

## 2.- Control de Impulsos Sexuales.

Se considera adecuado si cumple con al menos dos de los siguientes indicadores: F- menor a 2, M mayor que FM y F+% extenso. entre 80 y 100%.

<b>Distribución del Control de Impulsos Sexuales.</b>		
<b>Categoría</b>	<b>Sexo</b>	<b>Porcentaje en base a n=30</b>
Adecuado	- Hombres	50,0%
	- Mujeres	50,0%
Inadecuado	- Hombres	66,6%
	- Mujeres	33,3%

Cuadro N° 21

El 60% de la muestra tiene un control de impulsos inadecuados; el 66,6% corresponde a hombres y el 33,3% a mujeres.

El 40% restante presenta un control de impulsos adecuados, con una buena capacidad para aceptar y controlar los impulsos.

**3 .- Shock Sexual.**

Esta característica se evaluó según presencia o ausencia. En el cuadro siguiente se muestra cómo se distribuyen los casos en torno a este criterio.

<b>Frecuencia de Shock Sexual</b>	
<b>Categoría</b>	<b>Porcentaje en base a n=30</b>
Ausencia	33,3%
Presencia	66,6%

Cuadro N° 22

El 66,6% de los sujetos presenta shocks, es decir, evidencia dificultades en el control e identificación sexual.

Un 33,3% de los casos muestra ausencia de shocks, lo que se traduce en una buena capacidad para controlar y aceptar los componentes de la sexualidad, lo que permite establecer relaciones estables con el sexo opuesto.

**Síntesis del Area Sexual.**

En general, se observa que los sujetos son capaces de identificarse sexualmente de acuerdo al rol genérico y actuar conforme a él.

En relación al control de impulsos se aprecia cierta dificultad y conflicto para aceptar y controlar los propios impulsos sexuales, aún cuando esto no interfiere la posibilidad de establecer relaciones con ambos sexos.



## **PERFIL DE PERSONALIDAD EN LOS ADOLESCENTES DIABETICOS: DISCUSION Y CONCLUSION AL RESPECTO.**

A continuación se intentará relacionar los resultados obtenidos en la aplicación del Test de Rorschach al grupo de adolescentes diabéticos, con las características de personalidad obtenidas por Julio Bascur en su estudio sobre adolescentes normales. El objetivo es tratar de descubrir la existencia o bien ausencia de un perfil típico de las características de personalidad de los adolescentes diabéticos.

Para hacer más completa esta relación, y debido a que no se encontraron estudios en adolescentes normales utilizando la pauta de Ana María Alessandri - lo que permitiría una mejor base de comparación- se tomarán algunos aportes de Arteaga y otros (1985) y de la literatura sobre adolescencia normal.

### **Personalidad en los Diabéticos.**

A los adolescentes diabéticos evaluados es posible caracterizarlos según las 4 áreas de la personalidad descritas por Alessandri:

#### **1. Area Intelectual:**

En cuanto al tipo aperceptivo, la muestra se caracteriza por una elevada tendencia a enfocar la realidad de modo teórico y abstracto, con cierto déficit del sentido común y acentuada tendencia a la oposición. Se aprecia una capacidad de planificación normal, siendo capaces de organizar, sintetizar, planificar y ejecutar las tareas. Sus rendimientos resultan inefectivos, enfrentando inadecuadamente la actividad intelectual, principalmente por ser las metas muy superiores a las reales capacidades y potencial creativo de los sujetos.

No tiene una tendencia clara de ausencia o presencia de inseguridad intelectual, pero se puede observar en todos los casos la característica de inseguridad encubierta por tendencia a la oposición.

En general el conocimiento y comprensión lógica de la realidad (examen de realidad) es inadecuado. Esto se debe principalmente a la existencia de un juicio crítico deficiente, que no permite el conocimiento objetivo de la realidad y a una actitud oposicionista hacia las normas del medio, con escasa aceptación intelectual de los valores externos.

#### **2. Area Afectiva:**

En relación a la orientación vital, se presenta una leve tendencia al tipo vivencial ambiguo, pero ésta no alcanza a ser estadísticamente significativa, existiendo a la base un conflicto con respecto a ésta. También se observa una escasa adaptación emocional con negación o falta de desarrollo de las necesidades afectivas.

La expresión de los afectos es inadecuado, con una afectividad lábil e impulsiva, con expresión de impulsos agresivos y un alto opositorismo.

El manejo de la impulsividad es inadecuado debido a que está inhibida por los valores conscientes del sujeto. De igual modo el control de los impulsos es ineficiente a pesar de realizar intentos adecuados por lograrlo. El tipo de control más utilizado es de tipo externo.

### **3. Area de las Relaciones Interpersonales:**

Los sujetos se caracterizan por presentar un interés inadecuado por los demás, debido fundamentalmente a que existe miedo al contacto con los otros, lo que les impide establecer lazos estrechos. La actitud frente a los demás es inadecuada, debido principalmente a un déficit en la socialización.

La adaptación social es inadecuada, debido a una falta de aceptación y compromiso de las normas sociales y una elevada tendencia a oponerse y ver la realidad de manera distinta a la habitual.

### **4. Area Sexual:**

En general, se observa que los sujetos son capaces de identificarse sexualmente de acuerdo al rol genérico y actuar conforme a él.

En relación al control de impulsos, se aprecia cierta dificultad y conflicto para aceptar y controlar los propios impulsos sexuales, aún cuando esto no interfiere la posibilidad de establecer relaciones con ambos sexos.

Al contrastar las características antes mencionadas con los hallazgos de Bascur y Villaseca, se observa lo siguiente:

En el área intelectual, es posible apreciar con respecto al tipo aperceptivo, que tanto los adolescentes diabéticos como los adolescentes normales se caracterizan por un déficit en el sentido común y práctico, con una tendencia a enfrentar las situaciones de modo global y teórico, sin considerar los aspectos más obvios de la realidad. En este punto, lo más distintivo de los jóvenes diabéticos parece ser la **acentuada tendencia a la oposición.**

En relación a la inefectividad del rendimiento observada en los adolescentes diabéticos, se encuentra descrito en la literatura (Grupo de avance para la Psiquiatría, 1978) que el desarrollo de las capacidades intelectuales del adolescente contribuye a un amplio crecimiento de intereses, aptitudes y actividades que en la acción concreta producen escasos frutos, debido a que el joven está aún demasiado preocupado por sí mismo, como para dar curso real a sus planes, quedando éstos como meros deseos o fantasías que superan sus posibilidades reales de acción. Por ello, no es extraño encontrar que estos adolescentes tengan rendimientos poco efectivos - a pesar de poseer una capacidad de planificación normal - debido al desequilibrio entre las capacidades reales y sus potenciales de creación.

Con respecto a la presencia de pensamiento pobre y estereotipado (originalidad de pensamiento de baja calidad), y un examen de la realidad inadecuado en los diabéticos, se sabe que, en general, los adolescentes normales van desarrollando un mayor control formal y lógico sobre las expresiones más espontáneas de la personalidad, no logrando aún un control completo y adecuado en esta esfera de funcionamiento (Bascur y Villaseca, 1985). Ello podría explicar la pobreza y estereotipia de los pensamientos, mientras que la falta de un control adecuado explicaría la presencia de ciertos elementos subjetivos, muy propios de la adolescencia, que estarían distorsionando el examen de realidad. Es importante destacar que el adolescente, sólo en la adolescencia tardía (hacia los 21 años), logra una consideración más objetiva de la realidad (Maddaleno, M., 1986 en Florenzano, R.; Horwitz, N.; Pena, M., 1991) y el grupo de adolescentes diabéticos está compuesto en su mayor parte por jóvenes de menor edad.

En el área de la afectividad se ha encontrado en los diabéticos un tipo vivencial ambiguo, lo que confirma los hallazgos de Bascur y Villaseca, quienes a diferencia de Arteaga y otros (1985) han observado que en la adolescencia es característico el predominio de rasgos introversivos y extraversivos, esto es, un tipo ambiguo. Esto se debe a que los adolescentes, en su desarrollo y búsqueda de identidad, tienden en primera instancia a volcar su mirada hacia sí mismos y luego hacia los demás (Maddaleno, M., 1986 en Florenzano, R.; Horwitz, N.; Pena, M., 1991). En este período de definición también es característico que se presenten conflictos en relación a la orientación vital.

En cuanto a la adaptación emocional y expresión de afectos, las características que aparecen en los diabéticos se aproximan a las descritas por Maddaleno, M., (en Florenzano, R.; Horwitz, N.; Pena, M., 1991) en la adolescencia inicial (10-12 años). Esto sugiere que **los adolescentes de este grupo presentan una mayor inmadurez afectiva que los adolescentes normales, denotando importante labilidad y marcada agresividad**, dirigida especialmente hacia el medio, que podría constituir una forma de rebelarse ante la impotencia de no poder controlar la condición de enfermedad que los aqueja, como también podría deberse a una excesiva sobreprotección de los padres, que impide un desarrollo normal del adolescente.

Con respecto al manejo de impulsos, tanto en los adolescentes diabéticos como en los normales se aprecia una tendencia a la gratificación inmediata, más que al sometimiento a metas de largo alcance. Esto es más acentuado en los adolescentes más jóvenes (púberes) que en los mayores, en los cuales aparece cierta subordinación de la vida instintiva a la jerarquía de valores. La característica distintiva de los diabéticos está en un **inadecuado manejo de la vida impulsiva**, no por una tendencia a la gratificación inmediata sino **por una inhibición inconsciente de los impulsos por los valores conscientes de los sujetos**, más que un avance hacia la integración de los impulsos entre sí, tal como lo plantean las teorías del desarrollo psicológico.

En relación al control e inhibición de los impulsos, el Grupo de Avance para la Psiquiatría (1978) comenta que la conducta impulsiva puede ser un medio normal para aliviar la tensión y la ansiedad, sin embargo, la adquisición del control sobre esos impulsos no consiste en la inhibición de su expresión sino en una reorientación de ellos hacia fines constructivos. La inhibición podría ser entonces una forma de

evadir los conflictos subyacentes a la enfermedad, un intento de evitarla, ya que les resulta difícil aceptar tal condición; no habría resolución del conflicto, por lo que éste permanecerá latente.

En el área de las relaciones interpersonales, los adolescentes en general presentan un mayor interés y preocupación por sus semejantes, existiendo una marcada tendencia a buscar el trato social con activa búsqueda de los otros, de disfrutar su compañía, con real inquietud por los demás (Bascur y Villaseca, 1985). En los adolescentes diabéticos, si bien aparece el interés por los demás, en vez de buscar el contacto lo evita. **El diabético rehuye el contacto, mostrándose esquivo, exhibiendo ansiedad y/o miedo a las relaciones y ciertas tendencias hostiles**, lo que podría explicarse como una defensa inconsciente frente al temor al rechazo que causa la enfermedad, ya que justo en el período en que el adolescente desea pertenecer a un grupo de pares y ser aprobado, sufre la profunda decepción de ser distinto a los demás. Es posible observar que el diabético siente esta diferencia, la que expresa conscientemente - en el grupo - con un exagerado miedo a sufrir reacciones hipoglucémicas, en las cuales pueden presentar conductas irracionales como llanto, mal genio, que lo pueden llevar al ridículo, al rechazo o castigo por parte de los que no saben su enfermedad (Revista de Diabetes Juvenil Uruguay, 1993).

