

REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL

La autoagresión generadora de la artritis reumatoide juvenil en personas de 10 a 16 años del Hospital Infantil de Morelia "Eva Sámano de López Mateos"

Autor: Paulyna Ivonne Calixto García

**Tesis presentada para obtener el título de:
Licenciada en Psicología**

**Nombre del asesor:
Evelyn Caballero Durán**

Este documento está disponible para su consulta en el Repositorio Académico Digital Institucional de la Universidad Vasco de Quiroga, cuyo objetivo es integrar, organizar, almacenar, preservar y difundir en formato digital la producción intelectual resultante de la actividad académica, científica e investigadora de los diferentes campus de la universidad, para beneficio de la comunidad universitaria.

Esta iniciativa está a cargo del Centro de Información y Documentación "Dr. Silvio Zavala" que lleva adelante las tareas de gestión y coordinación para la concreción de los objetivos planteados.

Esta Tesis se publica bajo licencia Creative Commons de tipo "Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada", se permite su consulta siempre y cuando se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras derivadas.





FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TESIS

**LA AUTOAGRESIÓN GENERADORA DE LA ARTRITIS REUMATOIDE
JUVENIL EN PERSONAS DE 10 A 16 AÑOS DEL HOSPITAL INFANTIL DE
MORELIA “EVA SÁMANO DE LÓPEZ MATEOS”**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

PAULYNA IVONNE CALIXTO GARCÍA

ASESORA DE TESIS:

MTRA. EVELYN CABALLERO DURÁN

ACUERDO: RVOE LIC 100404

CLAVE:16PSU0004J

MORELIA, MICH. JUNIO 2014



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TESIS

**LA AUTOAGRESIÓN GENERADORA DE LA ARTRITIS REUMATOIDE
JUVENIL EN PERSONAS DE 10 A 16 AÑOS DEL HOSPITAL INFANTIL DE
MORELIA “EVA SÁMANO DE LÓPEZ MATEOS”**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

PAULYNA IVONNE CALIXTO GARCÍA

ASESORA DE TESIS:

MTRA. EVELYN CABALLERO DURÁN

ACUERDO: RVOE LIC 100404

CLAVE:16PSU0004J

MORELIA, MICH. MAYO 2014

Dedicatoria

A mi Familia

Mi padre Juan Calixto Andrade, quien me ha servido como inspiración para salir adelante y me ha enseñado a conseguir con dedicación y esfuerzo lo que me proponga pese a las carencias que se posean.

Mi madre Martha Alicia García Alfaro, quien ha sido una fuente de comprensión, cariño y protección; aparte de apoyo incondicional.

Brenda Nallely Calixto García, quien sirvió de ejemplo para crecer profesionalmente.

Angélica Montserrat Calixto García, quien con su obstinación ha sabido conseguir lo que desea.

Kevin Alan González Gómez, quien es una fuente de compañía, una pareja cariñosa y de apoyo.

Por último y no menos importante a los niños y jóvenes quienes aceptaron participar en esta investigación aportando valiosa información personal.

Índice

Resumen	1
Introducción.....	2
Justificación.....	4
Importancia del estudio.....	6
Capítulo 1. Marco Teórico	8
1.1 Definición de conducta.....	8
1.2 Causas de la conducta.....	8
1.3 Definición de la personalidad	11
2. Sentimientos	12
2.1 Sentimientos Básicos.....	16
2.2 Personalidades nutritivas	18
2.3 Personalidades tóxicas	19
2.4 La somatización.....	20
3. Artritis Reumatoide Juvenil	26
3.1 Articulaciones	26
3.2 Agresividad	28
3.3 Inmunología	29
3.3.1 Autoinmunidad.....	31
3.4 Artritis Reumatoide	31
3.4.1 Definición.....	31
3.5 Artritis Reumatoide Juvenil	34
3.5.1 Tipos de Artritis Reumatoide Juvenil.....	35
3.6 Tratamiento.....	36
3.7 Limitantes	36
4. Infancia media.....	37

4.1 Desarrollo físico y cognoscitivo en la infancia media.....	37
4.2 Avances cognoscitivos.....	39
4.3 Enfoque del procesamiento de información: planeación, atención y memoria.....	40
5. Adolescencia.....	41
5.1 Definición.....	41
5.2 Fases de la Adolescencia	42
5.3 Duelo de la adolescencia	52
5.4 Síndrome de la adolescencia normal	55
6. Calidad de Vida	62
6.1 Definición.....	62
6.2 Calidad de Vida y enfermedad crónica y/o terminal	63
6.3 Respuestas emocionales ante la enfermedad crónica	64
Capítulo 2. Metodología.....	66
2.1 Enfoque: Cualitativo.....	66
2.2 Alcance: Descriptivo	66
2.3 Objetivo general.....	67
2.4 Objetivos particulares	67
2.5 Planteamiento del problema	67
2.5.1 Preguntas de investigación	68
2.6 Supuestos teóricos	68
2.7 Ejes temáticos	68
2.8 Técnica de recolección de datos.....	70
2.9 Participantes	71
2.10 Escenario.....	72
2.11 Procedimiento.....	72
Capítulo 3. Resultados	73
3.1 Análisis por eje	74

3.2 Análisis general	95
Capítulo 4. Conclusiones	97
Capítulo 5. Discusiones	102
Limitantes y Sugerencias.....	104
Referencias bibliográficas	106
Anexos.....	110

Resumen

En esta investigación se aborda la Artritis Reumatoide Juvenil desde una perspectiva psicológica, sin dejar de observar del todo la implicación médica; ya que en esta misma investigación se mencionan los distintos tipos de Artritis al igual que una definición de la misma y los tratamientos que existen para el cuidado y atención; señalando también las limitantes que una persona tiene al padecer la enfermedad. Sin embargo, se hace mayor énfasis en las relaciones, vínculos, sentimientos (principalmente la autoagresión) y etapa de vida en la que se presenta esta enfermedad y de la cual se decide enfocar en esta investigación; así mismo se realizaron pruebas a personas quienes padecen la enfermedad con el fin de observar la calidad de vida que llevan. Abordando así al individuo padeciente de esta enfermedad no solo como aquel que la posee sino, desde un plano más integral. La investigación es de corte cualitativa con enfoque descriptivo.

Palabras clave: Artritis Reumatoide Juvenil, niñez, autoinmune, adolescencia, enojo.

Introducción

El objetivo de la investigación es conocer la forma de autoagresión en los jóvenes y niños con Artritis Reumatoide juvenil, con la finalidad de ayudar a mejorar su calidad de vida.

En el primer capítulo de esta investigación se presenta la descripción de cada uno de los temas que conforman el Marco Teórico.

El primero se titula “Sentimientos”, en donde se presentan varias definiciones de distintos autores acerca de lo que es un sentimiento, igualmente se definen las características, componentes de los sentimientos y cómo es que el sentimiento está vinculado con ciertas cogniciones del ser humano.

Se realiza una breve descripción de los sentimientos básicos MATEA de acuerdo con Muñoz (2009) en donde se aborda su disfunción, etiología y sentimientos afines especificando la agresión. Para continuar con la definición de las personas tóxicas y nutritivas, para finalizar con la somatización y ciertas características que van en continuidad con esta somatización y la enfermedad en sí.

En ese mismo capítulo se encuentran los componentes que intervienen en la personalidad de cada individuo y cómo una enfermedad puede provocar un cambio significativo en la conducta del mismo.

En el segundo tema se define a la Artritis Reumatoide (AR) (en lo sucesivo se manejarán las siglas AR, como referente a la enfermedad) donde se mencionan los signos y síntomas que acompañan a esta enfermedad, posteriormente se define la Artritis Reumatoide Juvenil (ARJ) o Artritis Idiopática Juvenil (AIJ) si bien la definición de ambas es bastante similar, se encontraron otros factores que las distinguen, tal como lo es la edad o etapa de vida en la cual se presenta y el motivo principal por el cual se elige para llevar a cabo esta investigación. Se hablará de los subtipos existentes de la ARJ y su tratamiento así como de las limitantes que esta enfermedad provoca en los menores de edad. Previo a los tipos y subtipos de (AR) se encuentra un apartado en donde se explican los niveles de conciencia del individuo basado en la Teoría Psicoanalítica de Freud (1917) y cómo un componente psíquico como lo es la represión, (en este caso la agresión reprimida en los pacientes), ejerce una importante tensión que lleva a la aparición de síntomas. Se explica cómo la pulsión de muerte en estos pacientes es predominante y los beneficios primarios y secundarios de padecer una enfermedad.

En el tercer apartado se define la infancia, población que compone esta investigación y etapas por la cuales es denominada Artritis Reumatoide Juvenil, así como son la etapas de vida en donde se encuentran las personas participantes de esta investigación.

Se describe cada una de las fases por las cuales tiene que pasar el adolescente, así mismo se mencionan los duelos a los que el adolescente debe enfrentarse y por último se encuentra definida la adolescencia normal, incluyendo sus etapas y procesos que conlleva. Al igual que en los capítulos anteriores se utilizan distintos autores para la descripción de cada una de las fases, desde el enfoque psicoanalítico.

En el segundo capítulo se encuentra la metodología de esta investigación, se describe el enfoque cualitativo así como el alcance descriptivo, se menciona el objetivo general y los objetivos particulares, el planteamiento del problema y las preguntas de investigación. Se desarrollan los supuestos teóricos, los cuales fueron parte fundamental, después se encuentran definidos los ejes temáticos, se describen las técnicas de recolección de datos que se utilizaron para la recaudación de información como es la Entrevista a Profundidad, la Figura Humana de Karen Machover, el Test de la Persona Bajo la Lluvia de Silvia Mabel Querol y María Chávez Paz. Y el Cuestionario para evaluación del Estado de Salud en la Infancia (CHAQ), aportado por el Doctor Erick Contreras médico de los niños y adolescentes que conformaron la muestra y que fueron canalizados por él.

Prosiguiendo con el Capítulo Tres de Resultados, en éste se presenta lo encontrado en cada prueba aplicada, el cual contiene las conclusiones a las que se llegaron por medio de esta investigación; y el Capítulo Cuarto, comprende la descripción de los objetivos particulares y generales de acuerdo a lo encontrado, se continúa con el análisis del planteamiento del problema y los supuestos teóricos.

En este mismo capítulo se encuentran las referencias bibliográficas que se consultaron a lo largo de la investigación y que servirán de apoyo a otras investigaciones que se realicen de acuerdo al tema o bien para profundizar si el lector así lo desea, para finalizar con las limitaciones y sugerencias así como los anexos.

Ya para finalizar se encuentra el Capítulo Cinco que comprende las Discusiones, las Limitantes que se encontraron a lo largo de este proyecto y las Sugerencias para llevar a cabo nuevas investigaciones que amplíen el conocimiento encontrado.

Justificación

Si bien está claro que existe mucha información acerca de esta enfermedad y que día con día se realizan aún más investigaciones médicas para la comprensión de esta misma; la parte psicológica, en donde se enfoca este tema es muy poco analizado e investigado: una de las razones por las cuales se realiza esta investigación es con el propósito de conocer aún más a las personas que la padecen, en este caso menores de 18 años a quienes la enfermedad ha afectado su condición de salud, y se conoce abiertamente que esta enfermedad imposibilita o atrofia el movimiento del cuerpo. Sin embargo esta investigación pretende conocer los daños que genera y los factores psicológicos que favorecen el desarrollo de esta enfermedad.

Para llevar a cabo este trabajo se toma como referencia la investigación titulada; "Caracterización psicosocial de pacientes con diagnóstico de Artritis Idiopática Juvenil", de María Zaida Guridi González del Policlínico Mártires de Calabazar, La Habana Cuba, para ella:

La enfermedad crónica es un fenómeno que ocupa un lugar importante en la situación de la salud, lo que afecta la calidad de vida del individuo y repercute en los aspectos somáticos, psicológicos y sociales. Por esta razón, se da inicio a un estudio descriptivo transversal en un grupo de adolescentes con diagnóstico de Artritis Idiopática Juvenil, atendidos en el Servicio Nacional de Reumatología Pediátrica del Hospital Pediátrico Docente Pedro Borrás Astorga en el período de enero a junio del año 2008. Con el objetivo de caracterizar psicológica y socialmente a dichos pacientes; la muestra se conformó con 68 pacientes adolescentes. Se estudiaron las variables edad, sexo, antecedentes patológicos familiares de Artritis reumatoide, tiempo de evolución de la AIJ, Ansiedad Rasgo-Estado, Depresión Rasgo-Estado, variedad clínica de la AIJ, afecciones oculares, bienestar psicológico del adolescente y repercusión familiar del evento.

Como resultados, predominó en el grupo de 15 a 19 años de edad, del sexo femenino (53.0%), la presencia de antecedentes patológicos familiares (66.1%), la mayoría de los pacientes tenían más de 5 años de padecimiento, se reportó un nivel de Ansiedad y Depresión alto tanto en Rasgo como Estado, la Oligoartritis fue la variedad clínica de mayor porcentaje (57.4%). El 70.6% presentó afecciones oculares, el bienestar psicológico se reflejó bajo en un 60.3% y en las familias se manifestó una repercusión moderada (64.7%) siendo en la mayoría favorable (89.7%). Se recomienda el tratamiento completo e integral a enfermos crónicos mediante la aplicación de la Psiquiatría de Enlace.

Los resultados de esta investigación fueron de suma importancia como: el vínculo establecido con los padres, el amor ciego, el enojo, la agresión y ganancias secundarias, etc.

Por lo cual se tomó en cuenta las etapas y en cada uno de los participantes se detectó si habían sido los mismos factores o bien similares a las seis personas a las cuales se aplicó la batería de pruebas, conociendo de esta manera su estilo de vida, vínculos, familia, sentimientos, carácter y temperamento, factores determinantes en ellos para que se desarrolle la enfermedad.

En donde se pudo observar que los resultados de las pruebas obtenidas si bien no eran iguales eran bastante similares en cada uno de los participantes, considerando que sí existen algunos factores que contribuyen al desencadenamiento de esta enfermedad. Al mismo tiempo se evaluaron las ganancias que los pacientes pueden obtener como enfermos de Artritis y al ser menores de edad aún más atención por parte de los familiares.

Así mismo se quería conocer el significado que tenía para cada uno de los pacientes el padecer esta enfermedad, escuchar de ellos mismos la manera en la cual van afrontándola y al mismo tiempo aceptándola, ya que muchas personas conocen este padecimiento en las personas de edad avanzada pero no en menores de edad, quienes pueden iniciar desde la edad de tres años y continuar con ella por el resto de su vida, si bien en esta etapa de vida descrita como una de las más divertidas y sin preocupaciones, donde se van desarrollando procesos cognitivos, cual es el impacto que genera el padecimiento de una enfermedad incurable pero tratable en menores de edad o bien ya en adolescentes con un proceso de pensamiento ya más avanzado y estructurado; y no sólo en ellos sino también este padecimiento afecto y/o modificó las distintas áreas; social, familiar, personal y educativa.

Importancia del estudio

En este trabajo basado en la investigación de la Artritis Reumatoide Juvenil; se ha utilizado un lenguaje bastante sencillo para que pueda ser de comprensión no sólo para un Médico o un Psicólogo sino para las personas que tengan interés acerca de esta enfermedad; puede ser de ayuda para la continuación de alguna investigación similar o bien para retomar el tema pero visto con otro enfoque o abordando algún otro punto el cual sirva para el complemento.

De igual manera puede utilizarse como referencia para una nueva investigación, ya que la (ARJ) no tiene muchos estudios o investigaciones con enfoque psicológico caso contrario a la medicina la cual ha realizado muchos hallazgos en cuanto a esta enfermedad.

Se hace hincapié en que ésta y muchas otras enfermedades no han sido investigadas desde el enfoque psicológico, lo cual aporta aún más información al respecto así como ampliar el conocimiento que se pueda adquirir por medio de las investigaciones y aplicación de pruebas.

Esta investigación es de utilidad para Médicos, Psicólogos, padres de familia, niños y adolescentes con o sin la enfermedad. Permite detectar aquellos factores psicológicos por los cuales se desencadena esta enfermedad cómo es sobrellevada por menores de edad, así mismo se analizó el impacto que generó en cada uno de los pacientes y en sus familiares, observando un poco la dinámica familiar de aquellos quienes la padecen.

De igual manera se observaron y analizaron las conductas propias de los individuos antes y después de que la enfermedad apareciera en sus vidas; principalmente la agresión que los pacientes manejan y cómo es expresada; así como la atención que han recibido por parte de sus padres y otros miembros de la familia.

Al mismo tiempo este proyecto permite evaluar y dar a conocer la Calidad de Vida que llevan estos pacientes con dicha enfermedad, así como la funcionalidad en cada uno de los individuos evaluados y las actividades que estos pueden desempeñar, si bien la muestra permite tener una idea de cómo pueden estar los pacientes con esta enfermedad y aunque los resultados son variados en la mayoría son bastante funcionales y capaces de realizar casi cualquier actividad.

Por el contrario todos coinciden en que una vez que la enfermedad se activa y por consiguiente aparece el dolor, su funcionalidad es casi nula y aparecen sentimientos negativos que van conforme a la situación.

Capítulo 1. Marco Teórico

El presente trabajo abarca los temas de sentimientos, somatización, Artritis Reumatoide, Calidad de Vida y Adolescencia.

1.1 Definición de conducta

La conducta es una cualidad propia de los seres vivos. Se trata de una operación vital gracias a la cual se desenvuelven activamente en su medio. La conducta no es una respuesta pasiva del organismo al medio, es una respuesta con un propósito vital, una respuesta que también es propuesta. El ser vivo no responde al estímulo de forma mecánica, sino de forma intencional.

Desarrollar una conducta es conducirse, llevarse a alguna parte y no a cualquier parte, sino aquella exigida por los fines del organismo en compenetración con las posibilidades que ofrece su medio. Toda conducta consiste en el desarrollo de un plan cuyo objetivo es anterior a su ejecución (Ayllón, 2001).

1.2 Causas de la conducta

Una forma de conceptualizar los determinantes de la conducta es categorizarlos como: 1) genéticos, 2) orgánicos, 3) ambientales-situacionales y 4) variables de la personalidad.

Para aclararlo se desarrollan a continuación:

Causas genéticas

Herencia

La conducta está influida ciertamente por la herencia de cada persona. Se hereda una estructura constitucional específica, que influye en gran medida sobre los estilos de vida que podemos desarrollar.

El mal humor puede deberse a las hormonas de cada individuo, más que a las malas intenciones o experiencias desagradables. Es incuestionable que se nace con ciertos dotes y que se tienen potencialidades y predisposiciones para desarrollarnos en determinados sentidos y se encuentran notables semejanzas entre padres e hijos en muchas variables. Sin embargo, en los seres humanos el papel del aprendizaje es tan amplio y los rumbos probables que la conducta puede tomar, son tan moldeables que

es difícil separar la influencia directa de la herencia. No obstante, se conoce que los factores genéticos son determinantes primordiales de la conducta (Dicaprio, 1989).

Causas orgánicas

En la conducta influyen en gran parte factores fisiológicos, bioquímicos y otros determinantes orgánicos. El humor, la capacidad de realizar trabajo sostenido, la reactividad emocional, incluso la inteligencia, prácticamente todo lo que pasa en la personalidad es influido de manera importante por causas orgánicas (Arnold, 1970 citado por Dicaprio 1989).

El hecho persiste que, a pesar de que la conducta es influida por determinantes orgánicos y algunos de los aspectos más importantes de la personalidad tienen una base bioquímica, los principales determinantes de la conducta son las variables situacionales y de personalidad y no se puede olvidar el aspecto biológico de la conducta (Rosh y col., 1959 citado por Dicaprio 1989).

Si la persona se encuentra experimentando una emoción intensa, esto se reflejará en cambios notables del cuerpo, como alteraciones de la química de la piel, sequedad de la boca, calambres abdominales y palpitations cardiacas. Pero el cuerpo desde luego puede influir en la personalidad: la fatiga puede provocar depresión, irritabilidad y apatía; así como un dolor u otro malestar físico puede incapacitar temporalmente a la persona, de manera que la única inquietud primordial sea la de aliviarse. Comúnmente hay diversas causas activas, y las orgánicas pueden ser factor importante en la personalidad ya que algunas personas tienen que enfrentarse a condiciones físicas crónicas como es el caso de la AR.

Causas ambientales- situacionales

El medio ambiente físico y cultura juega un papel amplio y continuo en la determinación de la forma y funcionamiento de la conducta. Sólo se necesita pensar en la influencia constante del aprendizaje en cada faceta de vida.

Nacemos dentro de una cultura y ésta impone toda una serie de demandas y presiones. La cultura no solo plantea los problemas que se tienen que resolver, sino también prescribe las soluciones aceptables que se tienen disponibles. Son tan importantes las causas ambientales y situacionales.

Se puede conocer mucho acerca de alguna persona, si se identifican las situaciones y los estímulos que producen cambio en la conducta y experiencia, conforme se conoce mejor a alguien, se puede ser bastante específico conforme a los tipos de respuesta

que ocurrirán en situaciones particulares. Las respuestas a ciertas situaciones pueden volverse habituales, de manera que se llega a comportar de forma característica; por ejemplo, el deprimirse en los días lluviosos o ponerse nervioso antes de un examen (Dicaprio, 1989).

Variables de la personalidad

Personalidad

Se ha visto que la conducta está influida por la herencia, por las condiciones del cuerpo y por estímulos y situaciones; pero hay más. La personalidad en sí misma es una fuente principal de conducta, ya que, si se desprecian las variables de la personalidad, no obtendrán un cuadro completo de las causas de la conducta, y su influencia en el desarrollo de la Artritis Reumatoide Juvenil.

La conducta presente no es simplemente el resultado de la situación inmediata, sino que está influida por un estado mental simultáneo. Si la persona acaba de recibir una noticia desfavorable su conducta puede diferir de lo que es común, una conducta en particular depende del contexto de los factores que están activos en cualquier momento dado, muchos de los cuales se encuentran dentro de la personalidad misma. Un acontecimiento dado puede provocar que una persona se trastorne, mientras que otra no se ve afectada en lo más mínimo, lo que significa que las personas responden de manera diferente debido a que tienen distintas estructuras de la personalidad.

Al no poder explicar la conducta por medio de causas externas, se puede recurrir a las variables de personalidad, como los sentimientos, los impulsos y las ansiedades. Éstas deben inferirse de la conducta, si se espera describir con éxito la personalidad.

Si la persona tiene un sentimiento de inferioridad hacia sí misma, éste no le permitirá experimentar ningún éxito en nada, ya que se sentirá incapaz de manejar cualquier responsabilidad. La explicación a esto puede ser lo que los científicos de la personalidad llaman masoquismo, una tendencia insidiosa hacia la autodestrucción.

Mischel (1973) citado por Dicaprio (1989), sostiene que las variables de personalidad no son vistas como disposiciones automáticas que controlan la conducta, sino más bien como determinantes que son influidos y modificados en gran medida por las situaciones. Incluso un cambio ligero en una situación puede provocar una alteración radical en la conducta.

En resumen, queda clara la influencia significativa de los diversos determinantes de la conducta; con su efecto en la estructura y funcionamiento de la personalidad. Por tanto, el medio ambiente influye en la personalidad; y los determinantes biológicos afectan el funcionamiento de la personalidad; así la herencia fija también los límites del desarrollo de la personalidad.