Debido a la dificultad para establecer contactos estrechos, es esperable que la adaptación social de estos jóvenes sea inadecuada, ya que tiene menores probabilidades de socialización, tendiendo más hacia el retraimiento como forma de oposición a las normas de aceptación-rechazo impuestas por el grupo.

Finalmente, en el área sexual, los adolescentes diabéticos muestran dificultad y conflicto en relación al control de impulsos, lo cual es absolutamente normal en la adolescencia, ya que los cambios biológicos de esta etapa dan un fuerte ímpetu a las fuerzas instintivas, y el adolescente debe hacer frente a esos impulsos a través de controles intelectuales, que no siempre son efectivos, buscando protegerse de los sentimientos de culpa y vergüenza que ocasiona el hecho de ceder ante ellos (Grupo para el Avance de la Psiquiatría, 1978).

A modo de síntesis, puede observarse que los adolescentes diabéticos se caracterizan por presentar alteraciones en prácticamente todas las áreas evaluadas, sin embargo, ello no dista de las características normales de personalidad en el adolescente.

No obstante, en una visión más detallada, como la expuesta anteriormente, es posible apreciar ciertos rasgos propios de este grupo:

- Tipo de pensamiento global y abstracto, con acentuada tendencia a la oposición.
- Adaptación emocional y expresión de los afectos más inmadura que los adolescentes normales, evidenciando una marcada agresividad.
- Inadecuado manejo de la vida impulsiva, debido a una inhibición inconsciente de los impulsos por los valores del sujeto.

- Evitación de las relaciones y contacto social, con dificultad para establecer lazos sociales estrechos, debido principalmente a la presencia de ansiedad y tendencias hostiles.
- Dificultad en la adaptación social, con altos grados de oposición y dificultad en la socialización.

Finalmente, es importante destacar que estas características son similares a las encontradas en pacientes anoréxicas (Alvarez, M. y Taboada, M., 1994) y en sujetos con desorden de pánico (Andreucci, P. y Messina, L., 1989).



## **ANALISIS COMPARATIVO Y DESCRIPTIVO SEGUN NIVEL SOCIOECONOMICO, SEXO Y EDAD.**

Uno de los objetivos de este trabajo contempla la comparación de los adolescentes diabéticos, por nivel socio económico, sexo y edad, al interior del grupo.

Para ello en primera instancia se había considerado trabajar con la prueba de chi cuadrado ( $X^2$ ), sin embargo como no se logró contar con el número suficiente de casos para cada celdilla, que permitiera una comparación válida en las categorías de análisis, se desechó su aplicación y se optó por utilizar la prueba de la significación de la diferencia entre proporciones, para comparar los subgrupos dentro del colectivo, considerándose estadísticamente significativo un puntaje z mayor o igual a 1,96 con una probabilidad P menor o igual a 5%. Este tipo de análisis consiste en comparar los porcentajes calculados sobre cada uno de los totales que constituyen los subgrupos (Briones, G., 1985).

En el caso de la comparación por nivel socioeconómico, se dicotomizó la muestra en dos subgrupos, nivel socioeconómico alto y nivel socioeconómico bajo. La ausencia de un nivel socioeconómico medio se debe a que sólo se presentaron tres casos en este nivel, por lo cual se optó por integrarlos al nivel socioeconómico alto, de acuerdo con resultados encontrados en otras investigaciones (Berczely, M., Domínguez, M. O., Lavado, E., 1993).

La comparación según edad, si bien no estaba contemplada en los objetivos iniciales, se hizo necesaria debido a la heterogeneidad que en cuanto a esta variable presentó la muestra, ya que en ella las edades fluctúan entre los 13 y 21 años. Para proceder a la comparación la muestra fue subdividida en dos grupos: adolescentes entre 13 y 16 años, y adolescentes entre 17 y 21 años, considerando las etapas media y tardía descritas por Maddaleno (en Florenzano, R.; Horwitz, N. , y Pena, M., 1991).

### **Comparación Según Nivel Socioeconómico.**

En este punto, se contrastan las características de personalidad (evaluadas a través del test de Rorschach y sistematizadas según la pauta de Ana María Alessandri) de los adolescentes diabéticos de nivel socioeconómico alto (21 sujetos) con las características de personalidad de los adolescentes diabéticos de nivel socioeconómico bajo (9 sujetos). Para determinar el nivel socioeconómico de esos jóvenes fue aplicada la escala de estratificación socioeconómica de Himmel adaptada por Pinto, Gallardo y Wenk en 1991 (Anexo V).

A continuación se expone un cuadro resumen de los resultados obtenidos. En la primera columna, se presentan las características de personalidad evaluadas, las cuales se agrupan en cuatro áreas: intelectual, afectiva, de relaciones interpersonales y sexual. En la siguiente columna, se exhiben los puntajes z, que son la resultante de la prueba de significación de proporciones; y en la última columna se



muestra la probabilidad que debe ser menor o igual a 0,05 para dar por resultado un z estadísticamente significativo.

<b>Características</b>	<b>Z</b>	<b>Probabilidad</b>
<b>Area Intelectual</b>		
Efectividad del Rendimiento	0.506	0.613
Inseguridad Intelectual	0.557	0.578
Potencial Creativo	0.193	0.847
Conocimiento y Comprensión de la realidad	0.153	0.878
<b>Area Afectiva</b>		
Adaptación Emocional	1.314	0.189
Expresión de los Afectos	0.512	0.609
Agresividad	0.352	0.725
Vida Impulsiva	0.424	0.672
Control de Impulsos	0.317	0.751
<b>Area de Relaciones Interpersonales</b>		
Interés por los Demás	0.573	0.567
Actitud Frente a los Demás	0.110	0.913
Grado de Socialización	1.314	0.189
Grado de Oposición	0.352	0.725
Ajuste Social	0.970	0.332
<b>Area Sexual</b>		
Identificación Sexual	0.876	0.381
Control de Impulso sexual	0.106	0.916
Shock Sexual	0.430	0.667

Como se puede apreciar a partir de los datos que muestra el cuadro, no se observan diferencias estadísticamente significativas entre los subgrupos anteriormente descritos, lo cual estaría indicando que tanto los adolescentes de nivel socioeconómico alto como los del bajo compartirían similares características de personalidad.

## Comparación Según Sexo.

En el cuadro que sigue se resumen los resultados obtenidos al comparar las características de personalidad observadas en el grupo de hombres (18 sujetos) con las observadas en el grupo de mujeres (12 sujetos):

Características	Z	Probabilidad
<b>Area Intelectual</b>		
Efectividad del Rendimiento	0.356	0.722
Inseguridad Intelectual	0.863	0.388
Potencial Creativo	1.072	0.284
Conocimiento y Comprensión de la realidad	0.115	0.909
<b>Area Afectiva</b>		
Adaptación Emocional	0.071	0.944
Expresión de los Afectos	0.356	0.722
Agresividad	1.525	0.127
Vida Impulsiva	0.401	0.689
Control de Impulsos	0.130	0.896
<b>Area de Relaciones Interpersonales</b>		
<b>Interés por los demás</b>	<b>3.555</b>	<b>0.000</b>
Actitud Frente a los Demás	0.527	0.598
Grado de Socialización	0.071	0.944
Grado de Oposición	0.251	0.802
Ajuste Social	0.239	0.811
<b>Area Sexual</b>		
Identificación Sexual	0.224	0.823
Control de Impulso Sexual	0.551	0.581
Shock Sexual	0.399	0.690

En cuanto a la variable sexo, se puede apreciar en términos generales, que no se evidencian diferencias estadísticamente significativas entre el sexo masculino y femenino con respecto a características de personalidad y comportamiento frente al test de Rorschach, sin embargo, en un análisis

más detallado es posible observar que en el área de relaciones interpersonales la característica rotulada "Interés por los demás" crea una diferencia entre ambos subgrupos. Esta diferenciación se debe a que una mayor proporción de adolescentes de sexo femenino muestra interés por los demás, no observando ningún caso de ausencia de interés en este grupo, en tanto que en los jóvenes de sexo masculino se presentan 3 casos de ausencia de interés por los demás.

## **Comparación Según la Edad.**

En el siguiente cuadro se exponen un resumen de los resultados obtenidos al comparar las características de personalidad de los adolescentes entre los 13 y 16 años con las características de personalidad que presentan los adolescentes entre los 17 y 21 años, entendidos los grupos etarios en que se dividió la muestra como adolescencia media y adolescencia tardía, respectivamente.

<b>Características</b>	<b>Z</b>	<b>Probabilidad</b>
<b>Area Intelectual</b>		
Efectividad del Rendimiento	0.510	0.605
Inseguridad Intelectual	-0.274	0.784
Potencial Creativo	-0.341	0.733
Conocimiento y Comprensión de la Realidad	0.375	0.708
<b>Area Afectiva</b>		
Adaptación Emocional	0.651	0.515
Expresión de los Afectos	-0.553	0.581
Agresividad	0.871	0.384
Vida Impulsiva	-0.122	0.903
Control de Impulsos	0.322	0.748
<b>Area de Relaciones Interpersonales</b>		
Interés por los Demás	0.496	0.620
Actitud Frente a los Demás	0.306	0.760
Grado de Socialización	0.651	0.515
Grado de Oposición	0.871	0.384
<b>Ajuste Social</b>	<b>2.212</b>	<b>0.027</b>

<b>Características</b>	<b>Z</b>	<b>Probabilidad</b>
<b>Area Sexual</b>		
Identificación Sexual	0.851	0.395
Control de Impulso Sexual	0.855	0.393
Shock Sexual	0.659	0.510

En relación a la variable edad se puede observar en un análisis global que no se presentan diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de edad (13 a 16 años y 17 a 21 años). No obstante, al realizar un análisis más fino, se aprecia que en el área de relaciones interpersonales, específicamente en la característica denominada "Ajuste Social" se establece una diferencia estadísticamente significativa entre ambos subgrupos debido a que una mayor proporción de jóvenes ubicados en la adolescencia media (6 de 11) presentan un ajuste social adecuado en comparación con los jóvenes de la adolescencia tardía (2 de 9).

***CONCLUSIONES.***

## **CAPITULO 5.**

### **RESUMEN DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS Y CONCLUSIONES.**

La presente investigación consistió en la aplicación del test de Rorschach a 30 adolescentes diabéticos insulino dependientes, de ambos sexos, de nivel socioeconómico alto, medio y bajo.

El objetivo principal de este estudio se centró en la descripción de las características de personalidad de estos jóvenes, basado en los indicadores de la pauta de Ana María Alessandri, para luego identificar un perfil característico. Para ello se procedió a la aplicación del test y a un análisis estructural de los protocolos.

Una vez obtenidos los resultados se realizó un análisis estadístico de ellos, y posteriormente, se llevo acabo la comparación, al interior del grupo, por nivel socioeconómico, sexo y edad, utilizando la prueba de significación de la diferencia entre proporciones. La variable edad, a pesar de no estar contemplada en los objetivos iniciales, fue necesario incluirla debido a la heterogeneidad que en torno a ésta presentaba la muestra, ya que las edades de los sujetos fluctuaban entre los 13 y 21 años.

A continuación se exponen las conclusiones que derivan del análisis estadístico de los resultados obtenidos, los cuales sólo poseen carácter hipotético, teniendo en cuenta que será necesaria una comprobación posterior para poder ser generalizados a una población más amplia.

Es importante destacar que en una primera instancia, el análisis estadístico de los resultados muestra que no existirían diferencias estadísticamente significativas entre los adolescentes normales y los adolescentes diabéticos, lo que significa que los adolescentes, tanto normales como diabéticos, exhibirían características de personalidad similares. Este, por si solo, constituye un importante hallazgo, pues se esperaba, y más bien se pensaba al inicio de este estudio que el padecimiento de esta enfermedad influiría fuertemente sobre la personalidad de los jóvenes diabéticos. No obstante, estos resultados vienen a confirmar los obtenidos por Olatawara (en García de los Ríos, M.,1992), quien no encuentra diferencias de personalidad significativas al comparar cincuenta niños diabéticos y cincuenta niños que no portaban esta enfermedad.

En una segunda instancia y como parte de uno de los objetivos de este trabajo, se compararon los resultados obtenidos a través del análisis estadístico con los resultados encontrados en estudios realizados con el test de Rorschach en adolescentes normales (Bascur, J., 1985 ; Arteaga, E. y cols, 1985) así como también se contrastaron nuestros hallazgos con las características propias de la adolescencia descritas por Maddaleno (en Florenzano, R.; Horwitz, N.; Pena, M., 1991). De esta manera fue posible describir algunas características relevantes de la personalidad de los adolescentes diabéticos. Estas son las siguientes:



## Resumen de los Principales Resultados y Conclusiones.

En primer lugar y dentro del área intelectual se encontró que los adolescentes diabéticos presentaban un tipo de pensamiento teórico y abstracto (que también se observa en los adolescentes normales), pero con una acentuada tendencia a la oposición.

En un intento de explicar este hallazgo, las autoras de esta investigación consideraron que si bien la tendencia a la oposición es bastante típica de la adolescencia, la acentuación de ella en este caso, podría responder a una forma de rebelión contra la enfermedad, ya que ésta viene a imponer muchas restricciones que derivan del tratamiento, las cuales de alguna manera impiden el desarrollo de una vida completamente normal. Sugerimos además que la oposición podría también responder a la conducta de sobreprotección por parte de los padres, que dificulta el proceso de independencia y la búsqueda de autonomía, tan característica a esta edad, y a la cual el joven diabético tiene difícil acceso, ya que muchas veces los padres se vuelven obsesivos con el manejo de la enfermedad, asumiéndola como si fuera propia y siendo incapaces de ayudar al joven a asumirla responsable y autónomamente. Al respecto, sería aventurado señalar que todos los padres de los adolescentes evaluados mostraron una actitud sobreprotectora, ya que nuestro estudio no consideró el contexto global de estos jóvenes. Además, por nuestra experiencia en el trabajo terapéutico con adolescentes diabéticos y sus padres, en muchos casos observamos que en la pareja de padres, ya sea uno o ambos padres mostraron una actitud de negación y rechazo hacia la enfermedad de sus hijos, mostrándose más bien indiferentes y poco protectores con ellos.

En segundo lugar, y dentro del área afectiva, se observó una adaptación emocional y expresión de los afectos más inmadura que en los adolescentes normales, evidenciando una marcada agresividad. Esta agresividad podría ser causada en gran medida por el constante esfuerzo que realiza el adolescente diabético insulino dependiente en mantener la glicemia dentro de los rangos normales y la dificultad para poder lograrlo, lo que da como resultado una situación estresante que frustra al adolescente, generándole disconformidad, enojo y rabia por padecer esta enfermedad. Esta misma situación le impide alcanzar una estabilidad emocional, por lo que le es más difícil relacionarse afectivamente, empatizar con los otros, y expresar de manera espontánea y adecuada los afectos.

También dentro del área afectiva se presentó un inadecuado manejo de la vida impulsiva, debido a una inhibición inconsciente de los impulsos por los valores conscientes del sujeto. Esto se debe principalmente a que el adolescente no ha logrado un control adecuado de los impulsos a través de una reordenación de éstos hacia fines constructivos, sino más bien los ha inhibido inconscientemente. Esto podría explicarse en el adolescente diabético insulino dependiente debido a que existen impulsos y deseos que no puede realizar dadas las restricciones que impone el tratamiento de la enfermedad y el medio familiar y social cercano, y que tiene conocimiento de ésta. Por ejemplo, cuando el adolescente diabético desea comer algo “rico” (golosinas) y presenta una alta glicemia, no puede realizar este deseo, generando en él una situación dolorosa y frustrante que lo lleva a inhibir este deseo.

Dentro del área de las relaciones interpersonales, se manifestó evitación de las relaciones y contacto social, con dificultad para establecer lazos estrechos, debido principalmente a la presencia de ansiedad y tendencias hostiles. La ansiedad puede ser causada por las propias inseguridades de la adolescencia, que se ven acentuadas por el temor, de estos jóvenes, a ser rechazado por los demás debido a que padecen diabetes, ya que ésta es una enfermedad generalmente desconocida por los adolescentes y adultos, lo cual lleva a quienes los rodean a conductas tales como la de apartarse por temor al contagio

## Resumen de los Principales Resultados y Conclusiones.

o por la incomodidad que sienten al no saber como tratarlos (Francisco Brown, Comunicación Personal, 1995). Estos adolescentes despiertan sentimientos de compasión y muchas veces una no aceptación de los adultos y pares del adolescente diabético, lo que los puede llevar a sentirse diferentes y a expresar tendencias hostiles hacia los demás, en un intento de rebelarse y protegerse contra el medio.

Otra característica encontrada dentro del área de las relaciones interpersonales es la dificultad en la adaptación social, con altos grados de oposición y dificultad en la socialización. Al presentar una adaptación emocional y expresión de los afectos más inmadura, un inadecuado manejo de la vida impulsiva, evitación del contacto social y marcada agresividad, se puede esperar que se presenten dificultades en la aceptación y compromiso con las normas del medio o que se establezca relaciones interpersonales de modo maduro.

Si bien todas las características encontradas (marcada tendencia a la oposición; la adaptación emocional y expresión de los afectos más inmaduras que en los adolescentes sin diabetes; el inadecuado manejo de la vida impulsiva; la evitación de las relaciones interpersonales y el contacto social; la dificultad para establecer lazos estrechos por presencia de ansiedad y tendencias hostiles hacia los demás; el alto grado de oposición, etc.) han sido explicadas en forma particular, formulándose para cada una de ellas posibles causas, como por ejemplo la diabetes y el tratamiento, que implica una constante preocupación y estrés; las actitudes de los padres, ya sea sobreprotección o rechazo; la reacción social del medio, es posible observar, en una visión más global, que todas las características se encuentran altamente interrelacionadas entre sí, así como también sus causas. Esto se puede explicar si se piensa que en la adaptación emocional, por ejemplo, se presentan altos niveles de agresividad, y ello es consecuencia de la rabia y disconformidad frente a la enfermedad, pero también la agresividad puede ser causa para no poder establecer lazos estrechos y por lo tanto evitar las relaciones con los otros, lo que eventualmente puede conllevar a presentar dificultades en la socialización.

En relación a estas conclusiones, es importante destacar que las características descritas, en forma general, son bastante similares a las encontradas en pacientes anoréxicas, como en sujetos con desorden de pánico, lo que lleva a formular la siguiente interrogante:

¿ Son estas características típicas de los diabéticos, o más bien son propias de quienes padecen algún tipo de enfermedad, ya sea de origen biológico con efectos psicológicos o bien de origen psicológico con consecuencias biológicas?.

Esta interrogante debería constituir el punto de partida para futuras investigaciones que intenten dilucidarla.

Ahora bien, más allá de la descripción de las características encontradas, lo cual constituyó nuestro principal objetivo, también se contemplaron otros procedimientos, tales como la comparación, dentro del grupo, por nivel socioeconómico, sexo y edad. Para ello se utilizó la prueba de significación de la diferencia entre proporciones.

## Resumen de los Principales Resultados y Conclusiones.

Al respecto, en la comparación intragrupo según nivel socioeconómico, no se observaron diferencias estadísticamente significativas, comportándose la clase social alta de la misma manera que la baja en relación a las características de personalidad.

En la comparación por sexo, tampoco se apreciaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos subgrupos. Sin embargo, en un análisis más detallado, aparecieron importantes diferencias en el área de las relaciones interpersonales en torno al interés por los demás, mostrando las mujeres un mayor interés en el contacto social. Esto podría tener su explicación si consideramos el rol cultural que en nuestro país se establece para la mujer, a la cual desde pequeña se le permite un mayor compromiso afectivo con el entorno social, a la vez que se le acepta una expresión abierta de las emociones. Por ello, no es casual que en las áreas de interés social, las carreras universitarias, tales como la psicología, servicio social, parvularia y otras, estén cubiertas en su mayor parte por mujeres.

Finalmente, al realizar una comparación por edad, no se observaron diferencias estadísticamente significativas, aún cuando un análisis más fino permitió descubrir que nuevamente en el área de las relaciones interpersonales existía una diferencia estadísticamente significativa; esta se centró básicamente en la característica denominada ajuste social, en la cual los adolescentes ubicados en el período de la adolescencia media mostraron un mayor ajuste que aquellos situados en la adolescencia tardía. Esto, más allá de ser una característica típica de este grupo, creemos que se debe a que es justamente en la adolescencia tardía cuando el adolescente se rebela más firmemente a las normas.

### **Sugerencias.**

Dado los resultados obtenidos por este estudio exploratorio-descriptivo-comparativo a través del test de Rorschach de las características de personalidad en adolescentes diabéticos insulino dependientes, creemos pertinente señalar algunas limitaciones de este estudio, formulando a la vez algunas sugerencias para futuras investigaciones o trabajos, que permitan comprender y explicar de manera más acabada los resultados de esta investigación.