1.3 Definición de la personalidad

Componentes centrales y periféricos de la identidad

El término personalidad se usa en muchas formas. Puede referirse a todo lo que se sabe de una persona o lo que es único en alguien o lo típico de una persona. Desde el punto de vista científico todos tenemos una personalidad, simplemente nuestra naturaleza psicológica individual. Para simplificar, se puede pensar en la personalidad como una identidad personal del individuo.

La identidad tiene diversos componentes, algunos de los cuales son más centrales que otros: los componentes centrales definen a la persona mientras que los componentes periféricos son limitados y están sujetos a cambios. Conforme se conoce a alguien adquirimos conocimientos de su identidad central.

Un aspecto central de la identidad personal es análogo a una constante en una ecuación en este caso, la ecuación de la personalidad que casi siempre debe considerarse en el proceso de evaluación. Una teoría de la persona tiene que incluir este factor, su ausencia constituiría una diferencia significativa en la identidad personal, si la identidad personal es un componente fundamental de su identidad, influirá mucho en lo que la persona hace, al tomar decisiones, en los contactos sociales y en prácticamente todo lo que la persona realice: pensamientos, juicios y percepciones.

Otra forma de pensar en la noción de la identidad personal es considerar los casos en que la persona no parece ser ella misma. Cuando un ingrediente esencial de la identidad se pierde o cambia significativamente, observando que la persona se encuentra diferente. Un cambio permanente o temporal de la identidad puede ocurrir durante una enfermedad grave.

2. Sentimientos

La definición de sentimientos se puede observar desde diversos autores a saber:

Cole (2008) citado por Muñoz (2009), describe al sentimiento como una reacción afectiva básica involuntaria que es contada como un concepto de uno mismo, o sea que se capaz de interpretar.

Damasio (2001) citado por Muñoz (2009), define al sentimiento como “la percepción y experimentación de todos los cambios que contribuyen a la respuesta emocional”. Afirma que algunos sentimientos están relacionados con las emociones pero otros no. A los sentimientos que no se originan en las emociones les llama sentimientos de fondo. Los sentimientos propiamente dichos son los que él llama “sentimientos de emociones” o sea aquellos que surgen de la emoción percibida y experimentada internamente. De acuerdo con este mismo autor, el sentimiento es la percepción y experimentación de todos los cambios que constituyen la respuesta emocional.

Marina (1996) citado por Muñoz (2009), concentra su reflexión fundamentalmente sobre los sentimientos y aporta aspectos puntuales, concretos y totalizadores de la implicación de lo que es experimentar un sentimiento y enlista las características que tiene para él los sentimientos:

1. Los sentimientos son el balance consciente de nuestra situación. Un balance continuado que se realiza a varios niveles de profundidad, en donde intervienen el estado físico, la marcha de nuestros deseos, proyectos, experiencias anteriores y algunas otras cosas.
2. Son experiencias cifradas, porque una cosa es la claridad de la experiencia y otra la claridad del significado de la experiencia. Los sentimientos son más complejos que la emociones, por lo que es difícil no saber que sentimiento es el que está presente, se sabe que estamos sintiendo algo aunque no podamos todavía nombrarlo, ya que el proceso de reconocimiento y de expresión del sentimiento es un proceso más complejo que se relaciona con el sentido y orientación de nuestra acción.
3. Los sentimientos son un punto de llegada, son resumen y propensión. Inician una nueva tendencia, y disponen para la acción.
4. Son una experiencia consciente que sintetiza los datos que se tienen acerca de las transacciones entre los deseos, las expectativas o creencias y la realidad.

5. Bloques de información integrada que incluye valoraciones en la que el sujeto está implicado –interesado- y al que proporcionan un balance de situación y una predisposición a actuar.
6. Algunos sentimientos no tienen un desencadenante claro y otros surgen en una situación definida.
7. Son un balance de la interacción entre nuestras carencias y realidad. Sirven para rastrear nuestras necesidades. Todo acontecimiento que produzca en nosotros una resonancia afectiva e importante por alguna razón.
8. Son producto de una evaluación cognitiva de la realidad.
9. Los sentimientos son el resonar de una cuerda, uno de cuyos extremos está anclado en la biología y otro en el significado. (El anclaje en la biología son las sensaciones, las emociones, la carga genética, y el significado de la fase cognitiva.)

El sentimiento es la elaboración y representación cognitiva de cualquiera de las siguientes experiencias: el estado del cuerpo, la emoción, las percepciones, los recuerdos y los pensamientos del estado del cuerpo en un proceso reactivo.

Un sentimiento es entonces una sensación corporal que se interpreta y concretiza, una sensación que se “bautiza” con un nombre que va de acuerdo a la historia, a las experiencias anteriores y al marco cultural. Un sentimiento tiene la característica de que es una sensación con nombre, por lo tanto, la experiencia se simboliza (o se interpreta) de acuerdo a la vivencia tal y como está ocurriendo en el presente, ayudada por las experiencias anteriores similares (Muñoz, 2009).

Características más importantes de los sentimientos:

- Implícita una elaboración y representación cognitiva.
- En la secuencia del proceso emocional, ocurre posteriormente a las sensaciones y a la emoción.
- Es la parte del sentir del proceso emocional que se hace privada en el sentido de que no puede fácilmente ser observada por otros de forma evidente.
- Los sentimientos contribuyen a la regulación de la vida, pero están más al servicio del desarrollo que de la supervivencia. Están constituidos por elaboraciones más complejas, de tipo cognitivo.
- El sentimiento suele ser poco intenso pero de una duración mayor que la emoción.

Los sentimientos son un desarrollo y una combinación de las emociones innatas, que se pueden convertir propiamente dichos. En este sentido los podemos clasificar como:

- a. Sentimientos de desarrollo. Cuando van en el sentido de lo constructivo a lo que favorece el desarrollo del potencial humano. Tienen la característica de impulsarnos hacia la corriente de nuestro fluido vital. Mantienen un equilibrio entre nuestras tendencias hacia la novedad y hacia la seguridad.
- b. Sentimientos de deterioro o disfuncionales. Cuando van en detrimento de la estima y valoración de la persona, son el producto de experiencias traumáticas, de devaluación, que llevan hacia una involución. Entorpecen y bloquean nuestro fluido vital. Son sentimientos que lanzan a experiencias muy riesgosas o muy paralizantes, manteniendo a la persona en una aparente seguridad en donde el flujo vital se hace lento y se bloquea (Muñoz, 2009).

Los sentimientos y la percepción

La manera como el individuo obtiene conocimientos de su medio a fin de lograr que una conducta sea adaptativa, es de suma importancia. La atención de tales conocimientos necesita de una extracción de información a partir de la gran cantidad de energía física que estimulan los sentidos del organismo. Sólo los estímulos que tienen valor de señal, es decir, aquellos que desencadenan algún tipo de acción reactiva o adaptativa en el individuo, deberán denominarse información. La percepción se definirá cómo el proceso de extracción de información (Fergus y Melamed, 2003).

Percibimos parcialmente, es decir, nunca percibimos la totalidad de la realidad, solo una porción de la misma; además, esta percepción está matizada por nuestra historia. Si en la propia historia hay una situación que ha sido buena o agradable, producirá sensaciones y sentimientos gratos, de lo contrario generará sensaciones y sentimientos desagradables.

La percepción depende de los sentidos, si éstos se encuentran alterados de alguna forma, se perciben mejor o peor. De modo que se ha desarrollado el sentido que está en mejores condiciones para darnos la información requerida para la supervivencia.

La percepción es selectiva, y es necesaria para que se desarrolle la consciencia, que es un proceso que consiste en integrar toda esta nueva experiencia; una vez que se ha percibido, se va hacia la simbolización, dando un significado a lo percibido y que podría generar una emoción y un sentimiento.

Los sentimientos y el lenguaje

Los sentimientos son una creación humana, se fueron generando, significando con el uso cada vez más refinado del lenguaje, debido a la necesidad de especificar la experiencia emocional que se estaba teniendo.

A mayor desarrollo del lenguaje, así como de la consciencia reflexiva de la propia experiencia, se creó un mayor número de sentimientos. No bastaba con decir que se sentía afecto por alguien, era necesario ser más concreto y poder especificar hacia ese alguien que era lo que se sentía: ternura, aceptación, amor, compasión, etc.

No bastaba con decir que se sentía miedo hacia algo, era importante señalar que tipo de miedo: temor, pánico, alarma, angustia, etc. Al especificar la vivencia emocional era más fácil describir lo que uno necesitaba y tener una respuesta acorde a la experiencia.

Damasio (2001) se refiere a los sentimientos como “una experiencia cifrada” que hay que descifrar, a través de la utilización del lenguaje, por eso se afirma que los sentimientos son una invención humana.

La belleza de los sentimientos consiste en su capacidad de sintetizar la experiencia, ya que puede ser suficiente una palabra para definir esa experiencia, esa emoción que estamos vivenciando, ya que lo que se pone en palabras son sentimientos.

Sentimientos de fondo

El sentimiento de fondo tiene una conexión directa con aspectos existenciales, ya que se implica un elemento subjetivo de cómo ha vivido o vive la persona su vida personal de manera relativamente estable.

Los sentimientos de fondo pueden tener en la persona una duración o una presencia de muchos años, hablan de las experiencias que han dejado huella, que se producen generalmente por un tipo de interacción relativamente estable con el entorno.

El sentimiento de fondo puede ir cambiando, puede ser uno o ser varios en alguna etapa de desarrollo. La biografía de los sentimientos de fondo puede revelar a la persona cómo ha ido evolucionando o cómo se ha estancado el proceso personal. Cuanto más rígido sea el sentimiento de fondo, más disfuncional resultara para la vida de la persona.

Hay sentimientos de fondo, (como la alegría), relacionados con un cúmulo de experiencias positivas y con muy pocas oportunidades de frustración; se puede ser alegre como una evasión, pero también se puede ser alegre como un resultado de experiencias agradables.

Sentir

Agnes Heller (1989) citado por Muñoz (2009): “sentir significa estar implicado en algo. (...) ese algo puede ser cualquier cosa: otro ser humano, un concepto, yo mismo, un proceso, un problema, una situación, otro sentimiento... otra implicación.

Sentir, entonces, es estar involucrado en algo o con algo. Es un fenómeno que ocurre al poner en una relación con algo que interesa e importa,

La capacidad de sentir tiene una relación directa con el nivel de desarrollo individual, entre más sensible es el ser humano más posibilidades de crecimiento tendrá. Entre más abierta, vinculada e involucrada esté una persona, sentirá más lo que le ocurre, vivirá con más profundidad e intensidad su vida.

2.1 Sentimientos Básicos

Las cualidades de MATEA, su disfunción, etiología y sentimientos afines.

Citando a Muñoz (2009), a continuación se menciona la integración de los distintos aspectos como son: la función, cualidad, etiología y sentimientos afines a cada uno de los sentimientos básicos.

a) MIEDO

Percibe el ambiente como amenazante sin serlo así como un deterioro de la habilidad de enfrentamiento y pérdida de la capacidad de movilizarse por el mundo, genera protección y predisposición para huir, y los sentimientos son;

Funcionales: alarma, angustia, inquietud, duda, preocupación, recelo, temor, timidez, vacilación.

Disfuncionales: desprotección, desvalimiento, espanto, fragilidad, pánico, pavor.

b) **AFECTO**

Se vincula sin mirar, si es un satisfactor adecuado, posee incapacidad de diferenciación con lo otro. El individuo se siente atraído hacia...

Sentimientos afines

Funcionales: aceptación, afecto, agradecimiento, amor, apoyo, cercanía, compasión, comprensión, compromiso, empatía, estima, generosidad, interés, respeto, simpatía, solidaridad, ternura, valoración.

Disfuncionales: sumisión y dependencia.

c) **TRISTEZA**

Nada es suficiente para cumplir sus expectativas, se da la interiorización y el retiro así mismo por desencanto, alejarse de...

Sentimientos afines

Funcionales: soledad, aflicción, congoja, timidez, pesadumbre, decepción, desencanto.

Disfuncionales: apatía, desolación, resignación, melancolía, traición, desaliento, engaño y desconfianza.

d) **ENOJO**

Violencia por exceso de poner límites, al defenderse ataca invadiendo sin importar los límites del otro.

Sentimientos afines:

Funcionales: enfado, agravio, molestia, agresión, fastidio, firmeza, fortaleza, frustración, incompatibilidad, disgusto, seguridad, furia e inconformidad.

Disfuncionales: ira, desprecio, hostilidad, cólera, omnipotencia, venganza y odio.

e) **ALEGRÍA**

Negación del dolor y de lo desagradable, es la que carga la "pila" de la vida y regula la energía vital.

Sentimientos afines

Funcionales: admiración, encanto, entusiasmo, júbilo, libertad, esperanza, exaltación, motivación, felicidad, optimismo, contento, paz, unidad, armonía, gozo, plenitud y dicha.

Disfuncionales: euforia y omnipotencia.

Siguiendo con la importancia de los sentimientos y su relación con los demás, es importante estar relacionados con personas adecuadas para generar en nosotros sentimientos de bienestar como se verán a continuación.

2.2 Personalidades nutritivas

Las personas que no tienen suficiente control emocional, se van contagiando con lo que llevan dentro las personas con las que interactúan en la vida diaria. Por el contrario las personas alegres y amables contribuyen a su alrededor en un mundo de amistad, mientras que las que son depresivas, hostiles y defensivas se rodean de soledad, rencor y sospechas.

Cualquier individuo recibe en sus encuentros con los demás, algunas experiencias que contribuyen a su bienestar y desarrollo.

También tienen otros encuentros que son tóxicos y nocivos. Por lo que cada quien es responsable de buscar las relaciones que le nutren emocionalmente y de evitar las que son poco gratificantes o perjudiciales. En general hay dos tipos de personas: las nutritivas y las tóxicas.

Los individuos nutritivos son más sinceros y auténticos en sus relaciones personales y han logrado desarrollar sus potencialidades humanas, asumen la responsabilidad de sus propias necesidades emocionales y tienen suficiente confianza en sí mismos. Manifiestan de forma directa lo que quieren. Se nutren de las relaciones con los demás, pero también nutren emocionalmente a otras personas. Son más sensibles y sociales, pero no imponen su presencia a los demás (Navarro, 1999).

Ofrecen simplemente lo que son sin intentar persuadir de su bondad a nadie. Es más fácil dar a una persona nutritiva, porque es menos demandante y aprecia lo que recibe. También es más sencillo recibir de ellas, porque no queda uno atado por la culpa, ni está obligado a pagar de algún modo.

2.3 Personalidades tóxicas

Las personas tóxicas, a las que también se les denomina manipuladoras, manifiestan conductas y cualidades opuestas a las de las personas nutritivas. Lo típico es que nos sintamos peor de algún encuentro con ellas. Estos individuos quieren llenar sus vacíos emocionales con detrimento de los demás. Los ven como simples medios para obtener sus fines y abusan de ellos, son absorbentes y se sienten insatisfechos con sus relaciones personales. Carecen de tolerancia y se muestran inflexibles, rígidos y poco adaptables. Viven generando quejas y reproches, y no son capaces de respetar la libertad de los demás.

Por otra parte, cuando surge algún conflicto o enojo, amenazan y tienden a romper las relaciones de modo definitivo. Tienen poca capacidad para disfrutar la vida. Se les dificulta aceptar a los demás como son, porque son demasiado críticos. No gozan de sus cualidades ni atractivos, porque se fijan más en los defectos, las manchas y las carencias. Su profunda insatisfacción los impulsa a buscar compulsivamente y (demandar de los otros) cada vez más dinero, éxito, diversiones, objetos materiales, sexo, alimento, alcohol y drogas.

Tienden a relacionarse con otras personas igualmente frustradas, fracasadas e infelices. Se sienten inseguras y disgustadas cuando encuentran a personas felices y llenas de vida. No parecen darse cuenta de que buscan un ambiente mórbido deprimente y rencoroso porque les resulta confortante. Hacen un recuento interminable de sus síntomas y problemas, algunos incluso inventan malestares y problemas para que algunos les tengan lástima.

Para Glass citado por Navarro (1999) las personas tóxicas se les denomina de esa manera, porque al igual que un veneno, pueden hacer enfermar al otro.

La mayoría de las personas tóxicas no son malvadas, ni pretenden dañar deliberadamente a los demás. Utilizan patrones aprendidos de comportamiento poco adaptativos, en su niñez y juventud, tuvieron encuentros nocivos y quedaron demasiado lastimadas.

El diálogo inmunológico es una realidad científica. Evidentemente hay personas tóxicas que hacen mal, deprimen, irritan y descalifican; y también hay personas nutritivas que elevan el humor, dan paz y entusiasmo, Toro, (2007) citado por Navarro (1999).

Estos cambios pueden provocar cambios en el humor que tienen sus reflejos en las reacciones de defensa inmunológica.

Así lo afirma la expresión de López Ibor (1999) citado por Navarro (1999): “las personas se instalan en nuestros órganos”. Unas se alojan en nuestro cerebro, otras en nuestro corazón, algunas en el estómago o en nuestros órganos sexuales. La presencia de nuestros semejantes no es simplemente la circunstancia externa: “somos parte de los otros”.

Cuando los sentimientos están mal canalizados, el organismo se somatiza, lo cual genera molestares o enfermedades como lo es Artritis Reumatoide Juvenil.

2.4 La somatización

El concepto de somatización fue primero usado en el pensamiento psicoanalítico por (Kellner, 1990) en los comienzos del presente siglo para referirse a un proceso hipotético en el cual los mecanismos de defensa natural no permiten la expresión de la ansiedad y, en su lugar, sólo es posible una «expresión visceral», impidiendo la manifestación de la ansiedad experimentada conscientemente por el individuo (Lipowski, 1988).

La somatización se considera como uno de los más frecuentes y problemáticos fenómenos que encaran los médicos a nivel de atención primaria. Es un término genérico que incluye un amplio rango de fenómenos clínicos, una variedad de procesos que conducen al paciente a buscar ayuda médica por síntomas o malestares del cuerpo los cuales, a veces, aún cuando no existe evidencia médica de los mismos, el paciente erróneamente lo atribuye a una enfermedad orgánica, (Bass, 1990) citado por (Di Silvestre, 2006) .

Lipowski (1988), define la somatización como «una tendencia a experimentar y comunicar tensión somática y síntomas no establecidos en los hallazgos patológicos, a atribuir estos síntomas a una enfermedad física y a buscar ayuda por ellos». El mismo autor presenta un enfoque comprensivo para definir somatización que incluye tres aspectos básicos: el aspecto experiencial, es decir cómo el paciente percibe y subjetivamente reconoce el dolor; un aspecto cognitivo que se refiere a como el individuo define e interpreta los síntomas como siendo o no serios; y finalmente un aspecto conductual, cómo el paciente reacciona al dolor, los cursos de acción que él/ella llevan a cabo para manejar el dolor y cómo él/ella lo comunica.

Enfatizando el componente emocional del fenómeno de la somatización, Craig y Boardman citado por Bass (1990) citado por Di Silvestre (2006), plantean que los desórdenes del ánimo estimulan la percepción de los síntomas somáticos y empujan al individuo a buscar ayuda médica. Pareciera que factores emocionales tienen una influencia importante sobre la regularidad e intensidad de los nuevos episodios.

Todas las definiciones convergen en el hecho de que la somatización es un fenómeno que ocurre cuando un paciente repetidamente busca cuidado médico, se queja de algún problema somático y no siempre existe una evidencia biológica de alguna enfermedad orgánica o patológica. La naturaleza de las causas parece ser básicamente emocional, social o psiquiátrica.

Las siguientes son las situaciones diferentes en las cuales el concepto es aplicado:

Puede estar presente en sujetos quienes no tienen alguna enfermedad ni psiquiátrica ni orgánica, pero necesitan somatizar su estrés emocional como un medio de manifestarlo y demandando apoyo al mismo. En este caso la somatización se considera un mecanismo para manejarse con los hechos estresantes de la vida. Existen diferentes definiciones para el concepto de somatización, los cuales al ponerse juntos asumen la existencia de dificultades psicológicas y de vida como estresores de la experiencia de enfermedad. Los síntomas somáticos no son poco comunes en la población, pero la característica distintiva de la somatización reside en la frecuencia, severidad y persistencia de las presentaciones hechas por los pacientes.

La somatización está presente en el caso de una evidente enfermedad orgánica. Este término es aplicado cuando el paciente tiene una enfermedad orgánica verificable, pero amplifica los síntomas somáticos.

En casos en los cuales, dado que la enfermedad está en su etapa inicial, ésta no puede ser diagnosticada y no existe una evidencia médica de la existencia de un problema orgánico aunque el individuo manifiesta molestias somáticas.

Por lo que la somatización es un desorden psiquiátrico «disfrazado» (por ejemplo depresión o ansiedad). Los individuos buscan ayuda médica repetidamente quejándose primariamente de síntomas somáticos y más tarde son diagnosticados como teniendo un desorden psiquiátrico. Los síntomas somáticos son una parte prominente de un desorden afectivo y el síntoma podría ser generalizado o localizado (Kirmayer 1985).

Somatización y percibirse enfermo

La percepción subjetiva de la enfermedad es el resultado de factores psicológicos, psicosociales, sociológicos y culturales independientemente de la base genética, fisiológica o biológica de la enfermedad Osterweis, Kleinman, Mechanic (1987) citado por Di Silvestre, (2006). Como parte de los sistemas de significados y normas sociales, el «sentirse enfermo» está fuertemente influido por la cultura (Kleinman, Eisenberg y Goof, 1978) citado por Di Silvestre, (2006).

El «sentirse enfermo» es un concepto sociológico y antropológico desarrollado por Mechanic (1960) para ser aplicado al componente subjetivo de cada episodio de enfermedad. Mechanic define el «sentirse enfermo» como «las formas en las cuales determinados síntomas pueden ser diferencialmente percibidos, evaluados y actuados (o no actuados) por diferentes tipos de personas». Como Mechanic (1978) apunta diferentes patrones de «sentirse enfermo» pueden ser considerados desde dos puntos de vista que se complementan mutuamente: como producto de experiencias sociales, culturales, de aprendizaje y como parte de un proceso de «hacer frente» en el cual el «sentirse enfermo» es un sólo aspecto de un repertorio de competencias que cada individuo experimenta de manera nueva e inestable. Realiza un orden a darle sentido y hacer más manejables antes de ampliar la conceptualización del «sentirse enfermo», ante esto es necesario definir la palabra enfermedad. La enfermedad es un concepto que proviene de la ciencia biomédica y se refiere al mal funcionamiento de procesos psicofisiológicos y biológicos y a deformaciones anatómicas objetivas, Ford 1983; Kleinman, Eisenberg y Good (1978) citado por Di Silvestre, (2006).

Los médicos buscan una explicación orgánica de la enfermedad basados en este concepto biomédico. Este enfoque es limitado dado que excluye condiciones en las cuales, aunque no existen problemas orgánicos evidentes, los pacientes continúan sintiéndose mal y persisten en la búsqueda de atención médica. Éste es el caso de los pacientes rotulados somatizadores quienes se perciben estando enfermos, teniendo un problema físico u orgánico. Esto significa que la enfermedad evaluada médicamente es sólo un aspecto de malestar del cuerpo. Como lo ha planteado Ford (1983) citado por Di Silvestre (2006), es la experiencia de la enfermedad que lleva a la persona a la búsqueda de un médico.