En primer lugar, los resultados obtenidos provienen de una muestra que de alguna manera está sesgada, pues los adolescentes diabéticos que pertenecen a la Fundación de Diabetes no solo están registrados en ella, sino también reciben un exhaustivo asesoramiento sobre la enfermedad y el manejo de la misma. A la vez son acogidos por personas expertas en el tema, ya sea médicos u otros diabéticos, de tal manera que experimentan con menor intensidad la vivencia de ser distintos. En este sentido, los campamentos de diabéticos, donde se reúnen los adolescentes de distintos lugares del país, constituyen una instancia de encuentro, para compartir emociones y preocupaciones propias de la edad y de la enfermedad, un espacio en el cual este adolescente aprende a desenvolverse espontáneamente y abrirse al medio. Se puede pensar que no sucedería lo mismo con los adolescentes diabéticos, que por desconocimiento o lejanía física no pertenecen a una institución de este tipo, ya que éstos descuidarían su enfermedad y vivirían en forma tal vez más intensa el sentimiento de ser únicos y distintos, y esto los afectaría en el desarrollo de su personalidad.

## Resumen de los Principales Resultados y Conclusiones.

Por ello se cree que sería necesario contrastar los resultados obtenidos en esta investigación con resultados de adolescentes diabéticos insulino dependientes que no pertenezcan a la Fundación de Diabetes Juvenil, para investigar las diferencias que se puedan presentar, debido a la variable educación en el tema y pertenencia a un grupo social en igual condición, que es uno de los fines de la Fundación de Diabetes Juvenil y un pilar fundamental del tratamiento.

En segundo lugar, y debido a la interrogante planteada: ¿Son las características encontradas en los adolescentes diabéticos propias de este grupo o bien pueden ser comunes a todas las enfermedades crónicas de origen biológico?. Sería conveniente contrastar los resultados obtenidos en el grupo de adolescentes diabéticos insulino dependiente, con un grupo de adolescentes que presenten algún tipo de enfermedad crónica de origen biológico (hemofilia, epilepsia, insuficiencia renal, por ejemplo) para identificar qué características son comunes a ellas y cuáles marcarían una diferencia, con el fin de lograr un perfil típico de una determinada enfermedad.

Un tercer punto importante es que el hecho de no encontrar grandes diferencias entre la personalidad de los jóvenes diabéticos y los jóvenes normales, nos lleva a señalar la necesidad de realizar nuevas investigaciones, donde se profundice el estudio de los aspectos cualitativos del test (análisis temático) que permitan comprender con mayor exactitud el mundo vivencial del adolescente diabético insulino dependiente desde su propio marco de referencia. En este sentido, las respuestas de estos jóvenes pueden dar lugar a un interesante trabajo.

Por otro lado, y teniendo en consideración las características de personalidad que se presentaron en estos adolescentes diabéticos insulino dependientes (acentuada tendencia a la oposición, evitación de las relaciones y contacto social, dificultad en la adaptación social y otros), se pueden elaborar talleres que apunten a un trabajo terapéutico en esas áreas, para ayudar así a estos adolescentes a sobrellevar esta etapa del desarrollo y su enfermedad de manera más adecuada y grata.

Otro aspecto importante a destacar es que la respuesta a la enfermedad y el impacto de ella en el joven va a depender de las características propias del sujeto y del medio social, económico, cultural y familiar en que el adolescente esté inserto. Una de las limitaciones de este estudio consiste precisamente en que no se consideró el contexto particular global de cada uno de los jóvenes, sino más bien se evaluó al sujeto en forma particular. Por ello, basándonos en la literatura y en nuestra experiencia personal a través de trabajos con grupos de padres de niños y adolescentes diabéticos, pensamos que sería importante investigar cómo se relacionan las características encontradas en este estudio con la actitud que presentan los padres, la familia en general y el medio social de estos adolescentes.

Al respecto, cabe señalar que existen muy pocos estudios en relación a los padres de niños y adolescentes diabéticos, lo cual abre un amplio campo de estudio en relación a temas tales como el impacto que produce en la familia el diagnóstico de diabetes de uno de sus miembros, los sentimientos que despierta en los padres y el trato que le dan al niño diabético como consecuencia de éstos. Las conclusiones de estos estudios pueden llevar a crear diferentes estrategias de intervención para ayudar a los padres y a la familia a enfrentar y aceptar la enfermedad del niño, para manejar los sentimientos que surgen junto con la enfermedad así como para aprender a tratar al niño diabético de manera tal que esta condición de "diabético" no lo invalide e interfiera con el desarrollo y la evolución de su personalidad.



## **Resumen de los Principales Resultados y Conclusiones.**

Finalmente, consideramos relevante señalar que son escasos los trabajos en relación a los niños y adolescentes diabéticos insulino dependientes, por lo que es importante destacar la necesidad de continuar con investigaciones en este nivel de edad, y que sean comparables con las ya realizadas, para lo cual sugerimos como metodología, el que se continúe con la aplicación de la pauta de Ana María Alessandri para obtener así resultados que puedan ser comparables.

## ***BIBLIOGRAFIA.***



## BIBLIOGRAFIA.

### Libros.

Alessandri, A. M.;

Test de Rorschach y diagnóstico de la Personalidad. Editorial Universitaria, Santiago 1983.

Allport, G.;

Psicología de la personalidad. Editorial Paidós. 1968.

Alvarez, M. & Taboada, M.;

Características del test de Rorschach en anorexia nerviosa: Hacia un perfil de personalidad. Tesis para optar al título de Psicólogo. Universidad de Chile, 1994.

Anderson, M.;

Sociology of the family. Penguin Books, New York 1980.

Andreucci, P. & Messina, L.;

Psicometría proyectiva en desorden de pánico: Desarrollo de una tipología de personalidad. Tesis para optar al título de psicólogo. Universidad de Chile, 1989.

Aracena, M.;

Introducción al estudio del test de Rorschach. Editorial Andrés Bello. Stgo. 1980.

Armstrong, D.;

An Outline of sociology as Applied to medicine. Bristol, Wright PSG. 1983.

Arteaga, E. & otros;

Estudio acerca de la aplicabilidad del test de Rorschach en el diagnóstico de adolescentes que consultan. Tesis para optar al título de psicólogo. Universidad Católica de Chile. 1985.

Bascur, J. & Villaseca, E.;

Estudio descriptivo exploratorio del Test de Rorschach en un grupo de adolescentes de 14 a 19 años. Tesis para optar al título de psicólogo. Universidad de Chile, 1985.

Berwart, H. & Zegers, B.;

Psicología del adolescente. Editorial Universidad Católica de Chile. Stgo. 1980.

- Berczely, M. & Domínguez, M. O. & Lavado, E.;  
Determinación de normas para el E.P.P.S. en estudiantes de 4º medio. Tesis para optar a título de psicólogo. Universidad de Chile. Stgo. 1993.
- Blum, M.;  
Psicología industrial. Editorial Trillas. México. 1977.
- Braien, L.;  
Diccionario enciclopédico de Medicina JIMS. Editorial Barcelona. 1986.
- Briones, G.;  
Métodos y técnicas de investigación para las Ciencias Sociales. Editorial Trillas, México 1985.
- Curell, J. & cols.;  
Enciclopedia de la Psicología Infantil y Juvenil. Tomo II. Editorial Océano. 1983.
- Erikson, E.;  
Adolescencia y crisis. Editorial Flammarion, París 1972.
- Florenzano, R. & Horwitz, N. & Pena, M.;  
Temas de salud mental y atención primaria de salud. Facultad de Medicina Universidad de Chile, CPU. Stgo. 1991.
- Florenzano, R. & cols.;  
Salud familiar. Facultad de Medicina Universidad de Chile. CPU. Stgo. 1986.
- Florenzano, R. & Bobadilla, E.;  
El adolescente en Chile: Características y problemas. CPU. Stgo. 1981.
- Florenzano, R. & De La Barra, F.;  
Problemas Psicosociales frecuentes en el adolescente. Salud integral. Guías Curriculares. 1993.
- García de los Ríos, M.;  
Diabetes Mellitus. Editorial Arancibia Hnos. 1992.
- Garfield, S.;  
Psicología Clínica. Cap. 6. Editorial El Manual Moderno S.A. 1979.

Gomberoff, L. & Olivos, P.;

Manual de Psiquiatría. Editorial Mediterráneo. Págs. 55 - 56 y 155. Stgo. 1987.

Grupo para el Avance de la Psiquiatría;

Adolescencia Normal. Editorial Hormé, Buenos Aires, 1978.

Guerra, M.;

Estudio comparativo de personalidad entre adolescentes institucionalizados en un hogar de menores, y adolescentes no institucionalizados de la ciudad de Antofagasta, según las variables de personalidad medidas a través de un cuestionario de Preferencias Personales de Edwards. Tesis para optar a título de Psicólogo. Universidad de Chile. 1986.

Horwitz, N.;

Sistemas de Apoyo Social y Familiar y su medición. Documento de trabajo CEAP.Nº 18. Universidad de Chile. Stgo. 1984.

Harrison, H. ;

Principios de Medicina Interna Vol. 2. Editorial McGraw-Hill. Págs. 2167 - 2187. Año 1989.

Iturra, P. & Vidal, C.;

Evaluación de personalidad de un grupo de adolescentes hijos de madre con Trastorno Afectivo Mayor. Tesis para optar a título de psicólogo. Universidad Católica de Chile. Octubre 1993.

Klopfer, B.;

Técnica del psicodiagnóstico de Rorschach. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1979.

Krall, L.;

Manual de Diabetes Joslin. Editorial Continental S.A. de C.V., 1983.

Karl, S. & Vanden, R.;

Diabetes Mellitus. American Diabetes Association INC. 4ª edición. New York. Págs. 115 - 121. 1975.

Luther, B. & Travis, M.;

Manual educativo para niños y adolescentes con diabetes mellitus insulino dependiente. Editorial Boehringer-Mannheim. 1990.

Muzzo, S. & Burrows, R.;

El adolescente chileno. Editorial Universitaria. Stgo. 1986.

Murray, R. & Mayes, P.;

Bioquímica de Harper. Editorial El Manual Moderno S.A. México, 1992.

Papalia, D. & Wenkos, S.;

Desarrollo humano. Editorial Mc. Graw-Hill, México, 1985.

Passalacqua, A. & Granenhorst, M.;

Los fenómenos especiales en Rorschach. Editorial CEA. Argentina, 1988.

Pinto, L. & Gallardo, J. & Wenk, E.;

Determinación de Normas para P.M.A. de L.L. Thurstone en estudiantes del 4º año de Enseñanza Media Científico Humanista de la Región Metropolitana. Revista de Psicología, Vol. I, N° 2, Departamento de Psicología, Universidad de Chile, 1991.

Stein, J.;

Principios de Medicina Interna Vol. 2. Editorial Salvat. Págs. 1883 - 1908. Año 1984.

Visintini, P.;

Descripción de Personalidad de un grupo de jóvenes adictos a la pasta base de cocaína, desde el test de Rorschach. Tesis para optar al título de psicólogo. Universidad de Chile. 1995.

Zarate, R.;

Adaptación del cuestionario de sucesos vitales de Gabriel Silva. Tesis para optar al título de psicólogo. Universidad de Chile. 1987.

## **Revistas.**

Guía de Enseñanza de Diabetes, Ed. Revisada págs. 6 - 9, 1984. Centro Joslin de Diabetes, Boston, Massachusetts.

Revista Médica de Chile, págs. 709 - 714, Junio 1991. "Incidencia de Diabetes Mellitus insulino dependiente en la región metropolitana."

Revista de Diabetes Uruguay, págs. 12 - 17. Agosto 1992.

Revista de Diabetes Uruguay, págs. 13 - 15. Junio - Agosto, 1993.

Journal of Diabetes and Its Complications, págs. 214 - 215. N° 7, 1993.

## **Apuntes de clases.**

Oscar Huerta ;

Cátedra de Psicología de la Personalidad. Departamento de Psicología. Universidad de Chile, 1990.

Luz María Pinto & María Ines Diez ;

Cátedra de Aplicación e Interpretación de pruebas psicológicas. Departamento de Psicología. Universidad de Chile, 1991.

Angélica Paredes & Mireya Vargas ;

Cátedra de Aplicación e Interpretación de pruebas proyectivas. Departamento de Psicología. Universidad de Chile, 1992.

## **Comunicación Personal.**

Francisco Brown;

Director de Campamento de Diabéticos, 1994.

Cristian Bustos;

Interno de Medicina, Universidad de Chile, 1994.

Jaime Pérez;

Diabetólogo, Universidad de Chile, 1994.

Eva Saxon;

Educadora de diabetes, 1994.

Luz María Pinto;

Psicóloga de la Universidad de Chile, especializada en Rorschach, 1995.

***ANEXOS.***



## ANEXO I.

### GLOSARIO.

**Acetonurias:** Es la presencia de cuerpos cetónicos en la orina. Tanto este hallazgo como la glucosuria son indicadores de una gran alteración del metabolismo del azúcar en el organismo, presente en general en los diabéticos.

**Cetoacidosis:** Aumento de los cuerpos cetónicos circulantes en el organismo, secundario a un metabolismo alterado de la glicólisis. Principalmente ácido acetoacético y ácido B-hidroaxiantínico, por insuficiencia de la acción de insulina.

**Coma**

**Hiperosmolar:** Alteración cuantitativa de la conciencia secundario a una hemoconcentración producto de una diabetes descompensada, presentando una deshidratación grave sin acidosis. La glicemia sanguínea es sobre 500 mg%. Es la complicación más temida de la diabetes.

**Daño**

**Macrovascular:** Daño de vasos tanto arteriales como venosos de gran calibre, por engrosamiento de la pared de estos. Es secundario a una alteración del metabolismo del azúcar.

**Daño**

**Microvascular:** Daño de vasos tanto arteriales como venosos de pequeño calibre por engrosamiento de la pared de estos. Es secundario a una alteración del metabolismo del azúcar. Es este el tipo de daño que va a producir insuficiencias renales, pérdida de la visión, patologías coronarias.

**Enfermedad Arterial**

**Obstruktiva:** Patología secundaria a diabetes de larga data, la que se produce por engrosamiento de la pared arterial y secundariamente mal riego sanguíneo distal a la obstrucción. Se presenta normalmente a nivel de los segmentos distales de las extremidades inferiores (dedos de los pies), a nivel cerebral y a nivel cardiovascular.

Glucosurias:	Es la presencia de azúcar en la orina, secundarios a cuadros de hiperglicemias.
Microangiopatía Diabética:	Daño a nivel de capilares finos arteriales, principalmente por engrosamiento de sus paredes. Complicación presente en la mayoría de los diabéticos de larga data.
Neuropatía:	Alteración del sistema nervioso, secundario a un daño a nivel de las membranas que recubren los axones de las neuronas, lo que se traduce en una alteración de la transmisión nerviosa, que clínicamente se traduce en la pérdida de la sensibilidad distal de las extremidades.
Normoglicemia:	Niveles de glicemia en rangos normales, los que se encuentran en rango promedio de 120 mg%.
Normolipidemia:	Niveles de lípidos en la sangre en rangos normales. Cabe destacar en este caso que es fundamental no sólo la cantidad de lípidos en la sangre, sino también la calidad de estos y su relación entre ellos.
Polidipsia:	Aumento de la sensación de sed.
Poliuria:	Aumento de la cantidad de orina producida por el organismo. Una de sus causas principales es la polidipsia.
Somatostatina:	Hormona inhibidora de la liberación de la hormona de crecimiento. Inhibe la secreción de diversas glándulas endocrinas y exocrinas. Actuaría como mecanismo regulador de la secreción de insulina.
Virus Coxsackie:	Se conocen dos grupos A) con 24 tipos B) con 6 tipos. Productor de la herpangina, meningitis aséptica, pleurodimia, enfermedades del recién nacido y lactante.

## **ANEXO II.**

### **DEFINICION CONCEPTUAL DE LAS CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD DE ACUERDO A LOS INDICADORES RORSCHACH SEGUN EL ESQUEMA DE ANA MARIA ALESSANDRI.**

#### **A. AREA INTELECTUAL.**

##### **1. Tipo de pensamiento:**

Modo como el sujeto enfrenta la realidad. Implica las capacidades de análisis y síntesis, y su integración con el resto de la personalidad.

##### **1.1 Teórico:**

Se manifiesta por una tendencia a enfocar la realidad de un modo teórico, con una buena capacidad de abstracción e imaginación.

##### **1.2 Práctico:**

Se manifiesta por un predominio de las aptitudes práctico-concretas sobre las teórico-abstractas o conceptuales, donde el pensamiento y el modo de enfrentar las situaciones se dirige hacia lo más concreto y tangible de ellas, con lo cual se impide una comprensión más completa y enriquecedora.

##### **1.3 Equilibrado:**

Se expresa por la plasticidad del pensamiento, con un enfoque teórico y práctico de las situaciones. Existe buen sentido común y práctico.

##### **1.4 Detallista:**

Se manifiesta por una escasa capacidad teórica y de abstracción, con una buena capacidad de observación que sin embargo, atribuye más importancia a los detalles que a la globalidad.

1.5 G - (D) - Dd:

Se manifiesta por un déficit del sentido común y práctico, con tendencia a rehuir las situaciones concretas. El pensamiento es original pero con escasa capacidad para realizar las ideas.

1.6 Detallista, escrupuloso y crítico:

Se manifiesta por una tendencia acentuada a la minuciosidad y a la escrupulosidad, con gran afán crítico en el enfrentamiento a los problemas cotidianos. Son sujetos susceptibles y suspicaces.

2. Capacidad de planificación:

Es la capacidad de organizar las tareas en función de metas superiores y complejas.

3. Enfrentamiento de la actividad y efectividad del rendimiento:

Capacidad de ejecutar las actividades propuestas y realizar las metas. Requiere autoafirmación y confianza en las propias capacidades.

4. Inseguridad intelectual:

Falta de confianza por parte del sujeto frente a sus producciones intelectuales, presentando sentimientos de ambivalencia, ansiedad, etc.

5. Calidad y originalidad del pensamiento:

Capacidad de pensar de modo realista y con buen desempeño intelectual con presencia de ideas originales y consistentes.

6. Potencial creativo:

Representa la riqueza del mundo de las vivencias internas, la imaginación y talento y la capacidad del sujeto para presentar ideas originales.

7. Conocimiento y comprensión lógica de la realidad:

Capacidad para percibir, comprender y conocer el mundo externo de manera objetiva y realista.

**B. AREA DE LA AFECTIVIDAD.**

1. Tipo vivencial:

Orientación vital del sujeto, modo como enfrenta y maneja la vida afectiva.

1.1 Introversivo:

Se caracteriza por presentar inteligencia diferenciada, con predominio del pensamiento abstracto y teórico, gran creatividad y vida interior. La afectividad se encuentra equilibrada aunque existe dificultad para adaptarse a la realidad externa. Las relaciones interpersonales tienen un carácter más intensivo que extensivo.

1.2 Extratensivo:

a. Adaptativo:

Se caracteriza por una buena adaptación a la realidad, con predominio de la vida exterior sobre la interior, la afectividad es lábil pero fácilmente adaptativa. Posee un buen funcionamiento lógico, predominando el pensamiento de tipo práctico.

b. Desadaptativo:

Se caracteriza por una afectividad insuficiente regulada por el control intelectual, manifestándose por impulsividad y obstinación. Posee un déficit de las funciones lógicas presentando gran egocentrismo.

1.3 Ambigüal:

Se caracteriza por la coexistencia de rasgos introversivos y extratensivos, resultando una buena productividad intelectual, creación interior, relaciones ambientales intensivas y extensivas, con capacidad de empatía y excelente adaptabilidad afectiva.

1.4 Coartado:

Se caracteriza por una excelente visualización formal que se expresa también en sus vidas, con escasa imaginación y donde toda inestabilidad es rechazada. Presenta marcado autocontrol y afectividad muy empobrecida.

1.5 Coartativo:

Se caracteriza por presentar vivencias con tendencia a la coartación. Poseen las mismas características descritas para los coartados, pero en menor intensidad.

1.6 Coartado Unilateral:

Se caracteriza por presentar un polo vivencial coartado, manifestando en lo restante características que corresponden al polo de represión.

2. Tipo vivencial latente:

Evalúa el grado de aceptación de la orientación primaria (tipo vivencial) y la presencia de conflictos en relación a ésta.

3. Adaptación emocional:

Capacidad para relacionarse afectivamente y empatizar con los otros, requiere de la presencia de afectos armónicos y estabilidad emocional.

4. Expresión de los afectos:

Capacidad para expresar de modo espontáneo y adecuado los afectos.

5. Agresividad, oposicionismo:

Capacidad para expresar los impulsos agresivos adecuadamente. Tendencia a la oposición que presenta el sujeto, ya sea contra sí mismo o contra el medio.

6. Control de impulsos:

Capacidad para manejar los impulsos cuando los influjos afectivos están de por medio. Indica el tipo de control que utiliza preferentemente el sujeto, la eficiencia en los intentos y la calidad de éstos.

7. Vida impulsiva:

Capacidad de supeditar los impulsos al sistema de valores consciente del sujeto, siendo capaz de postergar la gratificación inmediata de sus necesidades, sin sentir frustración, inhibición o conflicto.



**C. AREA DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES.**

1. Interés por los demás:

Capacidad para establecer contactos interpersonales con posibilidad de mantener el vínculo.