Competencia conductual y la experiencia de la enfermedad

La conducta que asume el individuo al percibirse enfermo es otra forma de enfrentar la experiencia de sentirse enfermo. Así como la percepción, el significado y la evaluación

son moldeadas socioculturalmente, el modo de comportarse para enfrentar la enfermedad es también influida por el contexto sociocultural en el cual el individuo lleva a cabo su vida diaria. Si su conducta de enfermarse es sancionada positivamente, entonces se espera que él/ella asuma el rol de enfermo/a. El rol de enfermo es un concepto definido por el sociólogo Parsons (1951) para indicar las expectativas sociales (deberes y derechos) atribuidos a la persona enferma. Estas expectativas son: 1) Relevación de las responsabilidades diarias, 2) Búsqueda de ayuda competente con el fin de resolver los problemas de salud y 3) Conducta colaborativa para abandonar el rol de enfermo lo más pronto posible. A este respecto algunos autores hipotetizan que la conducta de enfermedad es una forma mediante la cual el individuo obtiene una ganancia secundaria Bass y Benjamin (1992); Ford, (1983) citado por Di Silvestre, (2006).

El mecanismo que desencadena la somatización, es un conflicto psíquico o una situación de estrés que produce una determinada energía “psíquica” que genera un potencial. El mantenimiento del potencial de manera activa en el tiempo, si no es adecuadamente canalizado, va minando y alterando el correcto funcionamiento del organismo Iñaki P, Zavala, (2001) citado por Di Silvestre (2006).

La capacidad simbólica del cerebro hace que ese potencial de energía se fije en aquellas estructuras orgánicas que guardan una relación simbólica con algún aspecto del conflicto.

De este modo, el sistema mente-cuerpo es capaz de expresar o “gritar” su conflicto mediante su materialización en síntomas clínicos o mediante una enfermedad específica. En este sentido, cuando el organismo somatiza un conflicto, está expresando a un nivel no consciente o irracional, que tiene un problema que no sabe ni puede resolverlo.

Para Jackson (1869) citado por Di Silvestre (2006) la somatización supone una regresión a un nivel de funcionamiento de tipo mineral o vegetativo. El cerebro no pudiendo utilizar la vía racional consciente para comunicar su conflicto y canalizarlo, incide sobre los sistemas neurovegetativos “materializando” el conflicto psíquico en disfunciones orgánicas específicas que guardan una relación de tipo simbólico con el origen del conflicto.

La somatización no es más que una muestra de que pueden aparecer manifestaciones inconscientes y no son sino la manera que tiene el cerebro de afrontar un conflicto cuando las estructuras superiores racionales han dejado de funcionar de manera

correcta como efecto del trauma, del estrés continuado o del conflicto. En este sentido, se puede conceptualizar la somatización como un verdadero mecanismo de defensa, de tipo inconsciente, que la víctima del psicoterror parece desplegar.

Los rasgos de la personalidad de introspección (tendencia a pensar en uno mismo) baja autoestima y pesimismo, han sido asociados con la tendencia a la somatización Abbey (2005) citado por Di Silvestre (2006).

Por su parte Shapiro (1996) citado por Di Silvestre (2006), postuló que la somatización ocurre en individuos incapaces de verbalizar el malestar emocional, porque se expresa en forma de síntomas psíquicos. Los síntomas físicos pueden tomarse como una forma de lenguaje corporal con dificultad para expresar verbalmente las emociones. Al igual que como sucede con las emociones, las personas que somatizan no sólo tienen dificultad para expresarse en la parte emocional sino también en la verbalización.

Todo el mundo puede tener aspectos “psicosomáticos” en su vida emocional. Es imposible separar la mente y el cuerpo. Las reacciones emocionales, tales como la ira, culpa, miedo y afecto, se tienen componentes fisiológicos transmitidos a través del sistema neuroendocrino, dichas respuestas pueden conducir a cambios patofisiológicos. Un resentimiento crónico, por necesidades de dependencia no satisfechas y frustradas, no puede expresarse abiertamente sin exponerse al riesgo de una pérdida mayor de atención dependiente; por consiguiente, las personas reprimen ciertas respuestas de enojo y resentimiento, que son descargadas luego fisiológicamente (Mackinnon y Michels (1988).

De acuerdo con Arana (2012) negar o reprimir emociones indeseadas, no hará que desaparezcan, por más “disciplina y control” que utilicemos. Seguirán presentes, pero expresándose de otras formas, como rigidez corporal, insomnio, irrupción descontrolada de los rasgos y sentimientos controlados, compulsividad en algunas de las acciones, degradación funcional de la secuencia vital de comunicación (percepción- sentimientos- expresión).

La emoción es energía que genera el organismo y que por su naturaleza busca expresarse. Ahora la energía, por principio físico, no se destruye sino se transforma. Así sucede con la emoción cuando la reprimimos evitando que esta sea expresada, se transforma en distintas enfermedades como gastritis, problemas digestivos, cardiovasculares o cáncer, entre otras; o en insanidad psicológica como depresión, culpa, ansiedad etc. Resulta, pues, un esfuerzo inútil tratar de “enterrar las emociones”. Como lo expresa Don Colbert (2003) “las emociones no mueren. Las

enterramos, pero enterramos algo que todavía está vivo”. Agrega Deb Shapiro (2011) “toda emoción reprimida, negada o ignorada queda encerrada en el cuerpo”.

Cuando se reprimen las emociones negando su expresión, el efecto de expresión y movimiento que es inhibido, se encauzan hacia dentro. Cuando se reprime la rabia o el miedo, la tensión muscular que debería experimentarse en los músculos orientados hacia el exterior, se direccionan hacia adentro, transfiriendo esa carga a los músculos internos y vísceras. A largo plazo esa tensión que acompaña a las emociones y que fue inhibida, terminara expresándose a través de otras formas (Arana, 2012).

3. Artritis Reumatoide Juvenil

3.1 Articulaciones

Las articulaciones dan movilidad al ser humano. En las articulaciones se manifiestan síntomas como la inflamación y dolor con los movimientos y pueden llegar a producir la parálisis. Cuando una articulación se paraliza, es señal de que el paciente se ha bloqueado. Una articulación paralizada pierde su función: si una persona se bloquea en un tema o sistema pierde su función también.

En las articulaciones además de inflamación y rigidez, se producen torceduras, distensiones y rotura de ligamentos. También el lenguaje de estos síntomas es revelador, a saber: se puede dislocar un tema, botar a una persona, retorcer a otra, estar tenso o un poco descentrado. No solo se puede reducir o enderezar una articulación sino también una situación o una relación (Dethlefsen y Dahlke, 1983).

Las alteraciones mecánicas de las articulaciones indican que hemos abusado tanto de un polo, que se ha forzado el movimiento en una dirección, que se impone rectificar. Uno ha ido demasiado lejos, tiene que volverse hacia el otro polo.

Las Afecciones Reumáticas

Reuma es una denominación genérica un tanto difusa que abarca una serie de alteraciones dolorosas de los tejidos que se manifiestan principalmente en las articulaciones y en la musculatura. El reuma siempre va unido a la inflamación, la cual puede ser aguda o crónica. El reuma produce hinchazón en los tejidos, los músculos, deformación y anquilosis de las articulaciones. El dolor afecta la capacidad de movimientos y puede llegar a producir la invalidez. Los dolores musculares y de las articulaciones se manifiestan con mayor fuerza cuando el cuerpo ha estado en reposo y disminuyen a medida que el paciente se mueve. Con el tiempo, la inactividad produce atrofia, la musculatura da un aspecto fusiforme a la articulación.

La enfermedad suele empezar por rigidez matinal y dolor en las articulaciones, que parecen hinchadas y rojas. Generalmente, las articulaciones son afectadas simétricamente y el dolor pasa de las articulaciones periféricas a las grandes articulaciones.

En los antecedentes de casi todos los pacientes reumáticos se encuentran una actividad y movilidad extraordinaria, ya que practicaban deportes de esfuerzo y

competición, trabajaban mucho en la casa y el jardín, desplegaban una actividad incansable y se sacrificaban por los demás. Se trata pues, de personas activas, ágiles e inquietas a las que la poliartritis obliga a descansar por el procedimiento de atrofia. Da la impresión de que un exceso de movimiento y la actividad es corregida por medio de la rigidez.

A primera vista esto puede desconcertar, después de que hasta ahora se ha insistido en la necesidad de la modificación y el movimiento. Esto, en el caso de la poliartritis, significa que en realidad estas personas estaban rígidas. La hiperactividad y movilidad que muestran antes de la enfermedad se limita a lo corporal, ámbito en el que se trataba de compensar la verdadera inmovilidad de la mente. La misma palabra rigidez sugiere la idea de rigor y de muerte.

La fuerte práctica de los deportes de competición por estos pacientes lleva a considerar otra problemática: la agresividad. El reumático limita su agresividad al plano motor, es decir, bloquea la energía de la musculatura. Las mediciones experimentales de la electricidad muscular del reumático indican claramente que cualquier clase de estímulos provoca un aumento de la tensión muscular, especialmente de la musculatura de las articulaciones. Estas mediciones ratifican la sospecha de que el reumático se esfuerza por dominar los impulsos agresivos que buscan expansión corporal. La energía no descargada se queda en la musculatura de las articulaciones y produce inflamación y dolor. Todo el dolor que experimenta en la enfermedad, en un principio estaba destinado a otro. Si se descarga la agresividad, la víctima sufrirá dolor, pero se reprime el impulso agresivo, este se vuelve en contra de la persona y experimenta dolor (autoagresión). Razón ante la cual se elige este tema de la investigación.

De acuerdo con Dethlefsen y Dahlker (1983) el reumático no puede realizar agresiones, las reprime y bloquea; pero, puesto que existen, producen en él un fuerte sentimiento de culpabilidad que se traduce en generosidad y abnegación. Habitualmente, la enfermedad se manifiesta, cuando, en virtud de un cambio de vida, se pierde la posibilidad de compensar los sentimientos de culpabilidad por medio del servicio. También el abanico de los más frecuentes síntomas secundarios muestra la importancia capital de la hostilidad reprimida; son ante todo dolencia de estómago e intestinos, acompañadas de angustia y depresión.

El reumático no quiere abordar sus problemas. Es muy rígido y muy testarudo, está bloqueado. Tiene miedo de analizar su altruismo, su espíritu de sacrificio, su abnegación, sus normas morales y su ductilidad. Por lo tanto, su egoísmo, su

inflexibilidad, su inadaptación, su afán de dominio y su agresividad permanecen en la zona de sombra y se infiltran en el cuerpo de anquilosis y atrofia, que pondrán fin a la falsa generosidad.

3.2 Agresividad

La agresividad como parte del impulso de muerte juega un papel importante dentro de la investigación es por esta razón que se aborda como parte de la autoagresión que se observó en la población.

Tendencia o conjunto de tendencias que se actualizan en conductas reales o fantasmáticas, dirigidas a dañar a otro, a destruirlo, a contrariarlo, a humillarlo, etc. La agresión puede adoptar modalidades distintas de la acción motriz violenta y destructiva; no hay conducta tanto negativa, como positiva, tanto simbólica como efectivamente realizada, que no pueda funcionar como agresión (Laplanche y Pontalis, 2008).

El psicoanálisis ha concedido una importancia cada vez mayor a la agresividad, señalando que actúa precozmente en el desarrollo del sujeto y subrayando el complejo juego de su unión y desunión con la sexualidad. Esta evolución de la ideas ha culminado en el intento de buscar para la agresividad un substrato pulsional único en el concepto de pulsión de muerte.

Beneficio primario y secundario de la enfermedad

El beneficio de la enfermedad designa, de un modo general toda satisfacción directa o indirecta que un sujeto obtiene de su enfermedad.

El beneficio primario es el que entra en consideración en la motivación misma de una neurosis: satisfacción hallada en el síntoma, huida en la enfermedad, y la modificación favorable de las relaciones con el ambiente.

El beneficio secundario podrá distinguirse del anterior por:

Su aparición con posterioridad, como ganancia suplementaria o utilización del sujeto de una enfermedad ya constituida; su carácter extrínseco en relación con el determinismo inicial de la enfermedad y con el sentido de los síntomas; el hecho de que se trata de satisfacciones narcisistas o ligadas a la auto conservación más que de satisfacciones directamente libidinales.

El beneficio primario va ligado al propio de los síntomas. En el Freud citado por Laplanche y Pontalis (2008), distingue dos partes: la parte interna del beneficio primario que consiste en una reducción de tensión que procura el síntoma; éste, por doloroso que sea, tiene por finalidad evitar al sujeto conflictos a veces más penosos: es el mecanismo llamado huida de la enfermedad. La parte externa del beneficio primario estaría ligada a las modificaciones que el síntoma aporta en las relaciones interpersonales del sujeto.

Mientras que el beneficio secundario se materializa en este caso por la indemnización percibida por el enfermo, motivo poderoso que se opone a una readaptación: al librarlo de su enfermedad, se privaría ante todo de sus medios de subsistencia.

Pulsiones de muerte

Dentro de la última teoría freudiana de las pulsiones, designan una categoría fundamental de pulsiones que se contraponen a las pulsiones de vida y que tienden a la reducción completa de las tensiones, es decir, de devolver al ser vivo al estado inorgánico.

Las pulsiones de muerte se dirigen primeramente hacia el interior y tienden a la autodestrucción; secundariamente se dirigirán hacia el exterior, manifestándose en forma de pulsión agresiva o destructiva (Laplanche y Pontalis, 2008).

3.3 Inmunología

El sistema inmune

En términos genéricos, el sistema inmune se concibe como un complejo sistema de respuestas mediante las cuales el cuerpo se defiende de microorganismos invasores o tejidos extraños (Oblitas, 2004).

Es el conjunto de células y moléculas que actuando conjunta y coordinadamente defienden al organismo de las agresiones externas causadas por microorganismos y de las internas por células o moléculas nocivas originadas por el envejecimiento, degeneración maligna, trauma o procesos metabólicos.

A continuación se definen algunos elementos de este complejo sistema inmune a fin de comprender mejor su funcionamiento.

En primer lugar se cita a Oblitas (2004), los antígenos elementos que pueden definirse como moléculas que, introducidas en el organismo, inducen una respuesta inmunitaria; es decir desencadenan un proceso biológico complejo en el que intervine la proliferación de anticuerpos o receptores celulares que tienen la propiedad de combinarse específicamente con el antígeno inductor.

Los antígenos pueden ser sustancias tan diversas como proteínas, polisacáridos, o ácidos nucleicos.

Según su origen se distinguen cuatro tipos de antígenos:

- 1) Los haptenos, activos únicamente cuando se unen a un portador.
- 2) Los antígenos naturales, se encuentran en la naturaleza y en los tejidos animales.
- 3) Los antígenos artificiales obtenidos por modificación química de antígenos naturales.
- 4) Los antígenos sintéticos, producidos artificialmente.

Clases de inmunidad

Varias de las moléculas del sistema inmune y de las moléculas producidas por ellas, mantienen una permanente vigilancia para detectar lo extraño, atacarlo y tratar de destruirlo.

Por medio de un conjunto de mecanismos conocidos como inmunidad innata o natural, que se ejerce constitutivamente contra todos los microorganismos patógenos desde el primer contacto con ellos. Si no se logra controlar al agresor, el sistema inicia una serie de procesos adicionales conocidos como inmunidad adquirida que requieren, ante el primer contacto con un agente extraño, de 7 a 10 días para actuar y por medio de los cuales produce anticuerpos, (Acs), inmunidad humoral, o células con la capacidad de destruir un agente patógeno específico aisladamente o dentro de la célula dentro de la cual se ha ocultado, proceso que se conoce como inmunidad celular (Oblitas, 2004).

Antígeno (Ag): es una molécula presente en microorganismos o células, capaz de inducir una respuesta inmune.

Anticuerpo (Ac): es una proteína capaz de reaccionar a un Ag, el organismo produce un Ac distinto para cada Ag, por lo cual la reacción (Ag-Ac) antígeno anticuerpo específica.

3.3.1 Autoinmunidad

Un 5% de las enfermedades que afectan al ser humano son autoinmunes. Hay que recordar que el organismo tiene la capacidad de distinguir entre lo extraño y lo propio y reaccionar contra lo primero para tratar de eliminarlo, lo que afortunadamente lo logra en la mayoría de los casos como ocurre con el control de las enfermedades infecciosas. Cuando el sistema inmune actúa contra antígenos propios, no logra eliminar el Ag contra el cual responde produciéndose una reacción inflamatoria sostenida que daña tejidos u órganos y que puede ocasionar provocando la muerte.

Normalmente el sistema inmune reconoce lo extraño y lo ataca en un mecanismo de defensa. Si es inmunodeficiente en forma congénita o adquirida, no logra destruir al agresor. Por lo general respeta lo propio, lo tolera, y si lo ataca da origen a enfermedades autoinmunes (Mayo Clinic Health Information, 2009).

Factores ambientales

Varias de las afecciones autoinmunes se desarrollan lenta y progresivamente, lo cual dificulta establecer que proceso pueda dar origen a la afección. Por otra parte, varias infecciones en determinado ambiente genético facilitan o inducen la aparición de afecciones autoinmunes.

3.4 Artritis Reumatoide

3.4.1 Definición

La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria de carácter sistémico, caracterizada por la existencia de inflamación crónica, que afecta tejidos sinoviales, en la cual, también pueden apreciarse manifestaciones extraarticulares y fenómenos sistémicos de tipo inmune Orrellana, Samarti, (2000) citado por Mayo clinic health information, (2009). Para Hay (1998) está relacionada con la crítica a la autoridad y sentir que se abusa de la persona que padece de la (AR) en exceso.

Estrés y respuesta al estrés en la Artritis Reumatoide

Un concepto fundamental para entender la AR es la interacción entre el sistema inmunitario y el sistema neuroendocrino, es el estrés y la respuesta al estrés. El estrés se define como una condición dinámica del organismo que altera la homeostasia normal. Esta condición de estrés puede ser provocada por estímulos físicos o mentales. Ambos estímulos pueden desencadenar un grupo coordinado de respuestas adaptativas que tienen como objetivo contrarrestar el efecto del estrés. Estas complejas respuestas adaptativas son denominadas respuesta al estrés o sistema de estrés.

La edad, el sexo, la capacidad reproductora y diversos factores genéticos y ambientales determinan la calidad e intensidad de esta respuesta. Cada elemento del organismo responde al estrés incluyendo el sistema inmunoneuroendocrino y los mecanismos que participan en el proceso inflamatorio e inmunológico. Por tanto, una respuesta inadecuada o una falta de respuesta del sistema inmunoinflamatorio puede desencadenar o activar la AR (Jara, Salaz, 2000 citado por Mayo clinic health information, 2009).

La Artritis Reumatoide es una afección inflamatoria que puede ocasionar dolor intenso e inflamación en las articulaciones con cansancio y malestar (Hunder, 2009 citado por Mayo clinic health information 2009). Si bien su causa precisa no se conoce, la enfermedad parece tener relación con una reacción anormal del sistema inmunológico del organismo.

En la Artritis Reumatoide y en otras variantes de la Artritis Inflamatoria, la reacción normal del sistema inmunológico se altera. El sistema inmunológico reconoce de forma equívoca las células del propio organismo como invasoras.

Las células del sistema inmunológico atacan a sus propios tejidos y producen inflamación. La inflamación descontrolada y persistente puede infligir daño a los tejidos, las articulaciones o los órganos.

Las enfermedades en las que el sistema inmunológico ataca al propio organismo se conocen como trastornos autoinmunitarios.

En la Artritis Reumatoide, las reacciones inflamatorias e inmunitarias dan lugar a que las articulaciones aumenten de tamaño, duelan y pulsen. El dolor, la inflamación y la rigidez pueden hacer que incluso las actividades más simples, se completen con gran

dificultad. Si la inflamación continúa durante un periodo más largo, las estructuras articulares sufren más daño y es posible que se produzca deformidad.

El área principal de ataque del sistema inmunológico en la artritis reumatoide es la membrana sinovial que recubre las articulaciones. Las células blancas de la sangre - cuya función es atacar a los invasores indeseables- se desplazan desde la sangre hasta la membrana sinovial. Las células sanguíneas liberan sustancias químicas potentes que propician la inflamación de la membrana.

Mientras la inflamación continúa, cada vez más células inmunitarias entran a los tejidos sinoviales. Estas células junto con las proteínas y otras sustancias que liberan, producen un engrosamiento de la membrana que, en condiciones normales, es delgada. Las articulaciones se vuelven dolorosas, sensibles a la presión e inflamadas. Si la inflamación persiste, el sinovio inflamado parece invadir y destruir el cartílago, el hueso y los tejidos blandos de la articulación. Los ligamentos, músculos y huesos se debilitan.

Este debilitamiento puede ocasionar disminución de la tensión normal de la articulación, y su destrucción final.

Signos y síntomas

La Artritis Reumatoide afecta a los individuos en formas muy diversas. Un patrón común consiste en presentar periodos de intensificación de los signos y síntomas las denominadas exacerbaciones o activaciones. Algunas personas padecen una variante grave de la afección, que se mantiene activa la mayor parte del tiempo y perdura muchos años. En unas cuantas personas, los signos y los síntomas sólo duran meses o un par de años, y luego desaparecen.

Los signos y síntomas de la Artritis Reumatoide varían en intensidad, y pueden ser constantes o fluctúan e incluyen los siguientes:

- Dolor e inflamación en las articulaciones, en particular en las más pequeñas de manos y pies.
- Dolor generalizado o rigidez de las articulaciones y los músculos, sobretodo en las mañanas o después de un periodo de reposo.
- Calor y enrojecimiento sobre una articulación.
- Pérdida del movimiento de las articulaciones afectadas.
- Debilidad de los músculos que están unidos a las articulaciones dañadas.
- Fatiga, que puede ser intensa durante una activación.

- Febrícula.
- Sensación general de malestar.
- Pérdida de peso.
- Deformidad articular.

En promedio, una persona con artritis reumatoide sin tratamiento se mantiene con rigidez durante alrededor de 1 hora después de levantarse.

Muchas veces la artritis reumatoide causa problemas en varias articulaciones al mismo tiempo, la mayoría de los individuos experimentan primero síntomas de inflamación en muñecas, manos y pies. Al mismo tiempo, que la enfermedad avanza, las rodillas, brazos, hombros, codos, caderas, mandíbula y cuello pueden lesionarse. Es común que los dos lados del cuerpo se afecten de manera simultánea.

Las articulaciones dañadas se encuentran inflamadas, son dolorosas, sensibles a la presión y se sienten calientes durante los ataques iniciales y las posibles activaciones posteriores. La inflamación y deformidad pueden limitar la flexibilidad de algunas articulaciones.

Es posible que se formen pequeñas protuberancias, conocidas como nódulos reumatoides, bajo la piel, y sobre superficies óseas, por ejemplo codos, manos, rodillas, dedos de los pies y la parte posterior de la piel cabelluda. Estos nódulos que casi nunca provocan dolor, varían en tamaño, desde el de un chícharo hasta una nuez.

Muchas personas con Artritis Reumatoide desarrollan anemia, una disminución del número de células rojas de la sangre. Con menor frecuencia, también se presenta sequedad en los ojos y la boca. En casos muy raros los individuos con Artritis Reumatoide tienen inflamación de los vasos sanguíneos. (Vasculitis), que se manifestarán en pequeños puntos rojos en la piel. Otros problemas infrecuentes son la inflamación del recubrimiento de los pulmones (pleuritis) o el corazón (pericarditis). Muchas personas con Artritis Reumatoide también sufren algún grado de depresión y ansiedad.