2. Actitud frente a los demás:

Capacidad para interactuar e involucrarse de modo maduro en las relaciones interpersonales, excluyendo temor y tendencias críticas con los otros.

3. Grado de socialización:

Nivel en que el sujeto ha interiorizado las normas del medio y capacidad para manifestar las emociones de un modo socialmente aceptado.

4. Grado de oposición:

Nivel de tendencias opositoras que representa el sujeto. Tendencia a oponerse y a percibir la realidad de un modo no convencional.

5. Ajuste y adaptación a las normas sociales:

Capacidad para comprender intelectualmente, aceptar y comprometerse con las normas del medio. Requiere manifestaciones conductuales aceptadas por el medio.

**D. SEXUALIDAD.**

1. Identificación sexual:

Capacidad de identificación sexual de acuerdo al rol genérico y su actuación conforme a él.

2. Control de impulsos sexuales:

Capacidad para aceptar y controlar los propios impulsos sexuales y capacidad para relacionarse con personas tanto del mismo sexo, como del sexo opuesto.

3. Shock sexual:

Capacidad de controlar y aceptar los componentes de la sexualidad de modo que no generen conflicto. Requiere la aceptación del rol genérico, capacidad para interactuar con el sexo opuesto y la internalización armónica de representaciones con figuras claves.

ANEXO III.

CUADRO DE RESULTADOS SEGUN INDICADORES RORSCHACH.

A continuación se exponen los resultados de la tabulación de todos los protocolos de la muestra. En la primera columna se encuentran los sujetos enumerados del 1 al 30. En las cuatro siguientes se presentan las características referidas a la muestra: edad, sexo, nivel socioeconómico y fecha de inicio de diabetes. En las columnas restantes se exhiben todos los signos e indicadores Rorschach encontrados en el proceso de tabulación de las respuestas al test.

N	EDAD	SEXO	NSE	FID	R	G%	D%	Dd%	S%	G	G++	G+	Gm	Gv	Det	Cont	F	F-
1	18	M	ALTO	77	36	80	20		23	29			8		56	45	22	2
2	16	F	ALTO	88	29	38	48	14	20	11			1		39	32	14	
3	19	M	ALTO	84	26	27	73		11.5	7			3		38	29	4	
4	17	F	ALTO	87	26	58	35	8	27	15			6		37	28	15	
5	15	M	MEDI	91	26	27	73		11	7			2		28	28	16	1
6	19	F	ALTO	82	25	37	52	8	12	9		2	3		27	25	12	2
7	17	M	ALTO	83	36	30	64	6	33	11	1	2	2	2	49	43	23	
8	19	M	ALTO	90	32	16	78	6	25	5			1		41	33	14	
9	20	M	ALTO	89	28	57	43		43	16			5	1	44	33	21	2
10	17	M	ALTO	77	25	48	48	4	16	11			5		32	28	18	3
11	17	M	ALTO	82	18	44	55		16	8			3		20	20	16	1
12	18	F	BAJO	84	31	48	52		32	15			3	2	40	34	23	2
13	16	M	BAJO	89	10	100			50	10		2	3		23	18	6	2
14	16	M	BAJO	87	20	55	45		25	11		1	4		23	21	11	
15	18	M	BAJO	90	17	41	47	12	23	7			4		24	23	10	1
16	20	F	ALTO	92	19	68	32		42	13			4	3	28	22	12	2
17	16	M	ALTO	80	20	65	35		15	13		1	5		26	22	15	1
18	20	M	ALTO	84	26	39	61		23	10			5		33	30	21	2
19	16	F	BAJO	91	27	7	85	7	4	2			1		39	36	16	1
20	13	M	BAJO	93	11	36	64		9	4			3	1	13	11	8	1
21	18	F	MEDI	88	27	52	48		7	14			4	2	34	28	14	
22	18	F	ALTO	85	14	50	50		14	7			3		14	14	7	2
23	18	F	ALTO	87	32	6	59	35	12	2			1		36	32	13	
24	20	F	MEDI	82	31	3	77	20	10	1					34	32	20	2
25	16	F	BAJO	93	26	15	58	27	12	4			3		26	26	24	1
26	14	F	BAJO	89	20	20	75	5	15	4			1		22	20	17	1
27	16	M	ALTO	92	10	60	40		10	6			2	1	15	13	10	
28	16	M	ALTO	87	21	90	10		33	19		3	4		32	28	13	1
29	17	M	ALTO	87	21	43	57		24	9	1		1		29	27	16	3
30	21	M	BAJO	92	18	39	56	5	28	7			2		21	21	12	2

F%	F+	F+%	F% ext.	F+% ext.	M	M+	M ext.	M file	FM	Fm	mf	m	C	FC	CF	FC'	CF	C'
39	8	63	76	61	1	1		1	3	1	1		3	6	4	2	4	
35	10	92	90	85	7	6		2	6		1				2	2	4	
11	1	68	100	81	11	7	2	3	7					5	1	2		
41	13	95	97	72	5	3	2	1	1	1				4	1	4		
57	14	91	89	90	5	4	1	1	2					2	3			
44	5	54	92	68	2	2	1		4					1	2	3		
47	18	85	90	77	9	5	2	1	2	1				2	6	4		
34	12	93	88	90	2	2		1	5	1	1			5	2	6	2	
48	8	60	95	53	4	2							2	7	2	4		
56	9	59	91	95	2	2	2		4				1	2	1	3	1	
8	7	63	100	66	1	1			3									
57	10	60	87	65	2	1	1		4						3	3		
26	2	53	74	72	1	1			4		1				4	2	1	
48	7	74	87	80	4	4	1		3						2	1	1	
42	6	76	92	57	1	1	1		6						2	3		
43	6	64	79	67	2	2					2			2	2	3	2	
58	6	61	85	73	1	1								1	3	2	1	
64	13	74	82	74	1	1			1		1		2	2	3	1		
41	11	78	74	79	9	5	1		1				2	3	3			
62	4	69	69	72									2				2	
41	10	82	79	90	4	4		1	4		1			1	6	1		
50	4	64	93	77	2	2			1					2		1	1	
36	9	77	92	82	9	5			4							3	3	
59	12	68	97	76	4	3	1	1	2					2	1	2		
92	17	77	96	76												1		
77	10	76	91	80	2	2	1	1	1						2			
67	5	70	67	70							1		1		2		1	
41	8	73	81	75	1	1			1					5	4	4		
55	6	50	86	60	2	2			3		1	1	1	1	1	2		
57	4	50	76	63	2	2			1		1				3			

FK	KF	K	Fk	kF	k	Fc	cF	c	A	Ad	(A)	(Ad)	H	Hd	(-H)	(Hd)	Anat	Sex
3	3		1			2			7	3			1				4	1
6			1						7	5			6	7	1			
5			1			1			8				5	8				1
4						2			8				2	4	2		2	
									12	6			2	2	2			
1	1		1						9	1			1	2	1		2	
2						1			6	1			4	4	1	1		
2	1								13	6			2	4	1		1	
1						4			8	2			3	2		2	3	
									13	2	1		3	1	1		1	1
									6	2	1		1	2			1	
2	2					1			10	3			6	2	1		1	
3						1			4				2	1				
1									10	2			2	4		1		
1			1						8	3			1	1			1	1
3									4	1			1	1	1	1		
1			1			1			4	3							1	
									12	1			3				3	
2	1			1			1		7	1			4	6	2		4	4
1									3	2								
3									12	3	1		3	2	1		1	
									7	1	1		1	1				1
4									13	2			7	4				
3									12	4			1	5			2	
									8	6				2	1		5	1
									11	1	1		2	1				
									4	2				2			1	
2	2								5				3	1	1		1	
1									11	1			1	2	3			
1	1								3	2	1		1	3	1		2	

Sex	Veg	Obj	Nat	Fueg	Sangre	Exp	P	O	G:M	M:FM	M:FM+m	FC:CF:C	FC:M	M:C
1	1	19		3	1	1	4		29:1	1:3	1:3	6:3:3	6:1	1:10,5
		1	5				7		11:7	7:6	7:6	0:2:0	0:7	7:2
1	2	3					7		7:11	11:7	11:7	5:1:0	5:11	11:2,5
		8	1				5		15:5	5:1	5:1	4:1:0	4:5	5:3
		3					7		7:5	5:2	5:2	2:3:0	2:5	5:4
		7	1				3		9:2	2:4	2:4	1:2:0	1:2	2:2,5
3		20	1	2			3		11:9	9:2	9:2	2:6:0	2:9	9:7
		4	1			1	6	2	5:2	2:5	2:5	5:2:0	5:2	2:4,5
		8	1		1		3		16:4	4:0	4:0	7:2:2	7:4	4:8
1	1	2	1	1	1		5		11:2	2:4	2:4	2:1:1	2:2	2:3,5
		6	1				5		8:1	1:3	1:3		0:1	1:0
		5	6	1			6		15:2	2:4	2:4	0:3:0	0:2	2:3
		4	4	1	1	1	2		10:1	1:4	1:4	0:4:0	0:1	1:4
		1	1				3		11:4	4:3	4:3	0:2:0	0:4	4:2
1		6	2				6		7:1	1:6	1:6	0:2:0	0:1	1:2
		3	5			1	3		13:2	2:0	2:0	2:2:0	2:2	2:3
		11					2	1	13:1	1:0	1:0	1:3:0	1:1	1:3,5
		6			2		6		10:1	1:1	1:1	2:3:2	2:1	1:7
4		7			1		7		2:9	9:1	9:1	3:3:2	3:9	9:7,5
		2	4				4		4:0			0:0:2		0:2
		1	1	1		1	9		14:4	4:4	4:4	1:6:0	1:4	4:6,5
1		1					7		7:2	2:1	2:1	2:0:0	2:2	2:1
		5	1				6		2:9	9:4	9:4		0:9	9:0
		2	6				2		1:4	4:2	4:2	2:1:0	2:4	4:2
1		3					3		4:0					
		4					7		4:2	2:1	2:1	0:2:0	0:2	2:2
		2			1		1		6:0			0:2:0		0:3,5
	4	9	3	1			4		19:1	1:1	1:1	5:2:0	5:1	1:6,5
		4	2		1		5		9:2	2:3	2:4	1:1:1	1:2	2:3
		1	1		1	1	3		7:2	2:1	2:1	0:3:0	0:2	2:3