3.5 Artritis Reumatoide Juvenil

La Artritis Reumatoide Juvenil (ARJ), también conocida como Artritis Juvenil Idiopática (AJI), se refiere a las alteraciones crónicas que provocan inflamación en niños de 16 años o menores. La palabra idiopática significa que la causa no se conoce: los factores etiológicos precisos de la ARJ no se han esclarecido aún.

Al igual que la Artritis Reumatoide del adulto, la ARJ es un trastorno autoinmunitario que supone la existencia de factores genéticos y ambientales.

3.5.1 Tipos de Artritis Reumatoide Juvenil

La ARJ se divide en varios subtipos, según sean las características de la enfermedad. Las categorías principales incluyen las siguientes:

- ARJ pauciarticular. también se conoce como oligoartritis, es la forma más común del trastorno y afecta a cerca de la mitad de los niños con Artritis. La Artritis pauciarticular lesiona 4 articulaciones o menos: de manera característica se trata de articulaciones grandes, tales como rodillas y tobillos. Es frecuente que solo afecte una rodilla. Las niñas tienen más posibilidad de presentar esta variante de la Artritis que los niños. Es más común que la Artritis pauciarticular se presente en niños menores de 4 años. La enfermedad puede ceder con el paso del tiempo. Sin embargo, los niños mayores con artritis pauciarticular desarrollan casi siempre una enfermedad extensa que daña articulaciones numerosas y perdura hasta la vida adulta.
- ARJ poliarticular. Cerca de una tercera parte de los niños con ARJ padece este tipo de Artritis, denominada poliarticular. El prefijo poli significa “muchos” y esta variante del padecimiento afecta 5 articulaciones o más: de manera característica son articulaciones pequeñas como las de las manos y pies. Por lo regular lesiona la misma articulación a ambos lados del cuerpo. La poliartritis puede iniciar a cualquier edad y se reconoce con frecuencia mayor en las niñas.
- ARJ con inicio sistémico. Ente el 10 y 20% de los niños con ARJ padece este subtipo, que también se conoce como artritis de inicio sistémico o enfermedad de Still. La artritis de inicio sistémico compromete muchas áreas del cuerpo, incluso articulaciones y órganos internos. La enfermedad comienza a menudo con fiebre y exantema que aparecen y desaparecen. Los síntomas articulares pueden no revelarse sino hasta varios meses o incluso años después de la presentación inicial de la fiebre.
- Otros tipos de Artritis juvenil; La Artritis relacionada con entesitis (ERA) incluye un grupo de enfermedades que daña las articulaciones de espalda y la pelvis. El término entesitis se refiere a la inflamación de esa estructura, es decir, el sitio en que los ligamentos y los tendones se unen al hueso. Estas enfermedades, que incluyen a la espondilitis anquilosante juvenil, son más

comunes en niños mayores de 8 años e implican la existencia de un componente genético sólido. Otro tipo de artritis juvenil es la artritis psoriásica. Los niños con esta variante tienen artritis y psoriasis, una enfermedad de la piel. La artritis psoriásica y la ERA son las variantes menos comunes de la ARJ (Mayo clinic health information, 2009).

3.6 Tratamiento

El tratamiento de la ARJ depende del tipo de artritis que sufra y los síntomas. El tratamiento, se enfoca en la conservación de una actividad física y social normal. Para lograrlo los médicos pueden recurrir a una combinación de medidas para aliviar el dolor y la inflamación, mantener el movimiento y la fuerza, y prevenir las complicaciones. El programa terapéutico puede incluir medicamentos, ejercicios, cuidado oftalmológico, atención dental y nutrición adecuada.

Los fármacos se administran para mitigar el dolor y la inflamación, además de limitar el avance de la enfermedad. El tratamiento inicial incluye casi siempre fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y corticoesteroides.

El suministro de fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME) y agentes biológicos también puede ayudar a muchos niños con AR

3.7 Limitantes

El potencial incapacitante de la Artritis Reumatoide hace necesario que para su adecuada atención no sólo se requiera gran cantidad de cuidados sanitarios, sino que también se precisen otro tipo de intervenciones, que entran dentro del ámbito sociolaboral, para mejorar la calidad de vida del paciente y favorecer su integración social (Álvarez, 2003 citado por Sociedad española de reumatología, 2007) .

El impacto de la enfermedad no se limita solo al campo económico y laboral, sino que la AR también tiene efectos importantes sobre las actividades de la vida diaria y el estado de ánimo de los que la padecen. Existen diversos estudios sobre las dificultades que tiene los pacientes con AR para realizar las tareas de la vida diaria como salir a comprar, hacer labores del hogar...; muchos pacientes tienen que hacer adaptaciones en sus domicilios (grifos, duchas, puertas, utensilios, rampas de acceso...) y algunos necesitan la ayuda de terceras personas...

Igualmente, se sabe que algunas características psicológicas del enfermo (depresión, percepción de desamparo, falta de capacidad de enfrentarse a la enfermedad, poca capacidad del autocuidado) tienen un papel importante como factores pronósticos de discapacidad y mal estado general de salud.

4. Infancia media

4.1 Desarrollo físico y cognoscitivo en la infancia media

Desarrollo físico

Aunque el progreso de las habilidades motoras es menos espectacular en la niñez media, éste es un momento importante para el desarrollo de la fuerza, la resistencia, la fortaleza y la competencia motora. A nivel cognitivo, se observará cómo la llegada de las operaciones concretas de Piaget permite a los niños pensar de manera lógico y hacer juicios más maduros.

Durante la niñez media, la velocidad de crecimiento se reduce de manera considerable. Sin embargo, si bien los cambios que ocurren día tras día no son tan evidentes, su suma establece sorprendente entre los niños de seis años, que todavía son pequeños, y los de once, muchos de los cuales empiezan a parecer adultos.

Entre los seis y los once años los niños crecen entre cinco y siete centímetros y medio y casi duplican su peso (Ogden, Carroll y Flegal, 2004). Las niñas conservan más de tejido ediposo que los niños, una característica que persistirá hasta la adultez.

Desarrollo del cerebro

La maduración y el aprendizaje durante y después de la niñez media dependen de la sintonización final de conexiones cerebrales, junto con la selección más eficiente de regiones del cerebro apropiadas para tareas particulares. En conjunto, esos cambios incrementan la velocidad y eficiencia de los procesos cerebrales y mejoran la capacidad para descartar la información irrelevante (Amso y Casey, 2006).

El estudio de la estructura del cerebro es complejo. Es el producto de la interacción entre factores genéticos, epigenéticos y ambientales. Las imágenes por resonancia

magnética permiten observar, sin riesgo para la salud de los niños, cómo cambia el cerebro a lo largo del tiempo.

Un cambio maduracional importante que se aprecia en los estudios de imagenología cerebral es la pérdida de la densidad, en ciertas regiones de la corteza cerebral. En los lóbulos parietales, que manejan la comprensión espacial, la materia gris alcanza su volumen máximo, en promedio en las niñas alrededor de los diez, y de los once años y medio en los niños; en los lóbulos frontales, que manejan funciones de orden superior como el pensamiento, lo alcanzan a los once años en las niñas y a los 12 en los niños; y en los lóbulos temporales, que ayudan en el lenguaje, a los dieciséis años en adolescentes de ambos sexos.

Debajo de la corteza, el volumen de la materia gris (que participa en el control de movimiento y el tono muscular, en la mediación de las funciones cognitivas superiores, atención y estados emocionales) alcanza su punto más alto a los siete y medio en las niñas y a los diez años en los niños (Lenroot y Gredd, 2006).

Otra forma en la que los neurocientíficos miden el desarrollo del cerebro es a través de los cambios en el grosor de la corteza. Han observado un engrosamiento de la corteza entre los cinco y once años de regiones de lóbulos temporal y frontal. Al mismo tiempo ocurre un adelgazamiento de la parte posterior de la corteza frontal y parietal del lado izquierdo del cerebro. Este cambio se correlaciona con un mejor desempeño de la parte del vocabulario de las pruebas de inteligencia, (Toga, Thompson y Showell, 2006).

Desarrollo cognoscitivo

Enfoque Piagetano

De acuerdo con Piaget, más o menos a los siete años los niños entran a la etapa de las operaciones concretas, en la que pueden realizar operaciones mentales, como el razonamiento, para resolver problemas concretos (reales). Los niños piensan de manera lógica porque ya son capaces de considerar múltiples aspectos de una situación. Sin embargo su pensamiento todavía está limitado a las situaciones reales del aquí y el ahora.

4.2 Avances cognoscitivos

Avances cognoscitivos durante la niñez media (Papalia, Wendkos y Duskin 2010).	
Pensamiento espacial	Tienen una idea más clara de que tan lejos está un lugar de otro y cuánto tiempo emplean para llegar allí. La capacidad de usar mapas y modelos como la de comunicar mejoran con la edad Gauvain (1993), lo mismo que los juicios de causalidad.
Causa y efecto	El conocer que ciertos factores espaciales, como la posición y la ubicación de los objetos, establecen una diferencia.
Categorización	La capacidad de categorizar ayuda al niño a pensar de manera lógica; incluye habilidades como la seriación, inferencia transitiva e inclusión de clase.
Seriación e inferencia transitiva	La seriación es la capacidad de organizar objetos a lo largo de una dimensión, la inferencia transitiva que es la relación de dos objetos conociendo la relación de cada uno con un tercero.
Razonamiento inductivo y deductivo	De acuerdo con Piaget los niños que se encuentran en la etapa de operaciones concretas solo utilizan el razonamiento inductivo, a partir de observación de miembros particulares de cierta clase, sacan conclusiones generales como un todo. El razonamiento deductivo se desarrolla en la adolescencia.
Conservación	Los niños pueden calcular mentalmente la respuesta cuando resuelven varios tipos de problemas de conservación; y no tienen que medir ni pesar los objetos.
Número y matemáticas	Los niños adquieren mayores habilidades para resolver problemas aritméticos simples planteados en palabras. Adquieren el conteo ascendente.

4.3 Enfoque del procesamiento de información: planeación, atención y memoria

A medida que los niños avanzan, progresan de manera constante en las habilidades para regular y mantener la atención, procesar y retener información, y planear y supervisar su conducta. Todos esos desarrollos interrelacionados contribuyen a dar forma a la función ejecutiva, el control consciente de los pensamientos, emociones y acciones para alcanzar metas o resolver problemas (Luna et al., 2004; NICHD Early Child Care Research Network, 2005c; Zelazo y Muller, 2002) citado por Papalia D, Wendkos S, Duskin R. (2010). A medida que aumenta su conocimiento, los niños toman mayor conciencia sobre a qué tipos de información es importante para prestar atención y recordar.

Los niños de edad escolar pueden concentrarse por más tiempo que los más pequeños y enfocarse en la información que necesitan y desean al mismo tiempo que eliminan la información irrelevante. Este aumento de la atención selectiva (la capacidad de manera deliberada la atención y no dejar entrar las distracciones) puede depender de la habilidad ejecutiva de control inhibitorio, y la supresión voluntaria de respuestas no deseadas.

La eficiencia de la memoria de trabajo aumenta de manera considerable durante la niñez media, lo que establece la base para una gran variedad de habilidades cognitivas. Los avances de la memoria contribuyen al dominio de las tareas de conservación.

Metameoria

Entre los cinco y los siete años, los lóbulos frontales del cerebro pasan por un desarrollo y reorganización significativos. Esos cambios hacen posible una mejor metamemoria: el reconocimiento sobre los procesos de la memoria (Janowsky y Carper, 1996).

Mnemotecnia

A los dispositivos para ayudar a la memoria se les llama estrategias de mnemotecnia. Entre las que más utilizan los niños, se encuentran las ayudas externas de memoria. Otras estrategias mnemónicas comunes son el repaso, la organización y la elaboración.

A medida que los niños crecen, desarrollan mejores estrategias, las usan de manera más eficiente y las adoptan para satisfacer necesidades específicas (Bjorklund, 1997).

Para concluir el Marco Teórico se abordará el tema de la Adolescencia perteneciente a la población que comprende esta investigación.

5. Adolescencia

5.1 Definición

Etimológicamente Adolescencia proviene del latín Ad: *a*, hacia y *olescere*, de oleré: crecer. Significa la condición y proceso de crecimiento.

La adolescencia se define como la etapa de desarrollo humano, que tiene un comienzo y una duración variable, la cual marca el final de la niñez y crea los cimientos para la edad adulta. Está marcada por cambios interdependientes en las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales del ser humano, Velasco (1994) citado por Monroy (2002).

La adolescencia se caracteriza por ser un momento vital en el que sucede gran número de cambios que afectan todos los aspectos fundamentales de una persona.

Las transformaciones tienen tanta importancia que algunos autores hablan de este periodo como un segundo nacimiento. De hecho, a lo largo de estos años, se modifica la estructura corporal, los pensamientos, la identidad y las relaciones que se mantienen con la familia y la sociedad

La adolescencia es una etapa del desarrollo humano: una persona atraviesa por varias etapas de desarrollo en su vida, y la adolescencia es considerada una etapa más, ya que diversos aspectos de ésta se desarrollan, es decir, se incrementarán en una complejidad funcional, aumentando su calidad en correlación con el aumento de la edad. Este desarrollo puede ser promovido, estimulado, detenido o incluso deteriorado Krauskopf, (1995) citado por Monroy (2002).

Es un periodo de comienzo y duración variable: cuando se consideran los aspectos biológicos de la adolescencia, una persona es adolescente cuando inicia la pubertad, aproximadamente entre los 9 y 13 años.

Existen diversos factores que influyen en su aparición (alimentación, herencia, influencias hormonales, raza, situación geográfica), por lo que su comienzo varía de una persona a otra. La adolescencia finaliza cuando el individuo alcanza la madurez emocional y social para asumir el papel adulto, según se defina éste en su cultura. Son

tantos los factores (personales, culturales, históricos) que influyen en el logro de la madurez personal, que es casi imposible establecer edades precisas (Horrorcks, 1986 citado por Monroy 2002).

La adolescencia está marcada por cambios interdependientes: el desarrollo se produce tanto en la esfera biológica (desarrollo y crecimiento fisiológicos) como en la psicológica (cognición, afecto y personalidad) y social (relación del individuo con otros). Por lo tanto, según Horrocks (1986) citado por Monroy (2002), la adolescencia es una época:

- En la que el individuo está más consciente de sí mismo e intenta poner a prueba diversos conceptos del yo en comparación con la realidad. Aprende el papel personal y social que con más probabilidad se ajustará al concepto de sí mismo, así como al concepto de los demás.
- De búsqueda del status. Es el periodo en que surgen y se desarrollan los intereses vocacionales y comienza la lucha por la independencia económica.
- En la que las relaciones de grupo adquieren mayor importancia: surgen los intereses heterosexuales, homosexuales o bisexuales.
- De desarrollo físico y crecimiento. Surge una nueva imagen corporal.
- De expansión y desarrollo intelectual y cognoscitivo. El adolescente adquiere experiencias y conocimiento en muchas áreas e interpreta su ambiente con base a su experiencia.
- De desarrollo y evaluación de valores, que se acompañan de crecimiento de los ideales propios. Es un tiempo de conflicto entre el idealismo y la realidad.

5.2 Fases de la Adolescencia

El adolescente puede atravesar con gran rapidez las diferentes fases o puede elaborar una de ellas en variaciones interminables; pero de ninguna manera puede desviarse de las transformaciones psíquicas esenciales de las diferentes fases.

Para Peter Bloss (1956) existen varias Fases en el Adolescente a saber;

1. Preadolescencia

Durante la fase preadolescente un aumento cuantitativo de la presión instintiva conduce a una catexis indiscriminada de todas aquellas metas libidinales y agresivas

de gratificación que han servido al niño durante los años tempranos de su vida. No se puede distinguir a un objeto amoroso nuevo y una meta instintiva nueva. Cualquier experiencia puede transformarse en estimulación sexual, incluso aquellos pensamientos, fantasías y actividades que están desprovistos de connotaciones eróticas obvias.

Este estado de cosas en el muchacho que entra a la pubertad es una muestra de que la función genital actúa como descarga no específica de tensión; esto es característico de la niñez hasta la época de la adolescencia cuando el órgano gradualmente adquiere la sensibilidad exclusiva al estímulo heterosexual.

En términos generales se puede decir que un aumento cuantitativo en los impulsos caracteriza la preadolescencia y que esta condición lleva a un resurgimiento de la pregenitalidad (Freud A, 1936). Esta innovación lleva al periodo de latencia a su terminación; el niño es más inaccesible, más difícil de enseñar y controlar.

La gratificación instintiva directa habitualmente se enfrenta a su super yo reprobatorio. En este conflicto el yo recurre a soluciones bien conocidas: defensas como la represión, la formación reactiva y el desplazamiento. Naturalmente no todas estas defensas son suficientes para enfrentarse a las demandas instintivas, ya que los miedos, fobias, tics nerviosos, pueden aparecer como síntomas transitorios. La psicología del desarrollo descriptivo habla de descargas tensionales en esta etapa: frecuentes dolores de cabeza y de estómago, el comerse las uñas, taparse los labios, tartamudeo, el jugar con su cabello, etc. (Gessel, Ilg y Ames, 1956).

En esta etapa, dos formas típicas de conducta preadolescente tanto en los muchachos como en las muchachas dan luz en el conflicto central en los dos sexos. Los muchachos son hostiles con las muchachas y tratan de evitarlas. En realidad tratan de negar su angustia en lugar de establecer una relación con ellas. La angustia de castración que lleva a la fase edípica a su declinación reaparece y conduce al muchacho a llevarse exclusivamente con compañeros de su mismo sexo. En la niña esta fase está caracterizada por una actividad intensa en donde la actuación y el portarse como marimacha alcanza su clímax, (Dedutsh, 1944). En esta negación muy clara de la feminidad puede descubrirse el conflicto no resuelto en la niñez sobre la envidia del pene, que es el conflicto central de la joven preadolescente, un conflicto que muestra una dramática suspensión temporal, mientras las fantasías falicas tienen sus últimas apariciones antes de que se establezca la feminidad.

Es un hecho bien sabido que el desarrollo psicológico en la preadolescencia es diferente entre sexos. Las diferencias son muy significativas; la psicología descriptiva le presta gran atención en este periodo. El hombre toma una ruta hacia la orientación genital a través de la catexis de sus impulsos pregenitales; por el contrario la mujer se dirige a una forma más directa hacia el sexo opuesto.

En la preadolescencia se observa que los deseos pasivos están sobrecompensados y que la defensa en contra de ellos se ve poderosamente reforzada por la maduración sexual (Freud A, 1936). La fase típica de la preadolescencia en el hombre, antes de que efectúe con éxito un cambio hacia la masculinidad, recibe su cualidad característica del empleo de una angustia homosexual en contra de la angustia de castración. Es precisamente esta solución defensiva en el hombre, subyacente en la conducta del grupo la que la psicología descriptiva llama "pandilla". La psicología psicoanalítica llama a esto "el estadio homosexual" de la preadolescencia.

Este estadio debe separarse de una fase homosexual transitoria y más o menos elaborada de la adolescencia temprana, cuando un miembro del mismo objeto se toma como objeto de amor bajo la influencia del yo ideal. En la fase preadolescente homosexual del muchacho, un cambio hacia el mismo sexo es una maniobra evasiva; en la segunda fase homosexual, la cual merece más este nombre, un objeto narcisista se elige a sí mismo. Las amistades con tintes eróticos son las manifestaciones bien conocidas de este periodo. La diferencia entre la conducta preadolescente entre hombres y mujeres está dada por la represión masiva de la pregenitalidad, que la mujer hubo de establecer antes de poder pasar a la fase edípica; de hecho esta represión es un prerrequisito para el desarrollo normal de la feminidad. Cuando la muchacha se separa de su madre debido a una decepción narcisista de sí misma como mujer castrada, reprime también sus impulsos instintivos que estaban íntimamente relacionados con el cuidado materno y los cuidados corporales, fundamentalmente la amplitud de la genitalidad.

Al considerar la diferencia entre la preadolescencia en el hombre y en la mujer, es necesario recordar que el conflicto edípico en la mujer nunca se llevó a una terminación abrupta como ocurre en el hombre. Freud (1931) afirma: "la muchacha permanece en la situación edípica por un periodo indefinido; solamente lo abandona muy tarde en su vida y en forma incompleta". De ahí pues que la mujer luche con relaciones de objeto en forma más intensa durante la adolescencia; de hecho, la separación prolongada y dolorosa de la madre constituye la tarea principal de este periodo.

“Un intento prepuberal de liberarse de la madre que fracasó o fue muy débil, puede inhibir el futuro crecimiento psicológico y deja una huella infantil definitiva en la personalidad total de la mujer” (Dedutsch, 1944).

El joven preadolescente lucha con la angustia de castración (temor y deseo) en relación con la madre arcaica, y de acuerdo con esto se separa del sexo opuesto; por el otro lado, la joven se defiende en contra de la fuerza represiva hacia la madre preedípica por una orientación franca y decisiva hacia la heterosexualidad. En este rol no se puede llamar a la niña preadolescente “femenina”, ya que obviamente ella es la agresora y seductora en el juego del pseudo amor, en verdad, la cualidad física de su sexualidad prominente en esta etapa y le da, por periodos breves la sensación poco habitual de sentirse completa y adecuada.

El conflicto específico de esta fase preadolescente de la mujer revela su naturaleza defensiva, especialmente en los casos en los cuales el desarrollo progresivo no se ha podido mantener bien.

3. La elección de objeto adolescente

De acuerdo con Bloss (1956) el estado mental y físico generalmente se asocia con la adolescencia (tanto con la adolescencia temprana como con la adolescencia propiamente dicha) tiene cualidades muy diferentes a la fase preadolescente. La diferencia se muestra en una vida emocional mucho más rica, en una orientación dirigida a crecer, en un intento invencible para autodefinirse en respuesta a la pregunta: ¿Quién soy yo? El problema de relaciones de objeto pasa a primer plano, como tema central, y sus variaciones tiñen la totalidad del desarrollo psicológico con las dos fases subsiguientes.

Lo que diferencia este periodo de la preadolescencia es, por lo tanto, el cambio meramente cuantitativo de los impulsos con la aparición de una nueva cualidad de impulsos. Es muy notorio el abandono de la posición regresiva preadolescente.

La pregenitalidad pierde cada vez más el papel de una función satisfactoria siendo relegada a una actividad de iniciación mental y física, y da lugar al surgimiento de un nuevo componente instintivo, precisamente la anticipación del placer.

La organización jerárquica de los impulsos y de su carácter definitivo e irreversible representa una innovación que influye en forma decisiva al desarrollo del yo. El yo, por así decirlo toma sus señales de estos cambios de organización instintiva y elabora en su estructura una organización en sus funciones y en sus pautas defensivas. Ambos

adquieren al final de la adolescencia una fijación irreversible llamada carácter; esta estructura firme que emerge de estas fases, que en verdad está construida sobre los logros del periodo de latencia.

Durante la adolescencia temprana y la adolescencia propiamente dicha ocurre una profunda reorganización de la vida emocional con un estado de caos bien reconocido. La elaboración de defensas características, con frecuencia extremas y también transitorias, mantiene la integridad del yo. Algunas maniobras defensivas de la adolescencia prueban tener un valor adaptativo y por consecuencia facilitan la integración de inclinaciones realistas, talentos, capacidades y ambiciones; no hay ninguna duda de que el ensamble estable en todas estas tendencias constituye un prerrequisito para la vida adulta en sociedad (Bloss, 1956).

4. Adolescencia temprana

La característica distintiva de la adolescencia temprana radica en la falta de catexis en los objetos de amor incestuoso, y como consecuencia encontramos una libido que flota libremente y que clama por acomodarse.

El proceso como un todo puede ser descrito en términos de dinámicas inter e intransistémica. Primero que nada el super yo, una agencia de control cuyas funciones son para inhibir y controlar la autoestimación, disminuye en eficiencia; esto deja al yo sin la dirección simple y presionante de la conciencia. El “yo” ya no puede depender de la autoridad del super yo, sus propios esfuerzos para mediar entre los impulsos y el mundo externo son torpes e ineficaces. El super “yo” se convierte en un adversario; por lo tanto, el yo se queda debilitado, aislado e inadecuado enfrente de una emergencia (Freud A, 1936).

El retiro de la catexis del objeto, y la ampliación de la distancia entre el yo y el super yo dan como resultado un empobrecimiento del yo. Esto es experimentado para el adolescente como un sentimiento de vacío, de tormento interno, el cual puede dirigirse a buscar ayuda, hacia cualquier oportunidad de alivio que el ambiente pueda ofrecerle. La intensidad de la separación de objetos tempranos está determinada no solamente por el aumento y la variación del ritmo de la tensión instintiva, sino también por la capacidad del yo para defenderse de esta angustia conflictiva.

Retomando la idea inicial de que en la adolescencia temprana hay una falta de catexis de los objetos de amor familiares y como consecuencia una búsqueda de objetos nuevos. Adolescente joven se dirige hacia el “amigo”; de hecho adquiere una importancia. La elección de objeto en la adolescencia sigue el modelo narcisista.

El adolescente hace amistades que exigen una idealización del amigo; algunas características en el otro son admiradas y amadas porque constituyen algo que el sujeto mismo quisiera tener y en la amistad él se apodera de ellos. Esta elección sigue el modelo de Freud (1914): “cualquiera que posea las cualidades sin las cuales el yo no puede alcanzar su ideal, será el que es amado”. Freud explica que esta etapa de expansión en la vida amorosa del individuo conduce a la formación del yo ideal y, por lo tanto, internaliza una relación de objeto que en otra forma podría conducir a la homosexualidad latente o manifiesta.

El “yo” ideal como formación psíquica dentro del yo, no solamente remueve al super yo de la posición tan segura que había tenido hasta ahora, sino que también absorbe la libido narcisista y homosexual.

Freud (1914) menciona lo siguiente: “En esta forma, grandes cantidades de libido, esencialmente homosexual son utilizadas con la formación del yo ideal narcisista y encuentran salida y satisfacción en mantenerla”... Continúa: “El yo ideal ha impuesto condiciones severas para la satisfacción de la libido a través de los objetos; ya que algunos de ellos son rechazados por medio de su censor como incompatibles. Cuando este ideal no se ha formado, la tendencia sexual aparece sin cambiar en la personalidad en la forma de una perversión. Ser una vez más el propio ideal, en relación a tendencias sexuales y no sexuales como en la niñez- es lo que a la gente le gustaría para su felicidad”. La nueva distribución de la libido favorece la búsqueda del objeto heterosexual y sirve para mantener relaciones estables.

5. La Adolescencia propiamente

El curso de la adolescencia propiamente como tal, a menudo conocida como adolescencia media, es de finalidad inminente y cambios decisivos; en comparación con las fases anteriores, la vida emocional es más intensa, más profunda y con mayores horizontes.

Durante la adolescencia propiamente, la búsqueda de relaciones de objeto asume aspectos nuevos, diferentes de aquellos que predominaron en la fase preadolescente y en la adolescencia temprana. El hallazgo de un objeto heterosexual se hace posible por el abandono de las posiciones bisexual y narcisista, lo que caracteriza el desarrollo psicológico de la adolescencia. En forma más precisa se debe hablar de una afirmación gradual del impulso sexual adecuado que gana ascendencia y que produce una angustia conflictiva en el yo. Los mecanismos defensivos y adaptativos en toda su variedad pasan a primer plano en la vida mental. El complejo desenvolvimiento de los

procesos mentales durante esta fase, hace imposible una representación comprensiva de todos los aspectos más importantes que en ella ocurren.

El retiro de la catexis hacia los padres, o más bien de la representación de los objetos en el yo, produce una disminución de la energía catéctica en el ser. En ambos sexos puede observarse un aumento en el narcisismo. La cualidad narcisista de la personalidad adolescente es bien conocida. El retiro de la catexis de objeto lleva a una sobrevaloración del ser, a un aumento de la autopercepción a expensas de la percepción de la realidad, a una sensibilidad extraordinaria, a una autoabsorción general, y a un gran engrandecimiento.

El alejamiento que experimenta el adolescente en relación a los objetos familiares de su infancia, es una consecuencia más de la “deslibidinización del mundo externo” (Freud A, 1936). La difusión de los instintos en relación con representaciones de objeto influye en el comportamiento manifiesto del adolescente hacia sus padres o sustitutos a través de mecanismos proyectivos introyectados. Los introyectos “bueno” y “malo” se confunden con los padres actuales y su conducta real. La decatexis de las representaciones de objeto los elimina como fuente de gratificación libidinal; consecuentemente se observa en el adolescente un hambre de objeto, un deseo avaro que le lleva a uniones o gratificaciones superficiales y constantes variables.

La etapa narcisista no es sólo una acción demoradora o apoyadora causada por repugnancia a los objetos tempranos de amor, sino que también representa una etapa positiva en el proceso de desprendimiento. Mientras que previamente los padres eran sobrevalorados, considerados con temor y no valorados realísticamente, ahora se vuelven devaluados y son vistos con las ruines proporciones de un ídolo caído. La autoinflación narcisista surge en la arrogancia y rebeldía del adolescente, en su desafío de las reglas, y en su burla de la autoridad de los padres. Una vez que la fuente de gratificación narcisista derivada del amor paterno ha cesado de fluir, el yo se cubre con una libido narcisista que es retirada del padre internalizado. El resultado final de este último cambio catéctico debe ser que el yo desarrolla la capacidad de asegurar, sobre la base de una ejecución realista, esa cantidad de abastecimiento narcisista que es esencial para el mantenimiento de la autoestima.

La propensión del adolescente a usar personas en presuntas relaciones está muy ligada a la fantasía, especialmente para dotarla con las cualidades con las que el adolescente intenta ejercitar sus propias necesidades libidinales y agresivas.

“La necesidad de aseguramiento en contra de las ansiedades por los nuevos impulsos, le pueden dar a todas las relaciones de objeto un carácter no genuino, están mezcladas con identificaciones, y las personas son más percibidas como representaciones de imágenes que como personas” (Fenichel, 1945).

Freud A. (1936) describió el rol que juega la identificación en la vida amorosa del adolescente; es usada para preservar el dominio sobre las relaciones de objeto en el tiempo de retiro al narcisismo. Estas apasionadas y evanescentes fijaciones de amor, no son en absoluto relaciones de objeto. Son identificaciones de lo más primitivas, los siempre cambiantes encariñamientos y enamoramientos, las amistades devotas y apasionadas que son definidas por el adolescente en contra de cualquier interferencia, como si la vida misma dependiese de ellas, pueden ser entendidos como un fenómeno de restitución. Previenen una regresión libidinal total al narcisismo, por medio de la asimilación del objeto en término del modelo descrito por Helen Dutch como el tipo de relación “como si”, el adolescente enriquece su propio yo empobrecido.

6. Adolescencia Tardía

La fase final de la adolescencia se ha considerado siempre como una declinación natural en el torbellino del crecimiento. La fase final de la adolescencia ha llamado más la atención que la turbulencia de las fases antecedentes.

La adolescencia tardía es primordialmente una fase de consolidación. Donde se elabora 1) Un arreglo estable y altamente idiosincrásico de funciones e intereses del yo; 2) Una extensión de la esfera libre de conflictos del yo (autonomía secundaria); 3) una posición sexual irreversible (constancia de identidad) resumida como primacia genital; 4) Una catexis de representaciones del yo y del objeto, relativamente constante; y 5) La estabilización de aparatos mentales que automáticamente salvaguarden la identidad del mecanismo psíquico. Este proceso de consolidación relaciona a la estructura psíquica y al contenido, la primera estableciendo la identificación del yo, y el segundo preservando la continuidad dentro de él; la primera forma el carácter, y el segundo provee los medios.

La adolescencia tardía es un punto de cambio decisivo y, por consecuencia, es un tiempo de crisis, que frecuentemente somete a encuentros decisivos la capacidad integrativa del individuo y resulta en fracasos de adaptación, deformaciones yoicas, maniobras defensivas y psicopatología severa. Erickson (1956) ha hablado de esto extensamente como una “crisis de identidad”.

Las fases de la adolescencia traen a colación los impulsos en sus diversas constelaciones regresivas y progresivas u organizaciones de fase edípica. De hecho, se puede decir que a través de toda la adolescencia el yo está en el más íntimo involucramiento-aunque defensivamente- con los impulsos, y a lo largo del camino ha llegado selectivamente a un buen término con su intensidad, sus objetos y sus metas. Fue notado anteriormente que ninguna progresión de ninguna fase de la adolescencia a la siguiente es siempre completada sin llevar consigo “fenómenos residuales”. Debe ser añadido que estos residuos retienen una animación inquebrantable; sólo durante tiempos de calma relativa en la vida adulta se someten alguna vez al dominio del yo.

Por lo que ¿se puede suponer que la represión es el agente mayor que se introduce en la edad adulta, como lo hizo antes este mecanismo de defensa en la etapa edípica, cuya secuela inició en el período de latencia? Lo que se debe encontrar es un principio operable, un concepto dinámico, que gobierne el proceso de consolidación del adolescente tardío y rinde sus diversas formas comprensiblemente: primero; el aparato psíquico que sintetiza los diversos procesos adolescentes específicos del adolescente los convierte en estables, irreversibles, y les da un potencial adaptativo; segundo la fuente de los residuos específicos de periodos anteriores de desarrollo que han sobrevivido a las transformaciones adolescentes y que continúan existiendo en forma derivada, contribuyen por su parte a la formación del carácter; y finalmente, la fuente de la energía que implica ciertas soluciones hacia un primer plano y deja otras en estado latente, presta así el proceso de consolidación una calidad de decisión e individualidad.

En la adolescencia tardía emergen preferencias recreacionales, vocacionales, devocionales y temáticas, cuya dedicación iguala en economía psíquica en la dedicación al trabajo y al amor.

Winnicott (1953) en su estudio de “objetos de transición”, describió en antecedente genético de una actividad en la vida adulta, habla de un área “mental” intermedia de experiencia en que la realidad interna y externa se combinan, “un área que no es desafiada; un lugar de descanso para el individuo ocupado en la perpetua tarea humana de mantener la realidad interna y externa separadas pero a su vez interrelacionadas... se entiende aquí que la tarea de aceptación de la realidad, nunca es complicada, que ningún ser humano está libre del esfuerzo de relación de la realidad interna y externa y, que un aligeramiento de ese esfuerzo es provisto por un área intermedia de experiencia que no es definida; esta área intermedia está en continuidad directa con el área de juego del niño pequeño que se “pierde” en el juego”.

La resolución del proceso adolescente en la adolescencia tardía está preñada con complicaciones que fácilmente someten a un esfuerzo excesivo la capacidad integrada del individuo y, que puede conducir a maniobras de postergación (“adolescencia prolongada”), o a fracasos reiterados (“malogro de la adolescencia”), o adaptaciones neuróticas (“adolescencia incompleta”). El resultado no puede asegurarse hasta que la adolescencia tardía se estabiliza.

La adolescencia tardía es el tiempo cuando los fracasos adaptativos toman su forma final, cuando ocurre el quiebre. Erickson (1956) se refiere al periodo de consolidación de la adolescencia tardía como el periodo de “crisis de identidad”. Conceptualiza el quiebre en la adolescencia tardía en términos de fracaso para llevar a cabo la tarea de maduración de esta etapa, que es el establecimiento de la “identidad del yo”.

El proceso de consolidación se complica además por la necesidad que hay en la adolescencia tardía de asignar a objetos de amor y odio en el mundo externo, catexis agresivas y libidinales que originalmente se fundían en representaciones de objeto.

El desarrollo del carácter neurótico o la formación de síntomas en la adolescencia tardía representan un intento de “autocuración” después de fracasar en la resolución de fijaciones infantiles articuladas al nivel del complejo de Edípo. La vida amorosa del adolescente tardío demuestra clínicamente las varias condiciones de amor que se basan en la persistencia del complejo de Edipo. Estas fueron descritas por Freud (1910): 1) la necesidad de una tercera persona ofendida; 2) el amor a una prostituta; 3) una larga cadena de objetos; 4) el rescate de la persona amada; 5) una hendidura entre la ternura y la sensualidad.

Puede describirse el proceso de consolidación de la adolescencia tardía en términos de compromisos abortivos y practicables o de síntesis yoica, y de adaptaciones positivas y negativas a condiciones endopsíquicas y del medio ambiente. Los fracasos para dominar la realidad interna y externa pueden catalogarse en dos categorías. Por un lado, los fracasos se deben a 1) un aparato defectuoso (yo); 2) una capacidad deteriorada para un estudio diferencial; o 3) una proclividad a la ansiedad traumática (pánico de la pérdida del yo).

La consolidación de la personalidad al fin de la adolescencia trae mayor estabilidad y nivelación al sentimiento y la vida activa del joven adulto. Se efectúa una solidificación de carácter; es decir, “una cierta constancia prevalece en las formas que escoge el yo para resolver sus tareas” (Fenichel, 1945, b). La mayor estabilidad de pensamiento y acción se obtiene a cambio de la sensibilidad introspectiva tan característica del

adolescente, el florecimiento de la imaginación creativa se opaca durante la adolescencia tardía.

5.3 Duelo de la adolescencia

Básicamente, el proceso de la adolescencia, y el siguiente el Síndrome de la Adolescencia Normal, implican un cierto grado de conducta psicopática inherente a la evolución normal de esa etapa. La exageración en intensidad o persistencia de estos fenómenos configura la psicopatía, en el sentido nosológico del término.

De acuerdo con Aberastury, Knobel (1988), en la adolescencia se puede observar la elaboración de tres duelos fundamentales:

1. Duelo por el cuerpo infantil;
2. Duelo por la identidad y el rol infantil;
3. Duelo por los padres y la infancia.

Duelo por el cuerpo infantil

En virtud de las modificaciones biológicas características de la adolescencia, el individuo, en esta etapa de desarrollo, se ve obligado a asistir a toda una serie de modificaciones que se operan en su propia estructura, creando un sentimiento de impotencia frente a esta realidad concreta, que lo lleva a desplazar su rebeldía hacia la esfera de pensamiento (Aberastury, Knobel, 1988).

Vive en ese momento la pérdida de su cuerpo infantil con una mente aún en la infancia y con un cuerpo que se va haciendo adulto. Esta contradicción produce un verdadero fenómeno de despersonalización que domina el pensamiento del adolescente por lo que los comienzos de esta etapa, se relacionan con la evolución misma del pensamiento.

La pérdida de los objetos reales se va sustituyendo por símbolos verbales que son las palabras correspondientes. Estos símbolos pueden manejarse omnipotentemente en su sustitución fantaseada, y a medida que el pensamiento evoluciona, lo conceptual simbólico reemplaza cada vez más a lo concreto real egocéntrico. En el adolescente normal este manejo de las ideas le sirve también para sustituir la pérdida de su cuerpo infantil y la no adquisición de la personalidad adulta, por símbolos intelectualizados de omnipotencia, formas sociales y políticas, religiosidad en donde él no está directamente comprometido como persona física (ya que en este estado se siente

totalmente omnipotente e incómodo), sino como entidad pensante. Niega así su cuerpo infantil perdido, y en fluctuaciones incesantes con la realidad, que lo ponen en relación con sus padres, su familia y el mundo concreto que lo rodea y del cual depende, elabora su pérdida y va aceptando su nueva personalidad (Aberastury, Knobel, 1998).

Duelo por la identidad y por el rol infantil

En la infancia, la relación de dependencia es la situación natural y lógica; el niño acepta su relativa impotencia, la necesidad de que otros se hagan cargo de cierto tipo de funciones vitales, y su yo se va enriqueciendo mediante su proceso de proyección e introyección que configura la identificación.

En la adolescencia hay una confusión de roles, ya que al no poder mantener la dependencia infantil y al no poder asumir la independencia adulta, el sujeto sufre un fracaso de personificación y así, el adolescente delega en el grupo gran parte de sus atributos, y en los padres, la mayoría de las obligaciones y responsabilidades. Recurre a este mecanismo esquizoide quedando su personalidad fuera de todo el proceso de pensamiento, con un manejo omnipotente; es la irresponsabilidad típica del adolescente, ya que él entonces no tiene que ver con nada y son otros los que se hacen cargo del principio de realidad. Así se puede explicar una característica típica de la adolescencia, la "falta de carácter", surgida de un fracaso de personificación que a su vez lo lleva a confrontaciones reverberantes con la realidad; permitiéndole a su vez despersonalizar a los seres humanos, tratándolos como objetos necesarios para sus satisfacciones inmediatas (Aberastury, Knobel, 1998).

Esta desconsideración por seres o cosas del mundo real hace que todas sus relaciones objetales adquieran un carácter si bien intenso, sumamente lábil y fugaz, lo cual explica la inestabilidad afectiva del adolescente con sus crisis pasionales y sus brotes de indiferencia absoluta. Aquí, la exclusión del pensamiento lógico, que surge del duelo por el rol infantil, se convierte en la actuación afectiva, como el duelo por el cuerpo de la infancia se convertía en la actuación motora.

El manejo objetal, realizado de la manera descriptiva, lo lleva a una serie de continuos cambios, a través de los cuales establecerá su identidad, siguiendo un proceso lógico de maduración. En este desarrollo, y en parte, por los mecanismos de negación del duelo y de identificación proyectiva con sus coetáneos y con sus padres, para periodos de confusión de identidad. El pensamiento entonces, comienza a funcionar de acuerdo con las características grupales, que le permiten una mayor estabilidad a través del

apoyo y del agrandamiento que significa el yo de los demás, con el que el sujeto se identifica.

Duelo por los padres de la infancia

La relación infantil de dependencia se va abandonando paulatina y dificultosamente. La impotencia sobre los cambios corporales, las penurias de la identidad, el rol infantil en pugna con la nueva identidad y sus expectativas sociales hacen que se recurra a un proceso de negación de los mismos cambios, que concomitantemente se van operando en las figuras y en las imágenes correspondientes de los padres y en el vínculo con ellos, que por supuesto no permanecen pasivos en estas circunstancias, ya que también tienen que elaborar la pérdida de la relación de sometimiento infantil de sus hijos, produciéndose entonces una interacción de doble duelo, que dificulta aún más este proceso de la adolescencia.

Se pretende tener no sólo a los padres protectores y controladores, sino también se idealiza la relación con ellos, buscando un suministro continuo que en forma imperiosa y urgente debe satisfacer las tendencias inmediatas, que aparentemente facilitarían el logro de la independencia. El pensamiento se expresa aquí en forma de contradicciones de pensamiento, las cuales son muy frecuentes en la adolescencia, y muestran la falta de elaboración conceptual. Esta misma contradicción produce perplejidad en el manejo de las relaciones objétales parentales internalizadas y rompe la comunicación con los padres reales externos, ahora totalmente desubicados en el contexto de su personalidad. Figuras idealizadas deben sustituirlos, y entonces el adolescente se refugia en un mundo autista de meditación, análisis, elaboración de duelo, que le permite proyectar en maestros, ídolos deportivos, artistas, etc. La imagen paterna idealizada.

Esta soledad periódica del adolescente es activamente buscada por él, ya que le facilita su conexión con los objetos internos en este proceso de pérdida y sustitución de los mismos, que va a terminar enriqueciendo el yo (Aberastury, Knobel, 1988).

5.4 Síndrome de la adolescencia normal

Estudiar la adolescencia, tan sólo como una característica social determinada sería realizar una abstracción muy parcial de todo un proceso humano que es necesario considerar dentro de una verdadera totalidad del conocimiento de la psicología evolutiva (Knobel, 1962).

La adolescencia está caracterizada fundamentalmente por ser un periodo de transición entre la pubertad y el estadio adulto del desarrollo y que en las diferentes sociedades este periodo puede variar como el reconocimiento de la condición adulta que se le da al individuo (Sherif y Sherif, 1965 citado por Aberastury y Knobel, 1988).

Para Erickson (1965) citado por Aberastury y Knobel (1988), existe en la adolescencia un cambio que es fundamentalmente crítico. Este autor habla de tres estadios en el proceso evolutivo, que sintetiza en: niño, adolescente y adulto, basándose en conceptos de Piaget y aceptando que uno no es un adulto, adulto (ni fue un niño niño, ni se convirtió en adolescente, adolescente) si no lo que Piaget llama “conflicto” y que prefiere llamar “crisis”. Destaca que, “de hecho, para cada unidad de éstas, corresponde a una crisis mayor, y cuando por cualquier razón, una crisis tardía es severa, se reviven las crisis más tempranas”. La adolescencia adolescente es entonces, según este criterio, también conflictiva, como fácilmente se puede inferir.

El adolescente atraviesa por desequilibrio e inestabilidad extremas de acuerdo con lo que conocemos de él. En nuestro medio cultural, muestra periodos de elación, de ensimismamiento, alternando con audacia, timidez, incoordinación, urgencia, desinterés o apatía, que se suceden o son concomitantes con conflictos afectivos, crisis religiosas en las que se puede oscilar del ateísmo anárquico al misticismo fervoroso, intelectualizaciones o postulaciones filosóficas, ascetismo, conductas sexuales dirigidas hacia el heteroerotismo y hasta la homosexualidad ocasional. Todo esto es lo que se ha llamado entidad semipatológica, o si se prefiere, un “Síndrome Normal de la Adolescencia”, sus características son:

1. Búsqueda de sí mismo y de la identidad

En el periodo infantil y de la adolescencia, no deben ser vistos sólo como una preparación para la madurez, sino que es necesario enfocarlos con criterio del momento actual del desarrollo y de lo que significa en el ser humano esas etapas de vida. Es lógico aceptar que el si no de la adolescencia es entrar al mundo del adulto, pero tenemos que reconocer que la “identidad” es una característica de cada momento evolutivo.

La consecuencia final de la adolescencia sería un conocimiento del sí mismo como entidad biológica en el mundo, el todo biopsicosocial de cada ser en ese momento de la vida.

Para Erickson (1956) citado por Aberastury, Knobel (1988), el problema clave de la identidad consiste en la capacidad del yo de mantener la mismidad y la continuidad frente a un destino cambiante.

Para Sorenson (1962) citado por Aberastury, Knobel (1988), la identidad es la creación de un sentimiento de mismidad y continuidad, una unidad de la personalidad sentida por el individuo y reconocida por otro, que es el “saber quién soy”.

Grinberg (1961) menciona que el sentimiento de identidad “implica la noción de un yo que se apoya esencialmente en la continuidad y semejanzas de las fantasías inconscientes referidas primordialmente a las sensaciones corporales”.