Tip VIV	#C:#C	(FK+FF+FF	F:FK+Fc	A%	A:Ad	H%	H:Hd	(H+A):(H	RLO%	P%	O%	FK+Fc	FC v/s CF	FABUL
EXT.DES.	8:13	0.75	22:5	28	7:3	3	1:0	8:3	28	11		5	>	3
INTR	2:2	0.69	14:6	40	7:5	46	6:7	13:12	30	23		6	<	
INTR	3:6	0.38	4:6	31	8:0	50	5:8	13:8	43	27		6	>	
INTR	5:5	0.8	15:6	31	8:0	31	2:4	10:4	31	19		6	>	
AMB.	0:5	0.61	16:0	77	12:6	23	2:2	14:8	35	27			<	
AMB.	3:3	0.52	12:1	40	9:1	16	1:2	10:3	24	12		1	<	
DILAT.	5:8	0.72	23:3	19	6:1	25	4:4	10:5	36	8		3	<	
EXT.A	8:7	0.5	14:2	57	13:6	21	2:4	15:10	25	19	6	2	>	
EXT.A	8:11	0.92	21:5	36	8:2	18	3:2	11:4	29	11		5	>	
EXT.D	4:4	0.72	18:0	64	13:2	20	3:1	16:3	44	20			>	1
CIVO		0.89	16:0	50	6:2	16	1:2	7:4	28	28			<	
EXT.D	4:3	0.83	23:3	42	10:3	29	6:2	16:5	23	19		3	<	
EXT.D	5:4	1	6:4	40	4:0	30	2:1	6:1	30	20		4	<	4
INT	2:2	0.65	11:1	60	10:2	30	2:4	12:6	25	15		1	<	
AMB	3:2	0.65	10:1	65	8:3	12	1:1	9:4	24	35		1	<	
AMB.	5:4	0.78	12:3	26	4:1	16	1:1	5:2	21	16		3	=	
EXT.D	4:4	0.9	16:2	35	4:3	5	0:0	4:3	30	10	5	2	<	
EXT.D	2:7	0.84	21:1	50	12:1	11	3:0	15:1	50	23		1	<	
DILAT.	1:8	0.67	16:2	30	7:1	44	4:6	11:7	44	26		2	=	1
C.UNIL.	2:2	0.81	8:1	46	3:2			3:2	36	36		1	<	
EXT.D	1:7	0.62	14:3	59	12:3	22	3:2	15:5	37	33		3	<	
AMB	2:2	0.5	7:0	64	7:1	14	1:1	8:2	36	50			>	
C.UNIL.	6:0	0.59	13:4	47	13:2	35	7:4	20:6	38	19		4	=	
INT	2:2	0.74	20:3	52	12:4	20	1:5	13:9	74	7		3	>	
COART		0.92	24:0	54	8:6	12	0:2	8:8	31	12			=	
AMB.	0:2	0.85	17:0	60	11:1	20	2:1	13:2	35	35			<	
COART	1:3	1	10:0	60	4:2	20	0:2	4:2	30	10			<	
EXT.A	4:9	0.71	13:2	24	5:0	19	3:1	8:1	24	19		2	>	
AMB.	2:3	0.8	16:1	57	11:1	29	1:2	12:3	33	24		1	=	6
AMB.	0:3	0.72	12:1	33	3:2	28	1:3	4:5	33	17		1	<	

SHOCK	SHOCK R	SHOCK S/	S. SEX.	M en A	c en C	R másc	R "o"	Crit Suj	Crit Obj	Simet	Tono tri.	C.A.	Cont Sinte	¿?
			1			3	4			2		1		
			1				1		3		2	1	2	
1	2						1		1					
1			2			1			2				1	
			1				1		3					
			1											
1	1					1			3			2		
1			2					1	3		2		2	
3				1	1	3	1	2	4		1			
2	1						1		4			3	2	
1			1			1	1	1	2					
2						1								
1									1			2		
1							1	1	2					
2									2					
1									2					
1			3				1		2		1			
1						3			3					
			1						1					
		1	1										3	
2				1				2	2					
1												1		
1							3		3				1	
1							1				1			
1							1							
2			1				1	1		1				1
						1		2				1		
1								1				4		
		1					1			1			1	

R. o/los	Cd	C sym.	Cp
1			1
2			1
1			
2			
2			
	1		1
	1		
1			
1			
2			
1			

ANEXO IV.

CUADRO DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS FINALES OBTENIDOS A TRAVES DEL TEST DE RORSCHACH CODIFICADOS SEGUN LA PAUTA DE ANA MARIA ALESSANDRI (1983).

CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA										AREA INTELLECTUAL										AREA AFECTIVA										AREA DE RELACIONES INTERPERSONALES										AREA SEXUAL		
N	EDAD	N.º E.	SEXO	AÑO	CAP.	ENF. AC	INSEG.	CALID.	POTBN.	CONO.	TIPO	ADAP.	EXPRE	AGRES.	VIDA	CONT.	TIPO	INT.	ACTI.	GRADO	GRADO	IDENTI	CONTR	SHOCK																		
				DIA	PLANIF	BPEC. R	INTEL.	PENSA.	CREAT.	REAL.	VIVEN.	EMOC.	APECT.		IMPUL.	IMPUL.	CONTRC	DEMAS	DEMAS	SOCIA.	OPOSI.	SOCIAL	IDENTI	CONTR	SHOCK																	
1	18	ALTO	M	17	NORMA	I	P	lo	I	I	BXTD	I	I	I	I	F	Ext	Au	I	I	I	I	I	P																		
2	16	ALTO	F	6	NORMA	I	P	Me	I	A	INTR.	I	I	I	A	E	Ist	Pi	I	I	I	I	I	P																		
3	19	ALTO	M	10	NORMA	I	P	Al	I	I	INTR.	A	I	I	A	E	Ist	Pi	A	A	A	A	A	Au																		
4	17	ALTO	F	7	NORMA	I	Au	Me	A	A	INTR.	A	I	I	I	F	Ist	Pi	I	A	I	I	I	P																		
5	16	MEDIO	M	3	NORMA	A	Au	B	I	A	AMB.	I	I	I	A	E	Ist	Pi	I	I	A	A	A	P																		
6	19	ALTO	F	12	NORMA	I	Au	B	I	I	AMB.	I	I	I	A	F	Ext	Pi	I	I	I	I	I	P																		
7	17	ALTO	M	11	SOBRE	A	Au	Al	I	A	DILA	I	I	I	I	F	Ist	Pi	I	I	I	I	I	Au																		
8	19	ALTO	M	4	DBFI	I	Au	B	I	A	BXTA	A	I	I	I	E	Ext	Pi	I	A	I	I	I	P																		
9	20	ALTO	M	5	NORMA	I	P	Me	I	I	BXTA	I	I	I	I	F	Ext	Pa	I	I	I	I	I	Au																		
10	17	ALTO	M	17	NORMA	I	P	B	I	I	BXTD	I	I	I	I	E	Ext	Pi	I	I	I	I	I	Au																		
11	17	ALTO	M	12	NORMA	I	P	Me	I	I	CIVO	I	I	I	I	F	Ext	Pi	I	I	I	I	I	Au																		
12	18	BAJO	F	10	NORMA	I	Au	Me	I	I	BXTD	I	I	I	I	F	Ext	Pi	I	I	I	I	I	P																		
13	16	BAJO	M	5	SOBRE	I	P	Me	I	I	BXTD	I	I	I	I	F	Ext	Pi	I	I	I	I	I	Au																		
14	16	BAJO	M	7	NORMA	I	P	B	I	A	INTR.	I	I	I	I	F	Ext	Pi	I	I	I	I	I	Au																		
15	18	BAJO	M	4	NORMA	I	Au	Me	I	A	AMB.	I	I	I	I	F	Ext	Pi	I	I	I	I	I	Au																		
16	20	ALTO	F	2	NORMA	I	P	Me	I	I	AMB.	I	I	I	I	F	Ext	Pi	I	I	I	I	I	Au																		
17	15	ALTO	M	14	NORMA	I	P	Me	I	I	BXTD	I	I	I	I	F	Ext	Au	I	I	I	I	I	P																		
18	20	ALTO	M	10	NORMA	I	Au	Me	I	I	BXTD	I	I	I	I	F	Ext	Pi	I	I	I	I	I	Au																		
19	16	BAJO	F	3	DBFI	A	Au	lo	I	A	DILA.	I	I	I	I	F	Ist	Pi	I	I	A	I	I	Au																		
20	13	BAJO	M	1	NORMA	I	Au	B	I	I	CUNI.	I	I	I	I	F	Ext	Au	I	I	A	A	I	P																		
21	18	MEDIO	F	6	NORMA	I	Au	Me	I	A	BXTD	I	I	I	I	F	Ext	Pa	I	I	I	I	I	Au																		
22	18	ALTO	F	9	NORMA	I	P	B	I	I	AMB.	A	I	I	I	F	Ext	Pi	A	A	I	I	I	Au																		
23	18	ALTO	F	7	DBFI	I	Au	Me	I	A	CUNI.	I	I	I	I	F	Ist	Pi	I	I	I	I	I	Au																		
24	20	MEDIO	F	12	DBFI	I	P	B	I	I	INTR.	A	A	A	A	F	Ist	Pa	I	A	A	I	I	Au																		
25	15	BAJO	F	1	DBFI	I	Au	B	I	I	COART.	I	I	I	I	F	Ist	Pi	I	I	I	I	I	Au																		
26	14	BAJO	P	5	DBFI	I	Au	B	A	I	AMB.	I	I	I	I	E	Ist	Pi	I	I	I	I	I	Au																		
27	16	ALTO	M	2	NORMA	I	P	B	I	I	COART.	I	I	I	I	F	Ext	Pi	I	I	A	I	I	P																		
28	16	ALTO	M	7	SOBRE	I	Au	B	I	A	BXTA	A	A	I	I	F	Ext	Pi	I	A	I	I	I	Au																		
29	17	ALTO	M	7	NORMA	I	Au	lo	I	I	AMB.	I	I	I	I	F	Ext	Pi	I	I	I	I	I	Au																		
30	21	BAJO	M	2	NORMA	I	P	B	I	I	AMB.	I	I	I	I	F	Ext	Pi	I	I	I	I	I	Au																		

Au : ausencia M : masculino Ext : externo B : baja  
 P : presencia F : femenino Ist : interno lo : imaginativo  
 Pi : presencia indeclinada E : éxito oconfabulatorio  
 Pa : presencia adonada Fr : fracaso Al : alta

## ANEXO V.

### CUESTIONARIO DE HIMMEL Y COLABORADORES, MODIFICADO DE ACUERDO CON EL CRITERIO DE PINTO, GALLARDO Y WENK (1991).

La investigación en la cual Ud. está participando a través de sus respuestas al test, permitirá, en un futuro próximo, atender en mejor forma a la población escolar. Para este efecto, y como complemento a la prueba que Ud. ya contestó, necesitamos su cooperación respondiendo al cuestionario que se entrega a continuación.

Señale con una cruz o una marca claramente reconocible la opción de respuesta elegida por Ud. De ser el caso, es posible marcar más de una opción elegida.

Cuando se le solicite una aclaración escrita, le rogamos hacerlo con la letra lo más clara posible.