En esta búsqueda de identidad, el adolescente, recurre a las situaciones que se presentan como más favorables en el momento. Una de ellas es la de la uniformidad, que brinda seguridad y estima personal. Donde ocurre el proceso de doble identificación masiva, en donde todos se identifican con cada uno, y que explica, el proceso grupal de que participa el adolescente. En ocasiones, la única solución puede ser la de buscar de acuerdo Erickson (1965) citado por Aberastury, Knobel (1988), ha llamado también “una identidad negativa” basadas en identificaciones con figuras negativas pero reales. Es preferible ser alguien perverso, a no ser nada.

Este tipo de “identidades” son adoptadas sucesiva y simultáneamente por los adolescentes según las circunstancias. La situación cambiante que significa la adolescencia obliga a reestructuraciones permanentes externas e internas que son vividas como intrusiones dentro del equilibrio logrado en la infancia y que obligan al adolescente, en el proceso para lograr su identidad, a tratar de refugiarse férreamente en su pasado mientras trata también de proyectarse intensamente en el futuro. Realiza un verdadero proceso de duelo por el cual al principio niega la pérdida de sus condiciones infantiles y tiene dificultades en aceptar sus realidades más adultas.

La búsqueda de saber que identidad adulta se va a constituir es angustiante y las fuerzas necesarias para superar estos microduelos, se obtienen de las primeras figuras introyectadas que forman la base del yo y del super yo. La integración del

yo se produce por la elaboración del duelo por partes de sí mismo y por sus objetos.

La identidad adolescente es la que se caracteriza por el cambio de relación del individuo, básicamente con sus padres, (los padres externos reales y a la relación con las figuras parentales internalizadas).

Las figuras de los padres están internalizadas, incorporadas a la personalidad del sujeto, y este puede iniciar su proceso de individualización.

2. La tendencia grupal

En su búsqueda de la identidad el adolescente, en esta etapa de vida, recurre como comportamiento defensivo a la búsqueda de uniformidad, que puede brindar seguridad y estima personal.

Hay proceso de sobre identificación masiva, en donde todos se identifican con cada uno. Las actuaciones de los grupos y de sus integrantes representan la oposición a las figuras parentales y una manera activa de determinar una identidad distinta de la del medio familiar. Se transfiere al grupo gran parte de la dependencia que anteriormente se mantenía en la estructura familiar y con los padres en especial.

La utilización de los mecanismos esquizoparanoides es muy intensa durante la adolescencia, y el fenómeno grupal favorece la instrumentación de los mismos. Cuando durante este periodo de la vida el individuo sufre un fracaso de personificación, producto de la necesidad de dejar rápidamente los atributos infantiles y asumir una cantidad de obligaciones y responsabilidades para las cuales aún no está preparado, recurre al grupo como un refuerzo para su identidad (Aberastury, Knobel, 1998).

3. Necesidad de intelectualizar y fantasear

La necesidad de intelectualizar y fantasear se da como una de las formas típicas del pensamiento adolescente, recurre al pensamiento para compensar las pérdidas que ocurren dentro de sí mismo y que no puede evitar.

Para Anna Freud (1969), la intelectualización y el ascetismo son considerados como manifestaciones defensivas típicas del adolescente. Muestra que la función del ascetismo es mantener al ello dentro de ciertos límites por medio de prohibiciones y la función de la intelectualización consistiría en ligar los fenómenos

instintivos con contenidos ideativos y hacerlos así accesibles a la consciencia y fáciles de controlar.

4. Las crisis religiosas

En cuanto a la religiosidad, fenomenológicamente se observa que el adolescente puede manifestarse como un ateo exacerbado o como un místico muy fervoroso, como situaciones extremas. Es común observar que un mismo adolescente pasa incluso por periodos místicos o por periodos de un ateísmo absoluto.

Para Buhler (1950) el adolescente “quiere dudar, cavilar, quiere buscar, no decidirse...”, “y cuando entra en esta edad difícil se pregunta quién es, que es, para luego intentar una respuesta más o menos adecuada a esta pregunta, interrogarse acerca de qué hacer con él, con lo que él supone que es”. La preocupación metafísica emerge entonces con gran intensidad, y las frecuentes crisis religiosas no son un mero capricho de lo místico, si no intento de solución de la angustia que vive el yo en su búsqueda de identificaciones positivas y del enfrentamiento con el fenómeno de la muerte definitiva de parte de su yo corporal. Además, comienza a enfrentar la separación definitiva de los padres y también la aceptación de la posible muerte de los mismos.

Para la construcción definitiva de una ideología, así como de valores éticos o morales, es preciso que el individuo pase por algunas idealizaciones persecutorias, que las abandone por objetos idealizados egosintónicos para luego sufrir un proceso de desidealización que permita construir nuevas y verdaderas ideologías de vida.

5. La desubicación temporal

Para Aberastury y Knobel, (1998) desde el punto de vista de la conducta observable es posible decir que el adolescente vive con una cierta desubicación temporal; convierte el tiempo en presente y activo como un intento de manejarlo. En cuanto a su expresión conductual el adolescente parecerá vivir en su proceso primario con respecto a lo temporal. Las urgencias son enormes y a veces las postergaciones son aparentemente irracionales.

El tiempo, está dotado de indiscriminaciones que explica la conducta del adolescente. Es durante la adolescencia que la dimensión temporal va adquiriendo lentamente características discriminativas.

A las dificultades del adolescente para diferenciar externo-interno, adulto-infantil etc. Se le agrega la dificultad para distinguir presente-pasado-futuro. Como defensas, el adolescente espacializa el tiempo, para poder “manejarlo” viviendo su relación con él mismo como con un objeto.

Mientras tanto la noción temporal del adolescente es de características fundamentalmente corporales o rítmicas, o sea basadas en tiempo de comer, el de defecar, el de jugar, el de dormir, el de estudiar, etc. Ese es que se denomina tiempo vivencial o experiencial.

Los primeros intentos discriminativos temporales se efectúan a nivel corporal; por ejemplo, el adolescente afirma refiriéndose a su pasado: cuando era “chico”, refiriéndose a su futuro: cuando sea “grande”; (“hice”, “podré hacer”).

6. La evolución sexual desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad

En la evolución de autoerotismo a la heterosexualidad que se observa en el adolescente, se puede descubrir un oscilar permanente entre la actividad de tipo masturbatorio y los comienzos del ejercicio genital, donde hay más un contacto genital de tipo exploratorio y preparatorio, que la verdadera genitalidad procreativa, que sólo se da, con la correspondiente capacidad de asumir el rol parental, recién en la adultez.

El enamoramiento apasionado, es también un fenómeno que adquiere características singulares en la adolescencia y que presenta todo el aspecto de los vínculos intensos pero frágiles de la relación interpersonal adolescente.

Los cambios biológicos que se operan en la adolescencia producen gran ansiedad y preocupación, porque el adolescente debe asistir pasiva e impotentemente a los mismos.

Anna Freud (1969) ha señalado que la genitalidad determina modificaciones del yo que se ven en graves conflictos con el ello, obligándolo a recurrir a nuevos y más específicos mecanismos de defensa. Melanie Klein (1964) sostiene que la resurgencia de libido que sigue a la latencia, refuerza las demandas del ello al mismo tiempo que las exigencias del superyó se incrementan. El compromiso entonces no sólo cubre al yo y al ello, si no que hace intervenir al superyó muy activamente.

Es durante la adolescencia, y como aspecto de la elaboración de la situación edípica, que pueden verse aspectos de conducta femeninos en el varón y

masculinos en la niña, que son las expresiones de una bisexualidad no resuelta. Es normal que en la adolescencia aparezcan periodos de predominio de aspectos femeninos en el varón y masculinos en la niña. Es necesario tener siempre presente el concepto de bisexualidad, y aceptar que la posición heterosexual adulta exige un proceso de fluctuaciones y aprendizaje en ambos roles.

Aberastury (1958), señala que la raíz de la homosexualidad, que suele darse transitoriamente como una manifestación típica de la adolescencia, es preciso buscarla en la circunstancia de que el padre no asume sus roles o está ausente.

Tanto en esta homosexualidad normal y transitoria, como en la actividad genital previa, la genital preparatoria para la genitalidad procreativa, el proceso masturbatorio está presente desde la temprana edad hasta la adolescencia avanzada.

Es posible resumir lo expuesto diciendo que la masturbación, como fenómeno normal de la adolescencia, le permite al individuo en esta etapa de su vida, pasar por la etapa esquizo-paranoide de su personalidad, considerar a sus genitales ajenos a sí mismo, tratar de recuperarlos y de integrarlos, y finalmente realizar el proceso depresivo a través de la angustia, primero persecutoria y luego depresiva, e integrar sus genitales a todo concepto de sí mismo, formando realmente una identidad genital adulta con capacidad procreativa, independencia real y capacidad de formar una pareja estable en su propio espacio y en su propio mundo.

7. Actitud social reivindicatoria

No todo el proceso de la adolescencia depende del adolescente mismo, como una unidad aislada en un mundo que no existiera. No hay duda alguna de que la constelación familiar es la primera expresión de la sociedad que influye y determina gran parte de la conducta de los adolescentes.

El fenómeno de la subcultura adolescente se expande y se contagia como un signo de "rebeldía". En realidad, se trata de identificaciones cruzadas y masivas, que ocurren como necesidad de defensa yoica en este periodo de la vida, mediante la cual el sujeto va desprendiéndose de situaciones infantiles y viendo al mismo tiempo como peligrosa e indefinida la entrada al mundo de los adultos.

La sociedad, aún maneja de diferente manera y con distintos criterios socioeconómicos, impone restricciones a la vida del adolescente. El adolescente, con su pujanza, con su actividad, trata de modificar la sociedad, que por otra parte,

está viviendo constantemente modificaciones intensas. En la medida que el adolescente no encuentra el camino adecuado para su expresión vital y la aceptación de una posibilidad, no podrá nunca ser un adulto satisfecho.

Para poder comprender algunos de los cambios que se presentan en la adolescencia, se debe tomar en cuenta las dinámicas psicológicas, que están determinadas no solamente por las realidades socioeconómicas del mundo en que se vive, sino también por las necesidades psicológicas de una adolescencia que se prolonga en lo que puede ser una inquietud, una inestabilidad, una sensación de fracaso que debe tratar de superarse de cualquier manera.

8. Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta

La conducta del adolescente está dominada por la acción, que constituye la forma de expresión más típica en estos momentos de la vida, en que hasta el pensamiento necesita hacerse acción para poder ser controlado.

Para Spiegel (1961) citado por Aberastury y Knobel (1988) la personalidad del adolescente la describe como “esponjosa”. Es una personalidad permeable en la que los procesos de proyección e introyección son intensos, variables y frecuentes.

Esto hace que no pueda haber una línea de conducta determinada, que ya indicaría una alteración de la personalidad del adolescente. Por eso es que se habla de una “normal anormalidad”, de una inestabilidad permanente del adolescente.

9. Separación progresiva de los padres

Uno de los duelos fundamentales que tiene que elaborar el adolescente es el duelo por los padres de la infancia.

La aparición de la capacidad afectora de la genitalidad impone la separación de los padres y reactiva los aspectos genitales que se habían iniciado con la fase genital previa.

La intensidad y calidad de la angustia con que se maneja la relación con los padres y su separación de éstos, estará determinada por la forma en que se ha realizado y elaborado la fase genital previa de cada individuo, a la que se sumaran, por supuesto, las experiencias infantiles anteriores, posteriores y la actual de la propia adolescencia.

10. Constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo

El adolescente se refugia en sí mismo y en el mundo interno que ha ido formando durante su infancia preparándose para la acción y, elabora y reconsidera constantemente sus vivencias y sus fracasos.

La intensidad y frecuencia de los procesos de introyección y proyección pueden obligar al adolescente a realizar rápidas modificaciones de su estado de ánimo ya que se ve de pronto sumergido en las desesperanzas más profundas cuando elabora y supera los duelos.

Los cambios de humor son típicos de la adolescencia y es preciso entenderlos sobre la base de los mecanismos de proyección y de duelo por la pérdida de objetos; al fallar estos intentos de elaboración, tales como cambios del humor pueden aparecer como micro crisis maniacodepresivas.

6. Calidad de Vida

“Soy mi propia autoridad, me amo y me apruebo a mí mismo, la vida es buena. Hay (1998)”

6.1 Definición

El concepto de “Calidad de vida” ha presentado considerables variaciones a lo largo del tiempo de acuerdo con Moreno y Ximenez (1996), para quienes el término se refería al cuidado de la salud personal, después se adquirió la preocupación por la salud y la higiene pública, se extendió entonces a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, continuó sumándose a la capacidad de accesos a los bienes económicos y, finalmente se convirtió en la salud por la experiencia del sujeto sobre su vida social, su actividad cotidiana y su propia salud.

Según la OMS la calidad de vida es: “la percepción que un individuo tiene de su lugar de existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”. (Rey,2006).

Andrews y Withney (1976) sostienen que la Calidad de Vida no es un reflejo de las condiciones reales y objetivas, sino la evaluación de estas por parte del individuo. Según este enfoque la Calidad de Vida puede entenderse como el conjunto de evaluaciones que el individuo hace sobre cada uno de los dominios de su vida actual Lawton, Moss, Fulcomer y Kleban, (1982) citado por Oblitas, (2004). Desde esta perspectiva y desde el campo de la psicología, la calidad de vida es un concepto básicamente referido al tipo de respuesta individual y social ante un conjunto de situaciones reales de la vida diaria. Así, que se evalúan los componentes de bienestar objetivo, se considera primordial la percepción y estimación de ese bienestar objetivo, el análisis de los procesos que conducen a esta satisfacción y los elementos integrantes de ésta. El juicio exclusivo de los agentes de salud (médico, psicólogo, etc.) no es suficiente para evaluar la calidad de vida, por lo cual debe contarse, además con la propia evaluación de los sujetos (Slevin, Plant y Lynch, 1988 citado por Oblitas L, 2004).

En resumen la Calidad de Vida abarca distintos factores: culturales, materiales, psicológicos y de salud; todos estos se conjugan para que, de acuerdo a la percepción e interpretación propia del individuo, se obtenga o no, un bienestar completo.

6.2 Calidad de Vida y enfermedad crónica y/o terminal

En la última década se ha incrementado totalmente el interés y los estudios acerca de la calidad de vida de las personas que padecen una enfermedad. Para ello ha sido de su utilidad el concepto “Calidad de Vida relacionada con la salud”. Patrick y Erickson (1993), entre otros, la definen como “el valor asignado a la duración de la vida con sus modificaciones por impedimentos, estados funcionales, oportunidades sociales y percepciones, que es influido por las enfermedades, lesiones o tratamientos”. De esta manera, la calidad de vida relacionada con la salud se convirtió muy pronto en una forma de evaluación de los beneficios y consecuencias de las interacciones terapéuticas para enfrentar una enfermedad.

En términos generales, los factores importantes que constituyen una evaluación de calidad de vida relacionada con la salud son los siguientes:

1. Síntomas y quejas subjetivas (como sintomatología depresiva).
2. Diagnósticos.
3. Funcionamiento fisiológico.
4. Funcionamiento psicológico y cognitivo.

5. Funcionamiento físico.
6. Percepciones generales de salud (como autocalificación del estado de salud).
7. Funcionamiento social (interacciones sociales).

Las enfermedades crónicas y terminales son padecimientos que generalmente afectan la calidad de vida de los sujetos que la padecen. Las consecuencias y los tratamientos de ellas requieren de un cambio sustancial del estilo de vida de los pacientes que comprometen todas las habilidades afectivas, conductuales, sociales y de pensamiento que puede o no tener una persona para afrontar situaciones adversas a su vida.

6.3 Respuestas emocionales ante la enfermedad crónica

Las personas que adquieren una condición o enfermedad crónica presentan una gran cantidad de cambios significativos y profundos, cuando afrontan la incidencia y permanencia.

Según diversos estudiosos del tema, las personas que se enteran de que padecen una enfermedad crónica experimentan reacciones emocionales similares a las de aquellas que se enfrentan inicialmente a una situación de pérdida. Éste conjunto de reacciones emocionales que se denominan duelo, consta de las siguientes etapas: a) negación, b) enojo, c) desesperación y/o negociación, d) depresión, e) reconciliación o aceptación de la realidad.

Según estas hipótesis, en el momento que las personas se enteran del diagnóstico de una enfermedad crónica, experimentan una pérdida (de salud y/o autonomía) ante la que reaccionaran, inicialmente, mediante la negación del suceso (buscarán una segunda opinión, no hablarán del tema, etc.) es decir, trataran de ocultar o hacer desaparecer e ignorar la enfermedad. Después manifestaran irritación con el hecho de estar enfermo. En ese momento el paciente ha “aceptado” que padece la enfermedad, (en el sentido de que ya no la niega), pero reclama o le parece “injusto” que le haya ocurrido a él; y transcurrirá un buen tiempo para que logre aceptarla sin enojo.

Posteriormente, la mayoría de las personas experimentan síntomas depresivos que, en algunos casos, requieren de tratamiento psicológico y/o psiquiátrico, debido a que ponen en riesgo la vida del sujeto.

Finalmente y en el mejor de los casos, el paciente llega a la etapa de aceptación o reconciliación con la realidad de estar enfermo. En algunas ocasiones en aquellos que

padecen enfermedades crónicas no resuelven el hecho de estar enfermos, o tardan mucho tiempo en dar este importante paso: la reconciliación. En este caso “el duelo” no está resuelto, pues difícilmente se manifiesta apego al tratamiento y a una calidad de vida aceptable, por lo cual resulta de importancia la intervención psicológica (Oblitas, 2004).

Capítulo 2. Metodología

2.1 Enfoque: Cualitativo

La investigación cualitativa es un tipo de investigación formativa que ofrece técnicas especializadas para obtener respuestas de fondo acerca de lo que las personas piensan y cuáles son sus sentimientos. Esto permite a los responsables de un programa comprender mejor las actitudes, creencia, motivos y comportamiento de una población determinada.

Las técnicas cualitativas, cuando se aplican adecuadamente, se utilizan junto a técnicas cuantitativas de una manera interrelacionada y complementada, la investigación cualitativa se realiza para contestar la pregunta “¿Por qué?”.

Para Heath (1997) cuando se habla de investigación cualitativa, se trata de atender a describir e interpretar algunos fenómenos humanos, a menudo en palabras propias de los individuos seleccionados.

Los métodos cualitativos mantienen como una de sus premisas fundamentales que la investigación solo podrá acceder al conocimiento de la realidad comprendiendo el punto de vista del informante.

El objetivo de la metodología cualitativa es llegar a la comprensión y evaluación de fenómenos a través de la observación y el diagnóstico a largo plazo; su aplicación puede ser en diversas áreas de las ciencias sociales: Psicología, comunicación, antropología, sociología, pedagogía, trabajo social, etc.

2.2 Alcance: Descriptivo

El propósito de la investigación descriptiva es definir la situación prevaleciente en el momento de realizarse el estudio.

La investigación descriptiva hace una reseña del estado actual de algún fenómeno. (Leon, Montero, 2003)

2.3 Objetivo general

Conocer la forma como se da la autoagresión en los jóvenes con Artritis Reumatoide Juvenil, con la finalidad de ayudar a mejorar su calidad de vida.

2.4 Objetivos particulares

- Conocer la dificultad para la expresión de los sentimientos en jóvenes con Artritis Reumatoide Juvenil.
- Identificar el tipo de relación que se gestó en los primeros años de vida entre los jóvenes y sus padres, con la finalidad de generar un mejor estado de consciencia en su salud.
- Describir las ganancias secundarias que se obtienen a través de la enfermedad.
- Investigar si la enfermedad favorece para controlar o agredir a los padres y al medio.
- Ubicar el impacto de la enfermedad en el sistema familiar.
- Observar la calidad de vida de los jóvenes con Artritis Reumatoide Juvenil.

2.5 Planteamiento del problema

La Artritis Reumatoide es una enfermedad reumatológica o autoinmune de etiología (origen) desconocido de la cual se posee poca información, sin embargo se sigue investigando al respecto y se presenta con mayor incidencia en adultos mayores. Caso contrario desde la parte psicológica donde se obtuvo información muy limitada y no exclusiva de la enfermedad.

Por otro lado este padecimiento se observa en niños y jóvenes con mayor frecuencia que antes. La Artritis Reumatoide afecta a un total de 2.2 millones de personas, entre los 25 y 35 años de edad presentándose en un hombre de cada cuatro mujeres y el 1.6 % de esta población pertenece a niños y jóvenes, (Rodríguez, 2013).

Por lo que lleva a la siguiente pregunta, ¿Qué factores psicológicos favorecen al desarrollo de la Artritis Reumatoide Juvenil?

2.5.1 Preguntas de investigación

- 1.- ¿Qué tipo de relación se gestó en los primeros años de vida entre los jóvenes y sus padres?
- 2.- ¿El comportamiento genera ganancias secundarias?
- 3.- ¿El enojo reprimido ayuda a que surja la Artritis Reumatoide Juvenil?
- 4.- ¿La enfermedad es una protesta hacia los padres?
- 5.- ¿Cuál es la calidad de vida que tienen los jóvenes con Artritis Reumatoide Juvenil?

2.6 Supuestos teóricos

El enojo reprimido favorece la autoagresión generando la Artritis Reumatoide Juvenil ante la incapacidad del hijo por expresar sus sentimientos.

La enfermedad sirve como medida de control hacia los padres y la familia principalmente.

2.7 Ejes temáticos

Eje. 1 Artritis Reumatoide Juvenil

La Artritis Reumatoide Juvenil (ARJ), también conocida como Artritis Juvenil Idiopática (AJI), se refiere a las alteraciones crónicas que provocan inflamación en niños de 16 años o menores. La palabra idiopática significa que la causa no se conoce: los factores etiológicos precisos de la ARJ no se han esclarecido aún, (Mayo clinic health information, 2009).

Eje. 2 Sentimientos

El sentimiento es la elaboración y representación cognitiva de cualquiera de las siguientes experiencias: el estado del cuerpo, la emoción, las percepciones, los recuerdos y los pensamientos del estado del cuerpo en un proceso reactivo (Muñoz, 2009).

Eje. 3 Vínculo con los padres

El vínculo es una relación, o asociación, entre dos o más entidades. Los tipos de estas entidades pueden ser diferentes (Gómez y Briseño, 2008).

El vínculo es precisamente el momento de fusión de lo social con lo personal. A través de él tiene lugar el paso de lo general a lo particular y viceversa (Caparrós, 1985).

Eje. 4 El control y la agresión

Control: dominio, mando, preponderancia. Dispositivo con que se regula la acción de un mecanismo.

Para Buss (1961) citado por Moser (1992) “todo comportamiento que lastima o lleva perjuicio a otro es una agresión”. También para Bandura (1963) citado por Moser (1992) “la agresión consiste en usar estímulos nocivos de fuerte intensidad que provocan heridas físicas o morales”.

La agresividad viene del latín *agredí* que significa atacar. Supone que alguien está decidido a imponer su voluntad a otra persona u objeto, incluso si ello significa que las consecuencias podrían causar daño físicos o psíquicos.

La agresión puede ser también un componente más de los denominados comportamientos asertivos, incluyendo respuestas verbales y motrices que fuerzan, informan o demandan que una persona responda a otra, o se adecue a otra y frecuentemente llega a producir una respuesta en el individuo.