1.- Usted vive con:

A) Su padre.

B) Su madre.

C) Sus hermanos.

D) Otros. Especifique: .....

2.- La persona que sostiene el hogar y que aporta más dinero para los gastos es (marque sólo la persona que MAS aporta).

A) Su padre.

B) Su madre.

C) Otros. Especifique: .....

3.- Indique la Comuna en la que está ubicado su hogar. Si no sabe el nombre de la comuna, indique el barrio y lugares próximos más conocidos.

.....

4.- Indique el barrio en que vive. Si no sabe el nombre, indique la calle donde está su hogar y las calles más próximas a ella.

.....

5.- Señale los estudios o educación del jefe de hogar, de acuerdo con las especificaciones que se entregan a continuación. Luego elija y marque la que corresponde.

..... Sin estudios.

..... 1° a 4° Básico.

..... 5° a 6° Básico.

..... 7° a 8° Básico.

..... Educación Media Incompleta.

..... Educación Técnica, Profesional o Comercial Incompleta.

..... Educación Universitaria Incompleta.

..... Titulado Universitario.

..... Titulado Universitario con estudios adicionales de Post-grado (Magister, Master o Doctorado).

6.- Señale la actividad laboral u ocupación del Jefe de Hogar en la actualidad.

..... Cesante.

..... Dueña de casa.



- ..... Obrero no especializado.
  - ..... Pensionado o Jubilado (Especifique entidad).
  - ..... Obrero especializado o Suboficial de las FF.AA.
  - ..... Trabajador independiente (Ej. Gásfiter, Carpintero).
  - ..... Empleado Público o Particular de escalafón bajo.
  - ..... Pequeño Empresario o Comerciante.
  - ..... Profesional Universitario sin cargo directivo u Oficiales de las FF.AA.
  - ..... Mediano Empresario o Directivo medio.
  - ..... Profesional Universitario independiente u Oficiales de alto grado de las FF.AA (Generales y Coroneles).
  - ..... Gran Empresario, Directivo de alto nivel.
  - ..... Otros (Si las categorías precedentes no le posibilitan encasillar al Jefe de Hogar, describa cuál es su actividad).
-

## ANEXO VI.

### RESULTADOS OBTENIDOS A TRAVES DEL TEST RORSCHACH.

En el presente cuadro se exhibe el detalle de los resultados obtenidos a través del test de Rorschach, sistematizados de acuerdo a la pauta propuesta que se apoya en el esquema de Ana María Alessandri.

La información se encuentra distribuida en tres columnas, correspondiendo la primera a las áreas y características evaluadas, la segunda a la cifra total de sujetos que presentan la característica y la tercera al porcentaje respectivo.

Característica	N	Porcentaje en Base a N=30
<b>A -. Area Intelectual</b>		
1. Tipo de pensamiento		
<u>G</u> - (D) - <u>S</u>	4	13,3
<u>G</u> - (D) - <u>S</u>	4	13,3
<u>G</u> - (D) - <u>Dd</u> - <u>S</u>	2	6,6
<u>G</u> - (D) - (Dd) - <u>S</u>	2	6,6
<u>G</u> - (D) - <u>S</u>	2	6,6
(G) - (D) - <u>Dd</u> - <u>S</u>	2	6,6
<u>G</u> - (D) - <u>S</u>	1	3,3
<u>G</u> - (D) - <u>Dd</u> - <u>S</u>	1	3,3
G - D - <u>S</u>	1	3,3
G - D - (Dd) - <u>S</u>	1	3,3

(G) - <u>D</u> - (Dd) - <u>S</u>	1	3,3
<u>G</u> - (D) - (Dd) - <u>S</u>	1	3,3
<u>G</u> - <u>S</u>	1	3,3
<u>G</u> - D - <u>S</u>	1	3,3
(G) - <u>D</u> - (Dd) - <u>S</u>	1	3,3
<u>G</u> - D - <u>S</u>	1	3,3
G - (D) - S	1	3,3
(G) - <u>D</u> - <u>Dd</u> - <u>S</u>	1	3,3
G - <u>D</u> - (Dd) - <u>S</u>	1	3,3
<u>G</u> - (D) - <u>S</u>	1	3,3
2. Capacidad de Planificación		
Sobresaliente	3	10
Normal	21	70
Deficiente	6	20
3. Actividad y Efectividad del Rendimiento		
Adecuado :	3	10
- Tipo 1	0	0
- Tipo 2	1	3,3
- Tipo 3	2	6,7
Inadecuado:	27	90
Deficit en ejecución	5	16,6
Esfuerzo infructuoso	17	56,6

Rígidez en ejecución	0	0
Autocrítica	0	0
Desvalorización	0	0
Pasividad intelectual	3	10
Indecisión	0	0
Falta de iniciativa	8	26,6
<b>4. Inseguridad Intelectual</b>		
Ausente	16	53,3
Presente	14	46,6
Indicadores de Inseguridad		
- Presencia de K	0	0
- Anatómico > 20%	0	0
- Naturaleza > 15%	6	20
- F+% < 80%	24	80
- Respuestas "s"	30	100
- Respuestas "o"	14	46,6
- Crítica sujeto	8	26,6
- Crítica objeto	19	63,3
- Acentuación línea media	0	0
- Negación de respuesta	0	0
- Respuesta en tono interrogativo	1	3,33
- Referencia simetría	3	10
<b>5. Calidad y Originalidad del Pensamiento</b>		

Alta	2	6,6
Mediana	12	40
Baja	13	43,3
Imaginativo-confabulatorio	3	10
<b>6. Potencial Creativo</b>		
Adecuado	2	6,66
Inadecuado:	28	93,3
Ausencia de dirección eficiente	10	33,3
Desequilibrio metas-potencial	18	60,0
Baja energía y baja creatividad	1	3,33
Baja energía y alta creatividad	2	6,66
<b>7. Conocimiento y Comprensión lógica de la Realidad</b>		
Adecuado	11	36,6
Inadecuado:	19	63,3
Subjetivismo anormal	3	10,0
Actitud oposicionista	19	63,3
Debilitamiento de las funciones lógicas	5	16,6
Deficit del juicio crítico	15	50,0
Rigidez del juicio crítico	4	13,3
Conocimiento superficial	2	6,66
<b>B -. AREA AFECTIVA</b>		
<b>1. Tipo Vivencial</b>		
- Extratensivo	9	30,0

- Adaptativo	3	10,0
- Desadaptativo	6	20,0
Ambigüal	9	30,0
Coartado	1	3,3
Coartado unilateral	3	10,0
Coartativo	1	3,3
Dilatado	2	6,6
Introversivo	5	16,6
1.1 Fórmula Secundaria		
Confirma	7	23,3
No confirma	23	76,6
2. Adaptación Emocional		
Adecuada	6	20,0
Inadecuada:	24	80,0
Alta sugestibilidad	14	46,6
Inmadurez	2	6,66
Labilidad	0	0
Egocentrismo	0	0
Incapacidad adaptativa	0	0
Intolerancia y exigencia de afecto	8	26,6
Impulsividad afectiva	1	3,33
Tendencia a imaginación y ensueño pueril	9	30,0
Serenidad aparente	0	0



Inhibición de las emociones	20	65,6
Alta necesidad afectiva	0	0
Negación o falta de desarrollo de las necesidades afectivas	23	76,6
Humor depresivo	15	50,0
(G) - (D) - Dd - S	0	0
Severa inadaptabilidad	0	0
Ausencia de genuina adaptación	17	56,6
Estabilidad introspectiva de emociones	21	70,0
Intelectualización de las emociones	7	23,3
<b>3. Expresión de los Afectos</b>		
Adecuada	3	10,0
Inadecuada:	27	90,0
Afectividad lábil	16	53,5
Dominio consciente de la expresión	1	3,33
Superficialidad consciente	2	6,66
Interferencia conflictiva de la reactividad	1	3,33
Serenidad aparente con tristeza	3	10,0
Afectividad mal modulada	0	0
Ausencia de expresión	3	10,0
Represión con evasión	0	0
Control inadecuado de emociones	16	53,3
Ausencia de control	1	3,33
<b>4. Agresividad</b>		

Adecuada	7	23,3
Inadecuada:	23	76,6
Contenidos agresivos y/u oposicionismo medio	10	33,3
Contenidos agresivos y/u oposicionismo alto	11	36,6
Agresión hacia el medio	8	26,6
Autoagresión	4	13,3
Inhibición consciente de la agresividad	2	6,6
Represión de la agresividad	3	10,0
<b>5. Vida Impulsiva</b>		
Adecuada :	10	33,3
- Tipo 1	8	26,6
- Tipo 2	2	6,66
- Tipo 3	0	0
Inadecuada:	20	66,6
Inhibición vida impulsiva	11	36,6
Incapacidad de postergación	7	23,3
Socialización deficiente	2	6,66
Actitud egocéntrica, con necesidad de gratificación inmediata	2	6,66
Impulsos inconscientes amenazan	1	3,33
<b>6. Control de Impulsos</b>		
6.1. Grado de control		
Exito	6	20,0
Fracaso	24	80,0

6.2. Tipo de control		
Externo	20	66,6
Interno	10	33,3
6.3. Intentos de control		
Adecuado	15	50,0
Inadecuado	15	50,0
C -. AREA DE RELACIONES INTERPERSONALES		
1. Interés por los Demás		
Presencia	27	90,0
- Adecuada	3	10,0
- Inadecuada	24	80,0
Ausencia	3	10,0
2. Actitud Frente a los Demás		
Adecuada	2	6,66
Inadecuada:	28	93,3
Falta de espontaneidad	3	10,0
Ansiedad en el contacto	9	33,3
Deficiente socialización	23	76,6
Preocupación excesiva por opinión de los demás	5	16,6
Tendencia hostiles	2	6,66
3. Grado de Socialización		
Adecuado	6	20,0

Inadecuado:	24	80,0
Deficiente socialización	21	70,0
Egocentrismo	1	3,3
Disposición emocional inefectiva	2	6,6
Labilidad emocional atenuada	14	46,6
Convencionalismo	3	10,0
<b>4. Grado de Oposición</b>		
Adecuado	9	30,0
Inadecuado	21	70,0
<b>5. Ajuste y Adaptación Social</b>		
Adecuado	8	26,6
Inadecuado	22	73,3
<b>D -. AREA DE LA SEXUALIDAD</b>		
<b>1. Identificación Sexual</b>		
Adecuada	18	60,0
Inadecuada:	12	40,0
Referencia a perversión	1	3,3
Cierta identificación con el sexo opuesto	7	23,3
Actitud hostil hacia el propio sexo	5	16,6
<b>2. Control de impulsos sexuales</b>		
Adecuado	12	40,0
Inadecuado	18	60,0
<b>3. Shock sexual</b>		

---

3. Shock sexual		
Presencia	10	33,3
Ausencia	20	66,6