Eje. 5 Ganancias secundarias

Ganancia suplementaria o utilización del sujeto de una enfermedad ya constituida; su carácter extrínseco en relación con el determinismo inicial de la enfermedad y con el sentido de los síntomas, el hecho de que se trata de satisfacciones narcisistas o ligadas con la auto conservación. El beneficio secundario se materializa en este caso por la indemnización percibida por el enfermo, motivo poderoso que se opone a su readaptación (La Planche y Pontalis, 2008).

Eje. 6 Significado de la enfermedad

La enfermedad puede ser conceptualizada como un trastorno de causa específica y de síntomas y signos reconocibles o también como cualquier anormalidad corporal o fallo

del funcionamiento normal; lo que si se da en casi todos los intentos explicativos es dejar claro que estas son causadas por algo (lo que denominan etiología), las explicaciones pueden ser diversas pero en general mantienen que la causa es externa (Bernalle, Miret y Rico, 2007).

2.8 Técnica de recolección de datos

1) Entrevista a profundidad

La entrevista es uno de los medios para acceder al conocimiento, las creencias, los rituales, la vida de esa sociedad o cultura, obteniendo datos en el propio lenguaje de los sujetos.

En la entrevista a profundidad el entrevistador desea obtener información sobre determinado problema y a partir de él establece una lista de temas, en relación con los que se focaliza la entrevista; lo que el entrevistador persigue con ella no es contrastar una idea, creencias o supuestos, de no acercarse a las ideas, creencias y supuestos mantenidos por otros (González – Arratia, Balcáraz, Gurrola, 2003)

Su preparación requiere cierta experiencia, habilidad y tacto para saber buscar aquello que desea ser conocido; focalizar progresivamente el interrogatorio hacia cuestiones más precisas.

2) Figura humana

El dibujo de la Figura Humana pertenece al conjunto de las denominadas técnicas proyectivas en las que la persona no tan sólo se limita a efectuar un simple dibujo sino que se espera que plasme de forma indirecta, la esencia de su propia personalidad.

Se puede hipotetizar, según los elementos y características del dibujo, acerca de las capacidades y competencias cognitivas e intelectuales.

Según Koppitz (1995) este test puede aplicarse de forma colectiva o a nivel individual, si bien, se reconoce la ventaja de efectuarlo individualmente ya que permite la observación directa durante la ejecución del dibujo y aportando información adicional.

3) Test de persona bajo la lluvia

Es una prueba proyectiva, ya que el sujeto se manifiesta en su acción: él debe hacer el trabajo; de este modo impregna el dibujo con su propio estilo, y forma de percibir su esquema corporal. La aplicación de este test permitirá evaluar las ansiedades,

temores o aspectos conductuales que se activan en una situación de presión ambiental; así mismo diagnosticar la modalidad defensiva predominante, adaptativa o patológica del individuo e inferir en la estructura psicopatológica del subyacente y su característica de organización-desorganización (Querol, y Chavez, 2004).

4) Cuestionario para evaluación del estado de salud en la infancia (CHAQ)

Cuestionario que permite conocer cómo afecta la enfermedad del paciente en su capacidad para la funcionalidad en la vida diaria y si este presenta ninguna, poca, mucha dificultad o es incapaz de realizar ciertas actividades y si en algún momento en el transcurso de la enfermedad necesita la ayuda de algún instrumento que le permitiera realizar con menor esfuerzo sus actividades: se evalúan el índice de actividad (BASDAI) el cual consta de 5 preguntas relacionadas con el dolor y cansancio que ha sentido el paciente la semana de la aplicación de la prueba y una que indica el tiempo en el cual el paciente experimenta rigidez por las mañanas, siguiendo con el índice de funcionalidad (BASFI) el cual consta de diez preguntas relacionadas con el nivel de habilidad que tuvo el paciente para realizar ciertas actividades así como el dolor que ha tenido el paciente a causa de la enfermedad.

El cuestionario de evaluación (CHAQ) fue proporcionado por el Doctor especializado en Reumatología Erick Contreras, en el 2013.

A continuación se presenta la tabla de evaluación que se siguió para la evaluación de cada paciente:

Índice de actividad (BASDAI)	Índice de funcionalidad (BASFI)
1-24 Mínima	1-49 Mínima
25 Media	50 Media
26-50 Máxima	51-100 Máxima

2.9 Participantes

En esta investigación se obtuvo la participación de 11 individuos (6) mujeres (5) hombres, que se clasificaron en dos grupos:

Grupo A: 7 adolescentes de ambos sexos con edades de entre los 16 y 13 años.

Grupo B: 4 niños de ambos sexos de entre 12 y 10 años.

Ninguno es residente de la ciudad de Morelia por lo que fue imposible concretar otras citas; los participantes fueron elegidos con base en la etapa de vida en la cual se presenta la enfermedad y seleccionados del Hospital Infantil de Morelia “Eva Sámano de López Mateos”, así como referidos por el Doctor Contreras de acuerdo a como fueron llegando al consultorio.

2.10 Escenario

Hospital infantil de Morelia “Eva Sámano de López Mateos”.

Dirección: Bosque Cuauhtémoc SN, centro 58000 Morelia, Michoacán.

Titular: Dr. Rafael Díaz Rodríguez.

Dr. Pedro Glas Galván Infante.

Misión: Contribuir a un desarrollo humano, justo, incluyente y sustentable, mediante la promoción de la salud como objeto social compartido y el acceso universal a servicios de salud integrales, de alta calidad que satisfagan las necesidades y responda a las expectativas de la población michoacana.

Visión: Un sistema de salud universal, solidario, plural, eficiente y de alta calidad, atendiendo las necesidades de la población michoacana, con una amplia participación ciudadana.

El Dr. Erick Contreras Reumatólogo participó en la investigación, a quien se le agradece su intervención y disposición.

2.11 Procedimiento

Se realizaron varias visitas al Hospital infantil de Morelia para llevar a cabo esta investigación, en donde participaron un total de 11 pacientes (7) adolescentes y (4) niños a quienes se les aplicó una batería de pruebas con la finalidad de obtener información que permitiera el análisis y observación. En donde se obtuvieron resultados bastante significativos que ayudaron a comprender desde la parte psicológica esta enfermedad, a los individuos y a las familias, para la obtención de conclusiones.

Capítulo 3. Resultados

3.1 Análisis por eje

Cabe destacar que la investigación tiene dos grupos, uno de niños (4) y otro de adolescentes (7), ya que la muestra fue otorgada por el Médico de acuerdo a los niños que asistieron a consulta.

El grupo A representa a los adolescentes y el grupo B a los niños. Los resultados son presentados por eje y en cada uno se involucran los resultados de cada prueba que ayudan a sustentarlos.

Eje 1. Artritis Reumatoide Juvenil						
Grupo A	Machover (rasgos encontrados)	CHAQ	Entrevista (rasgos encontrados)	Persona bajo la lluvia	Índice de actividad	Índice funcional
P 1 Edad: 16 años Género: hombre Grado: preparatoria Tiempo con la enfermedad: 4 años.	Organicidad. Ambiente restrictivo. Compensación. Regresión.	Valoración: 0 Se desenvuelve bien en la vida diaria. Valoración: 1 Con un poco de dolor.	Reacción negativa ante la enfermedad. Sentimientos de tristeza y angustia. Buena aceptación. Ningún miembro la padece.	Ansiedad. Mucha presión. Situación estresante, agobiante. No hay defensa que le ayude.	Valoración: 8 Poca inflamación en articulaciones.	Valoración: 0 Funcionalidad máxima
P 2 Edad: 16 años Género: mujer Grado: secundaria Tiempo con la enfermedad: 4 años.	Organicidad. Regresión. Torpeza física. Primitivo. Obligado a guardar cama. Físicamente imposibilitado.	Valoración: 2 Buen desenvolvimiento. Valoración: 10 Dolor muy intenso	Le permite regañar a sus hermanas. Le permite control hacia los demás. Pero indica no beneficios. Abuela materna padece la enfermedad.	Ansiedad. Inseguridad. Necesidad de crecer. No dirección intencional. Dolencias psicomaticas	Valoración: 51 Mucha cansancio y fatiga	Valoración: 80 Mínima actividad
P 3 Edad: 15 años Género: hombre Grado: secundaria Tiempo con la enfermedad: 4 años.	Regresión. Inmadurez emocional. Organicidad. Deficiencia.	Valoración: 3 buen desenvolvimiento. Valoración: 10 Sin dolor.	Buena aceptación. No impedimento No hay beneficios ni control La padece abuelo materno	Defensas pobres. Inmadurez emocional.	Valoración: 26 media fatiga, dolor e inflamación	Valoración: 10 funcionalidad máxima.

P 4 Edad: 15 años. Género: mujer Grado: preparatoria Tiempo con la enfermedad: 4 años.	Debilidad. Poca habilidad manual. Regresión.	Valoración: 0 muy buen desenvolvimiento. Valoración: 0 No presenta dolor.	Impedimento al inicio de la enfermedad Ningún miembro la padece. Si ayuda a controlar a los demás.	Falta de defensas. Inseguridad Temor Retraimiento	Valoración:10 Mínima de fatiga, Dolor e inflamación	Valoración:10 funcionalidad máxima
P 5 Edad: 16años. Género: mujer Grado: 3º secundaria Tiempo con la enfermedad: 2 años	Agresión Aislamiento Inmadurez emocional Inseguridad Mala adaptación	Valoración: 4 buen desenvolvimiento en su vida diaria. Valoración: 6 dolor significativo.	Buen proceso de aceptación. Omisión de sentimientos No hay beneficios ni control Padre ausente Nadie la padece	Angustia Agresión Defensas débiles Ambiente hostil Actitud intuitiva y contemplativa	Valoración: 22 Mínima de fatiga, dolor e inflamación.	Valoración: 35 Funcionalidad máxima.
P 6 Edad: 13 años Género: masculino Grado: 2º secundaria Tiempo con la enfermedad: 10 años.	Emociones reprimidas Torpeza Agresión Angustia Retraído Debilidad mental	Valoración: 0 muy buen desenvolvimiento en su vida diaria. Valoración: 10 dolor muy intenso.	Negación ante la enfermedad No hay beneficios ni control Sentimientos de tristeza y alegría (ambivalencia) Nadie la padece	Presión Amenaza Medio hostil Sobrecompensación Falta de defensas Reafirmación de la decisión.	Valoración :33 Mínima de fatiga, dolor e inflamación	Valoración: 90 disfuncionalidad
P 7 Edad: 15 años Género: mujer Grado: 1º preparatoria Tiempo con la enfermedad: 3 meses.	Bases psico afectivas débiles Dependencia Impulsividad Regresión Agresión reprimida Inseguridad	Valoración: 3 buen desenvolvimiento en su vida diaria. Valoración: 7 dolor considerable a lo largo de su enfermedad.	Buena aceptación de la enfermedad No hay beneficios ni control Sentimientos de tristeza y desesperación	Falta de defensas Medio hostil No hay amenaza Sufrimiento fetal o en los primeros años de vida Situación estresante	Valoración: 45 máxima de dolor y fatiga	Valoración: 47 buena funcionalidad
Grupo B						
P 1 Edad: 11 años Género: mujer Grado: primaria Tiempo con la enfermedad: 2 años.	Inmadurez Regresión. Tensión.	Valoración: 8 muy mal desenvolvimiento Valoración: 10 Dolor intenso.	No hay aceptación Nadie la padece Ningún beneficio	Debilidad Fatiga Defensas débiles Ansiedad	Valoración: 86 máxima de fatiga dolor e inflamación	Valoración: 50 funcionalidad media.

<p>P 2 Edad: 10 años. Género: mujer Grado: 4º de primaria Tiempo con la enfermedad: en agosto 3 años 7 meses.</p>	<p>Regresión Inseguridad Timidez</p>	<p>Valoración: 3 buen desenvolvimiento Valoración: 0 No presenta dolor</p>	<p>Mala aceptación Ningún miembro la padece Impedimentos correr u agarrar cosas pesadas No hay beneficios ni control</p>	<p>Enfermedad orgánica Falta de defensas Ansiedad</p>	<p>Valoración: 16 mínima De fatiga, dolor e inflamación</p>	<p>Valoración: 15 máxima funcionalidad</p>
<p>P 3 Edad: 12 años. Género: masculino Grado: 2º secundaria Tiempo con la enfermedad: 4 años.</p>	<p>Actitud reservada Emociones reprimidas Inmadurez Infantilismo Regresión Inseguridad Agresión</p>	<p>Valoración: 3 buen desenvolvimiento Valoración: 7 dolor intenso</p>	<p>Mala aceptación Padre ausente al inicio de la enfermedad No hay beneficios ni control Mayor apoyo afectivo por parte de la madre Tía paterna padece la enfermedad</p>	<p>Dependencia materna falta de defensas Bases psicoafectivas débiles Inseguridad</p>	<p>Valoración: 22 mínima de fatiga, dolor e inflamación</p>	<p>Valoración: 16 máxima funcionalidad</p>
<p>P 4 Edad: 11 años Género: masculino Grado: 1º secundaria tiempo con la enfermedad: 7 años</p>	<p>Regresión Agresión Impulsividad Dificultades para el aprendizaje Coordinación pobre</p>	<p>Valoración: 0 muy buen desenvolvimiento Valoración: 8 dolor intenso</p>	<p>Buena aceptación Reacción positiva ante la enfermedad No le impide llevar a cabo actividades No hay beneficios ni control Nadie las padece</p>	<p>Reservado Mucha presión No hay defensas Bases psicoafectivas débiles Medio hostil</p>	<p>Valoración: 21 mínima de fatiga, dolor e inflamación</p>	<p>Valoración: 27 máxima funcionalidad</p>

Análisis del eje 1. Artritis Reumatoide Juvenil

Todos los pacientes mostraron una regresión, al igual que algún tipo de deficiencia ya sea torpeza motora, torpeza física o un poco de habilidad manual, situaciones que corresponden de acuerdo con una enfermedad avanzada, y ya que solo dos personas refirieron sentir mucho dolor a diferencia de los demás participantes, esto indica que a las habilidades o capacidades de personas con Artritis se ven deterioradas aun incluso con la enfermedad no muy avanzada.

Dos de las participantes mencionan tener el control de las demás personas debido a su enfermedad, aseguran que tienen mayor protección y cuidado de sus familiares; así mismo pueden incluso regañar. Los pacientes restantes mencionan no obtener ninguna ganancia; sin embargo, todos sin ninguna excepción, mencionaron tener el apoyo de toda su familia, pero sobretodo es la madre quien está más al cuidado y protección del paciente por el contrario del padre, quien se encuentra ausente y en cinco de las personas se presenta un conflicto.

El índice de actividad (BASAI) se refiere a la actividad o activación de la enfermedad en las últimas semanas del paciente con referencia a cuánto dolor y rigidez han tenido en un lapso aproximado de cuatro horas o más; en donde sólo tres personas tuvieron una puntuación elevada con el 45%, 50% y 86% lo que indica que su enfermedad se encuentra activa; mientras que los otros pacientes presentaron entre el 8% y el 26% por lo que sus enfermedades se encuentran en remisión y solo un individuo con el 33% lo cual existe un grado de dolor considerable en el sujeto.

Por último se presenta el índice funcional (BASFI), proporciona los niveles de habilidad física que tuvieron los pacientes, en las cuales se presentan los siguientes resultados; solo tres personas indicaron tener 50%, 80% y 90% por lo tanto se traduce que éstas personas no pudieron llevar a cabo las actividades que desempeñarían cotidianamente; mientras que el resto de la población presentaron los porcentajes del 0% una funcionalidad máxima 16%, 35%, 27% y el 47% que se encuentra también entre los porcentajes óptimos para el desarrollo de actividades.

Eje 2. Sentimientos			
Grupo A	Machover	Entrevista	Persona bajo la lluvia
P 1 Edad: 16 años Género: hombre Grado: preparatoria Tiempo con la enfermedad: 4 años.	Arrogancia Infantilidad Grandiosidad Paranoia	Sentir feo Apoyo afectivo de familia Sentimientos de tristeza y angustia	Auto expresivo Situaciones de estresantes, agobiantes Ansiedad Negación de la carencia Necesidad de mostrarse y ser reconocido
P 2 Edad: 16 años Género: mujer Grado: secundaria Tiempo con la enfermedad: 4 años.	Poco contacto con la realidad Introversión Inseguridad Aislamiento Depresión Desilusión	Sentimiento de tristeza Mayor cuidado de mamá y hermanas Enojona Sentirse mal al no saber que enfermedad tendría	Introversión Ansiedad e inseguridad Simpatía afable Actitud receptiva
P 3 Edad: 15 años Género: hombre Grado: secundaria Tiempo con la enfermedad: 4 años.	Inmadurez emocional Infantilidad El mundo es percibido vagamente	Sin sentimientos respecto a la enfermedad Abuela materna lo apoyó afectivamente Preocupación por parte de la familia	Inmadurez emocional Defensas pobres
P 4 Edad: 15 años. Género: mujer Grado: preparatoria Tiempo con la enfermedad: 4 años.	Aislamiento Introversión Grandiosidad Inseguridad Aislamiento	Se sintió mal al conocer el diagnostico Siente feo por tenerla pero sus padres la apoyan	Timidez Inseguridad Alegre Eufórica Retraimiento
P 5 Edad: 16 años. Género: mujer Grado: 3º secundaria Tiempo con la enfermedad: 2 años	Inseguridad Inadecuación Aislamiento Egocentrismo Introversión	Omisión de sentimientos Respuestas concretas Apoyo por parte de la madre Apoyo verbal y económico	Temor a la autoridad Angustia Defensas débiles Terquedad Egoísmo
P 6 Edad: 13 años	Emociones reprimidas Agresión	Buena relación con ambos padres	Presión Amenaza

Género: masculino Grado: 2º secundaria Tiempo con la enfermedad: 10 años.	Introspección Narcisismo	Tristeza Alegría	Terquedad
P 7 Edad: 15 años Género: mujer Grado: 1º preparatoria Tiempo con la enfermedad: 3 meses.	Miedo Agresión reprimida Culpa Grandiosidad Inadecuación Inseguridad	Siente feo Tristeza Desesperación Buena relación con ambos padres	No hay presión Situación estresante Intuición
Grupo B			
P 1 Edad: 11 años Género: mujer Grado: primaria Tiempo con la enfermedad: 2 años.	Aislamiento Grandiosidad Oposición	No aceptación de la enfermedad Apoyo afectivo de todos los miembro de la familia Sentimiento de tristeza	Timidez Introversión Temor al medio social
P 2 Edad: 10 años. Género: mujer Grado: 4º de primaria Tiempo con la enfermedad: en agosto 3 años 7 meses.	Aislamiento Regresión Inseguridad Dependencia Narcisismo	Mala aceptación de la enfermedad Sintió feo al ser diagnosticada Ambos padres apoyan afectivamente Sentimiento de tristeza	Timidez Eufórica Alegre Noble Tristeza
P 3 Edad: 12 años. Género: masculino Grado: 2º secundaria Tiempo con la enfermedad: 4 años.	Agresión Inseguridad Emociones reprimidas Egoísmo Egocentrismo Dependencia	Se siente mal por padecer la enfermedad Mala aceptación Se enoja con facilidad	Inmadurez emocional Egoísmo Retraído
P 4 Edad: 11 años Género: masculino Grado: 1º secundaria Tiempo con la enfermedad: 7 años	Regresión Grandiosidad Agresión Dependencia Impulsividad Fortaleza	Apoyo por parte de toda la familia Buena relación con ambos padres Tristeza Optimismo	Presión Amenaza Ansiedad Hostilidad

Análisis del eje 2. Sentimientos

Cinco de los pacientes presentaron aislamiento, así mismo sentimientos de inferioridad, a su vez presentan rasgos de infantilidad; posiblemente por el trato que han recibido con base en la enfermedad que padecen. Es importante mencionar que tres de ellos presentan timidez; sólo dos presentan introversión que es un rasgo que comparte similitudes con la timidez y en cambio el resto de los participantes niega esta carencia y la compensa.

Siete de los pacientes refieren haber tenido sentimientos de tristeza, feo o mal cuando supieron el diagnóstico así mismo seis pacientes mencionan haber tenido una mala aceptación de la enfermedad y sólo uno de ellos responde que no le generó ningún sentimiento.

Diez de los pacientes mencionan que han tenido preocupación y cuidados por parte de la familia e incluso padres y hermanos del paciente le han brindado apoyo y cuidado, solo una paciente refiere tener el cuidado de su madre y hermanas, aquí es importante señalar que si bien ambos padres están al cuidado del paciente, es la madre quien está aún más involucrada que cualquier otro miembro de la familia y se encarga principalmente de los cuidados y atenciones del paciente.

Eje 3. Vínculo

Grupo A	Machover	entrevista	Persona bajo la lluvia
P 1 Edad: 16 años Género: hombre Grado: preparatoria Tiempo con la enfermedad: 4 años.	Compensación Oposición Identificación con la figura masculina Dominio social compensatorio Signo de afeminamiento	Familia Considera a la enfermedad su enemiga ya que no le permite hacer actividades y el tiempo que pierde Mayor vínculo con la madre	Necesidad de mostrarse y ser reconocido Sobre compensación Sufrimiento fetal
P 2 Edad: 16 años Género: mujer Grado: preparatoria Tiempo con la enfermedad: 4 años.	Inseguridad Identificación con la figura femenina Preocupación por la sexualidad Bases psicoafectivas débiles	Apoyo de la familia pero sobretodo de la madre Se relaciona bien con ambos padres pero mejor con la madre Considera a la enfermedad su enemiga por los medicamentos y el dolor	Actitud receptiva
P 3 Edad: 15 años Género: hombre Grado: secundaria Tiempo con la enfermedad: 4 años.	Identificación con la figura masculina Bases psicoafectivas débiles Oralidad a nivel primitivo El mundo es percibido vagamente Falta de confianza en los contactos sociales o en la propia productividad	Recibe apoyo de ambos padres sin embargo la abuela materna lo apoyo de manera afectiva Considera la enfermedad su amiga porque no tiene dolor	Dependencia Deseo de mantenerse infantil
P 4 Edad: 15 años. Género: mujer Grado: preparatoria Tiempo con la enfermedad: 4 años.	Inseguridad Aislamiento Introversión Conflicto con la figura masculina Identificación pobre con la figura femenina Dependencia materna Falta de confianza en el contacto social	Apoyo familiar pero más de la madre Ambos padres la auxilian en el cuidado de la enfermedad Buena relación con ambos padres pero más con la madre Considera la enfermedad su amiga ya que le permite saber cómo es y es parte de ella.	Dependencia materna Mantiene relaciones pero con cautela
P 5 Edad: 16 años. Género: mujer Grado: 3º secundaria Tiempo con la enfermedad: 2	Falta de confianza en los contactos sociales Dependencia Inadecuación Identificación con la figura	Ausencia del padre Apoyo por parte de la madre No considera la enfermedad como amiga o enemiga	Dificultad en las relaciones interpersonales Temor al padre o autoridad

años	femenina		
P 6 Edad: 13 años Género: masculino Grado: 2º secundaria Tiempo con la enfermedad: 10 años.	Conflicto con la identificación de genero Afeminado Mantiene relación con el mundo con cautela Primitivo Falta de adaptación	Buena relación con ambos padres Considera la enfermedad como enemiga ya que se desespera y se pregunta así mismo el porqué de su enfermedad	Sobre compensación
P 7 Edad: 15 años Género: mujer Grado: 1º preparatoria Tiempo con la enfermedad: 3 meses.	Bases psicoafectivas débiles Dependencia Inadecuación Identificación con la figura femenina	Buena relación con ambos padres pero más con la madre Considera la enfermedad como su amiga debido a que la tendrá de por vida	Intuición
Grupo B			
P 1 Edad: 11 años Género: mujer Grado: primaria Tiempo con la enfermedad: 2 años.	Aislamiento Bases psicoafectivas débiles Preocupación sexual Problema con la figura paterna	La familia apoya afectivamente pero sobretodo la madre No le gusta tener la enfermedad ya que imposibilita Buena relación con ambos padres	Introversión Timidez Dificultad con persona de autoridad Se defiende del ambiente Temor a la parte social
P 2 Edad: 10 años. Género: mujer Grado: 4º de primaria Tiempo con la enfermedad: en agosto 3 años 7 meses.	Identificación con la figura femenina Bases psicoafectivas debiles Pérdida de autonomía Dependencia Preocupación sexual Conflicto con el padre Conflicto con la figura masculina	Ambos padres apoyaron de manera afectiva y ellos la auxilian en el cuidado de la enfermedad Recibe más apoyo por parte de la madre Buena relación con ambos pero mejor con la madre Considera a la enfermedad mala por imposibilitar en las actividades que quisiera llevar a cabo	Timidez Dependencia materna
P 3 Edad: 12 años. Género: masculino Grado: 2º secundaria Tiempo con la enfermedad: 4	Poco identificación con la figura masculina Dependencia materna Falta de confianza en el contacto social	Toda la familia apoya en el cuidado de la enfermedad Recibe mayor apoyo por parte de la madre Muy buena relación con la	Dependencia materna Rigidez Reservado

años.	Inseguridad	madre Al inicio de la enfermedad el padre estuvo ausente Considera la enfermedad como enemiga porque existe represión y amiga por el cariño que le brindan	
P 4 Edad: 11 años Género: masculino Grado: 1º secundaria Tiempo con la enfermedad: 7 años	Conflicto con la identificación de género Preocupación sexual Dependencia Sobre compensación Pujanza viril	Toda la familia apoya en el cuidado de la enfermedad Considera a la enfermedad como su amiga ya que le permitió conocer amigos y estos le ayudan Buena relación con ambos padres	Sufrimiento fetal Necesidad de seguridad Presión

Análisis del eje 3. Vínculo

De acuerdo al sexo determinado de cada paciente, todos tuvieron una identificación apropiada con la figura correspondiente; sin embargo, seis presentaron bases psicoafectivas débiles y de nuevo vuelven a presentarse la inseguridad pero esta vez acompañada de aislamiento y falta de confianza en el entorno social.

Se retoma el cuidado de la familia, lo que indica que existe un vínculo entre el paciente y la familia que lo acompaña, ya sea de la mejor o peor manera, el vínculo está presente, incluso como se puede mencionar en la terapia familiar, sea la persona quien haya enfermado para salvar a los miembros restantes o bien ganancias secundarias que puedan presentar todos por la enfermedad.

La mayoría de los pacientes, (siete para ser exactos), considera a la enfermedad que padecen como su “enemiga”, ya que los imposibilita, les genera dolor e inflamación y tienen que tomar medicamentos para el control de ésta. El resto de los pacientes la considera su “amiga” debido a que les permite saber cómo es la enfermedad y reconocerla como parte de ellos y porque ya no padecen de dolor o simplemente porque forma parte del resto de su vida.

Por último es importante mencionar que tres de los pacientes existe una dependencia materna y el resto se encuentra tímido e introvertido, por el contrario a otro paciente quien tiene la necesidad de mostrarse y ser reconocido.

Eje 4. Control y agresión

Grupo A	Machover	Entrevista	Persona bajo la lluvia
<p>P 1 Edad: 16 años Género: hombre Grado: preparatoria Tiempo con la enfermedad: 4 años.</p>	<p>Ambiente restrictivo Oposición Detalles obsesivos Dominio social compensatorio Arrogancia Agresión oral Grandiosidad</p>	<p>No impedimento por la enfermedad Refiere a la agresión como la falta de respeto hacia alguien ya sea física o verbal No considera que la enfermedad le ayude a tener control o sea una forma de agresión Refiere no ser agresivo Refiere a la familia poco agresiva</p>	<p>Necesidad de mostrarse y ser reconocido Índice de agresividad Manejador Negación de la carencia Presión y amenaza grandes Se desubica en el trato personal e invade espacios ajenos</p>
<p>P 2 Edad: 16 años Género: mujer Grado: preparatoria Tiempo con la enfermedad: 4 años.</p>	<p>Agresión Aislamiento Hostilidad Desorganizada Agresión en la figura masculina</p>	<p>Define la agresión como un maltrato No considera que la enfermedad sea una manera de manifestar agresión Sin embargo acepta que le ayuda a controlar a los demás Refiere ser enojona y la agresión en su casa es mal manejada (madre y padrastro pelean mucho)</p>	<p>Relación con el mundo con cautela Impulsividad Amenazas Se siente con posibilidades de defenderse aunque percibe al medio hostil</p>
<p>P 3 Edad: 15 años Género: hombre Grado: secundaria Tiempo con la enfermedad: 4 años.</p>	<p>El mundo es percibido vagamente Aislamiento Rigidez Impulsividad</p>	<p>Refiere a la agresión como el agredir a una persona No considera que la enfermedad sea una manera de manifestar la agresión ni de controlar a los demás Refiere no ser agresivo En casa refiere que es la madre quien grita y ellos responden</p>	<p>Carácter moderado Serenidad Adaptación Defensa contra el ambiente sin embargo estas defensas son pobres</p>
<p>P 4 Edad: 15 años. Género: mujer Grado: preparatoria Tiempo con la enfermedad: 4 años.</p>	<p>Hostilidad Mucha agresión reprimida</p>	<p>Refiere a la agresión como maltrato físico No considera que la enfermedad sea una manera de manifestar la agresión, sin embargo le permite control hacia los demás.</p>	<p>Calculador Poca hostilidad</p>

		Refiere enojarse fácilmente aunque el enojo dura poco En su casa hay poca agresión	
P 5 Edad: 16años. Género: mujer Grado: 3º secundaria Tiempo con la enfermedad: 2 años	Impulsividad Agresión reprimida Sobre compensación Necesidad de gratificación inmediata Índice de rebeldía	No considera la enfermedad como una manera de manifestar su agresión Refiere la agresión como insultos y apodosos Llega a desquitarse con su hermano menor y existen peleas "normales" en su casa sin llegar a golpes	Agresión Se defiende del ambiente Desconfianza de las personas Terquedad Negación de dar o recibir egoísmo
P 6 Edad: 13 años Género: masculino Grado: 2º secundaria Tiempo con la enfermedad: 10 años.	Autodominio Resolución de conflictos por medio de mecanismo compulsivos, obsesivos y narcisistas Terquedad Mal humor Control excesivo de impulsos	Refiere controlar bien su agresión No considera la enfermedad una forma de manifestar agresión	Reafirmación de la decisión Se defiende con su cuerpo Medio hostil Presión Amenaza
P 7 Edad: 15 años Género: mujer Grado: 1º preparatoria Tiempo con la enfermedad: 3 meses.	Hostilidad Grandiosidad Impulsividad Rigidez inseguridad	No sabe que responder que representa la agresión para ella Refiere no ser agresiva No tienen problemas de agresión en su casa	Actitud receptiva y contemplativa Medio hostil Falta de defensas No hay amenaza
Grupo B			
P 1 Edad: 11 años Género: mujer Grado: primaria Tiempo con la enfermedad: 2 años.	Ambiente restrictivo Impulsividad Agresión Oposición	No responde ninguna pregunta referente a la agresión	Dificultad con personas de autoridad Hostilidad Conflictos en la parte social
P 2 Edad: 10 años. Género: mujer Grado: 4º de primaria Tiempo con la enfermedad: en agosto 3 años 7 meses.	Agresión reprimida Arrogancia Desorden Rigidez Inadecuación Narcisismo	Refiere la agresión como niños que hacen travesuras No considera que la enfermedad sea una manera de manifestar agresión y no le ayuda a controla a los demás	Hostilidad dirigida al sujeto

		Suele tener conflictos con su hermana	
P 3 Edad: 12 años. Género: masculino Grado: 2º secundaria Tiempo con la enfermedad: 4 años.	Aborda situaciones desde lo intelectual Egoísmo Agresión Impulsividad Egocentrismo	Refiere enojarse con facilidad Existían fuertes peleas por parte de los padres No considera a la enfermedad como forma de manifestar su agresión Considera la agresión como la forma en la que se trataban sus papas "golpes y malas palabras"	Egoísmo Medio hostil Se expone y corre riesgos Control excesivo de los impulsos
P 4 Edad: 11 años Género: masculino Grado: 1º secundaria Tiempo con la enfermedad: 7 años	Regresión Conflicto con la identificación de género Ligera reacción ante la crítica Agresión Actitud firme Impulsividad Hostilidad Auto exigencia	Para resolver los problemas en casa tratan de platicar para que no discutan todos No considera a la enfermedad una manera de manifestar su agresión	Presión y amenaza considerable en el sujeto Se defiende con su cuerpo Se expone y corre riesgos

Análisis del eje 4. Control y Agresión

Parece interesante mencionar que todos los pacientes presentan agresión, sin embargo esta agresión es reprimida en algunos, debido a que no pueden expresarla muy posiblemente por las limitantes que pudieron haber presentado y en este momento por tener la enfermedad; los pacientes han desarrollado la manera de poder expresar sin que llegue a ser de manera física como golpes o peleas; sino más bien de un modo verbal; ya que todos los pacientes muestran los siguientes rasgos: narcisismo, grandiosidad, arrogancia, oposición, impulsividad, desorden, terquedad y hostilidad.

Si bien no todos presentan todos los rasgos en ese orden, si están presentes por lo menos más de dos y uno de gran peso se encuentra en cada uno de los individuos; lo que puede indicar que esta enfermedad ha servido para manifestar su agresión, de manera indirecta a la familia o al medio que lo rodea.

Todos los pacientes tienen distintas opiniones de lo que significa la agresión, sin embargo, todos están de acuerdo en que sirve para dañar o maltratar a una persona ya sea de manera física o verbal.

Una de las pacientes refiere ser “enojona” así mismo indica que la agresión no se maneja de forma correcta y que su madre y padrastro pelean mucho en su casa; por otro lado la madre de un paciente refiere que la agresión en su casa llegaba incluso al maltrato físico y en ocasiones infringieron contra su vida aunque ella menciona que no era de preocuparse que sólo ocurría cuando se encontraban muy alterados y que sólo llegaban a amenazas más nunca se concretó algún acto delictivo; sin embargo ambos niños pertenecientes a esa familia siempre presenciaron este tipo de actos por lo que en la actualidad cualquier discusión los altera en lo más mínimo, lo que es normal debido a la violencia que han presenciado. En las demás familias si bien existen conflictos, hay poca agresión ya sea entre hermanos o incluso entre madre e hijos ésta no sale de control.

Cinco de los pacientes consideran su ambiente como hostil, en cambio otros dos no sienten ninguna amenaza o presión en ellos, uno de los pacientes a diferencia de los anteriores, siente mucha presión y amenaza que en ocasiones no sabe cómo liderar con eso, llega a invadir el espacio personal de los demás y se desubica en el trato con ellas, por último se presenta una paciente calculadora y con hostilidad aunque menor que los primeros.

Eje 5. Ganancias secundarias

Grupo A	Machover	Entrevista	Persona bajo la lluvia
P 1 Edad: 16 años Género: hombre Grado: preparatoria Tiempo con la enfermedad: 4 años.	Grandiosidad Dependencia Compensación Infantilidad	Apoyo de toda la familia	Manejador Invasión de espacios ajenos Sobre compensación
P 2 Edad: 16 años Género: mujer Grado: preparatoria Tiempo con la enfermedad: 4 años.	Grandiosidad	El control de las demás personas Apoyo de la familia	No hay amenazas
P 3 Edad: 15 años Género: hombre Grado: secundaria Tiempo con la enfermedad: 4 años.	Infantilidad Regresivo Dependencia	Auxilio cuidado de padres e inclusive de la abuela materna	No hay presión No hay amenazas
P 4 Edad: 15 años. Género: mujer Grado: preparatoria Tiempo con la enfermedad: 4 años.	Infantilidad Dependencia materna Grandiosidad	El control de las personas El cariño de las personas y mejor trato de parte de la familia	No hay amenazas No hay presión
P 5 Edad: 16años. Género: mujer Grado: 3º secundaria Tiempo con la enfermedad: 2 años	Dependencia Necesidad de gratificación inmediata Egocentrismo Sobre compensación	Apoyo por parte de su madre	
P 6 Edad: 13 años Género: masculino Grado: 2º secundaria Tiempo con la enfermedad: 10 años.	Narcisismo	Apoyo y atención por parte de ambos padres	

P 7 Edad: 15 años Género: mujer Grado: 1º preparatoria Tiempo con la enfermedad: 3 meses.	Dependencia grandiosidad	Refiere recibir mayor atención Apoyo de padres y amigos	No hay amenaza
Grupo B			
P 1 Edad: 11 años Género: mujer Grado: primaria Tiempo con la enfermedad: 2 años.	Necesidad de gratificación inmediata Grandiosidad Oposición	La madre refiere que la px no es una persona que recurra a los chantajes	Pesimismo
P 2 Edad: 10 años. Género: mujer Grado: 4º de primaria Tiempo con la enfermedad: 3 años 7 meses.	Narcisismo Poco contacto con la realidad Fantasías	No hay ganancias	Dependencia materna
P 3 Edad: 12 años. Género: masculino Grado: 2º secundaria Tiempo con la enfermedad: 4 años.	Inmadurez Individuo regresivo Dependencia materna Egocentrismo	Cuidado por parte de la madre	Dependencia materna
P 4 Edad: 11 años Género: masculino Grado: 1º secundaria Tiempo con la enfermedad: 7 años	No hay ganancias	El que su familia lo atienda e inclusive que su hermano le preste para algunas medicinas	Necesidad de seguridad

Análisis del eje 5. Ganancias secundarias

Entre algunas de las ganancias secundarias que presentan los pacientes, es la dependencia que existe ya que, el proceso de la enfermedad si bien requiere de un cuidado y atención, pronto en muchas ocasiones llega a tener toda la atención de los miembros de la familia y sobre todo de la madre, lo cual también es una ganancia ya que ahora toda la familia se encuentra al cuidado y servicio de la persona enferma.

Este apoyo comúnmente es brindado por toda la familia y en algunas ocasiones como lo muestran los pacientes llega a permitir el control de éstos y también llegar a tener el cariño de la familia; recibiendo de esta manera un mejor trato; tal como lo menciona una paciente. Si bien pueda que no sean conscientes de ello; ya que sólo dos de los pacientes aceptaron abiertamente tener el control de las personas; los demás también mencionaron tener el cuidado de la familia, lo que significa que la atención en su casa es para ellos aún más que para otro miembro de la familia; sólo uno de los pacientes refirió tener más apoyo de su abuela materna; sin embargo, aseguró también tener el apoyo de los otros miembros de la familia.

Eje 6. Significado de la enfermedad	
Grupo A	Entrevista
P 1 Edad: 16 años Género: hombre Grado: preparatoria Tiempo con la enfermedad: 4 años.	Muy feo, un tipo de enfermedad que afecta a los huesos
P 2 Edad: 16 años Género: mujer Grado: preparatoria Tiempo con la enfermedad: 4 años.	Dios me la mandó para ver si podía superar esa enfermedad
P 3 Edad: 15 años Género: hombre Grado: secundaria Tiempo con la enfermedad: 4 años.	Enfermedad que destruye los huesos de uno
P 4 Edad: 15 años. Género: mujer Grado: preparatoria Tiempo con la enfermedad: 4 años.	Una enfermedad que no me gusta pero tengo que resignarme a tenerla
P 5 Edad: 16años. Género: mujer Grado: 3º secundaria Tiempo con la enfermedad: 2 años	No le representa nada
P 6 Edad: 13 años Género: masculino Grado: 2º secundaria Tiempo con la enfermedad: 10 años.	Te ayudan los miembros de la familia
P 7 Edad: 15 años Género: mujer	No sabe el significado de su enfermedad, pero tiene que aprender a vivir con ella.

Grado: 1º preparatoria Tiempo con la enfermedad: 3 meses.	
Grupo B	
P 1 Edad: 11 años Género: mujer Grado: primaria Tiempo con la enfermedad: 2 años.	Incomoda
P 2 Edad: 10 años. Género: mujer Grado: 4º de primaria Tiempo con la enfermedad: en agosto 3 años 7 meses.	El dolor que siento en los huesos
P 3 Edad: 12 años. Género: masculino Grado: 2º secundaria Tiempo con la enfermedad: 4 años.	Se siente mal por tenerla, se siente como alguien diferente
P 4 Edad: 11 años Género: masculino Grado: 1º secundaria Tiempo con la enfermedad: 7 años	Es una enfermedad no muy grave, otros tienen enfermedades más dolorosas

Análisis del eje 6. Significado de la enfermedad

Todos los participantes entienden que padecen una enfermedad, si bien, no conocen a detalle los aspectos que la comprenden, en muy pocas palabras expresan lo que para ellos significa; asociándola con dolor e incomodidad en los huesos. Así mismo una de los participantes le atribuye un significado religioso al mencionar que para ella es lo siguiente: “Dios me la mandó para ver si podía superar esa enfermedad”.

De acuerdo con la entrevista realizada y las pruebas aplicadas coinciden en que la enfermedad les ha incapacitado en algún momento de su vida, no obstante de igual manera los ha limitado en la realización de actividades que les gustaría desempeñar. Sólo dos participantes coinciden en que ya no han sufrido dolor o malestares por lo que para ellos la enfermedad ha desaparecido; sin embargo, el resto de los participantes ha tenido problemas y padece dolor crónico en algunas articulaciones y refieren que no es agradable padecerla.

3.2 Análisis general

Con base a la investigación de la enfermedad Artritis Reumatoide Juvenil y con la aplicación de distintas pruebas a once personas; cuatro niños y siete adolescentes se obtienen los siguientes resultados: siete personas refieren que ningún familiar padece la enfermedad, sólo tres de ellos sí que serían el abuelo paterno, abuela materna y una tía paterna posiblemente la madre también.

Los once individuos llegan a regresionarse, probablemente por el cuidado de más que se les ha brindado ya que no les permite poder tener un mejor desenvolvimiento a la hora de enfrentar problemáticas de la vida cotidiana, suelen tener mucha ayuda de sus familiares, por lo que terminan invalidándose ellos mismos.

Cinco de los participantes refirieron haber tenido una buena aceptación de la enfermedad, por el contrario, las demás tuvieron una mala aceptación e incluso tres de ellos mencionan no haberla aceptado aún.

Todos los pacientes mostraron una timidez y/o deficiencia en el momento de la entrevista y aplicación de la pruebas; así mismo siete de ellos poseen bases psicoafectivas débiles y cinco un conflicto significativo con la figura paterna; información que se corrobora cuando todos mencionan tener más apoyo por parte de la madre y sólo uno por parte de su abuela materna; dejando claro que los padres están menos involucrados en la enfermedad de los afectados.

Nueve de los individuos presentan una dependencia posiblemente por como se les ha manejado las condiciones de la enfermedad ya que, dos de las participantes aceptan tener un control sobre las demás personas como beneficio al padecimiento de la enfermedad. Sin embargo se enfatiza que por las características de la enfermedad el paciente se encuentra en un estado de cierta dependencia.

Del grupo B referido a los niños que se tienen en la investigación es importante señalar un notorio grado de narcisismo y arrogancia, así como una necesidad de gratificación inmediata y llegan a presentar oposición en algunas de las indicaciones. Al contrario del grupo B de adolescentes a quienes se les nota una ansiedad muy marcada y al mismo tiempo una necesidad de reconocimiento y terquedad, sólo uno de los adolescentes presenta la misma oposición al igual que los niños.

Ocho de los pacientes presentan agresión y tres de ellos específicamente una agresión reprimida, lo que significa que posiblemente no tengan la libertad de expresar este enojo debido a la inseguridad, introversión y timidez que ellos mismos presentan.

Todos expresan diferentes significados de acuerdo a la forma en la que consideran la enfermedad; sin embargo, todos poseen la información de que ésta es una condición que afecta los huesos e imposibilita las actividades de la vida cotidiana del sujeto.

Ocho de los sujetos mencionan no sentir mucho dolor en las articulaciones, sólo en algunas y un dolor considerable; sólo dos personas refirieron sentir mucho dolor y este se prolonga incluso todo el día, una ha necesitado la ayuda de un bastón, y otra de silla de ruedas por lo que ha sido internado en cinco ocasiones a causa de la enfermedad. A diferencia de los demás quienes sólo se han apoyado de sus familiares; sin embargo, todos estuvieron de acuerdo en que una vez que la enfermedad se activa, ésta los llega a imposibilitar por lo que la ayuda de sus familiares para cualquier actividad cotidiana que quisieran llevar a cabo es indispensable: como es bañarse, comer, levantarse de la cama, etc. a excepción de una persona la cual refiere no haber necesitado ayuda externa.

Los individuos que se encuentran en el periodo de adolescencia han asumido que el medicamento forma parte de su vida, situación que no se presenta en los niños debido a su corta edad y su dependencia hacia los papás.

Se observa que la dependencia es materna ya que los padres se encuentran o estuvieron ausentes en algún momento de la enfermedad.

Capítulo 4. Conclusiones

Se observa en la mayoría de los participantes una sobreprotección familiar, sobre todo al grupo de niños quienes no tienen autorización de jugar si las madres consideran que puede ser peligroso para ellos. Todos los individuos refieren tener mucho apoyo por parte de sus familiares e inclusive una de las participantes adolescente admite abiertamente manipularlos para que hagan lo que ella quiere, otra de ellas también del grupo de adolescentes menciona que recibe más atención, el resto no lo admite pero se puede observar un gran cuidado y los mismos individuos lo mencionan. Por lo que se comprueba que a los pacientes de esta investigación la enfermedad les ha servido como una medida de control hacia la familia y principalmente a los padres.

La enfermedad representa una imposibilidad de movimiento, esto genera que sean sobreprotegidos como se menciona anteriormente ya que una vez que se presenta una crisis, se les ayuda a realizar todas las actividades: higiene personal, vestirse, comer, etc. una vez que la crisis ha pasado las atenciones y cuidados siguen enfocadas al individuo enfermo.

Las edades de los sujetos no permiten que haya introspección o autoconocimiento, de igual manera sus procesos cognitivos se encuentran bastante bajos, por lo que fue muy difícil realizar la batería de pruebas que se tenía prevista, al grado de tener que modificar las pruebas para que los pacientes pudieran responderlas, quitando así pruebas con preguntas de opción múltiple por tests grafo proyectivos que arrojaron datos de suma importancia para esta investigación.

Los que se encuentran en el periodo de adolescencia han asumido que el medicamento y la enfermedad forman parte de su vida, a excepción de uno de los adolescentes quien refiere “estar contento porque algún día se le quitará”. Por el contrario situación que no se presenta en los niños debido a su corta edad y dependencia hacia los papás, se observa que esta dependencia es mayor hacia la madre ya que en todos los individuos los padres están o estuvieron ausentes; siguiendo con esta situación, se observó que hay un rechazo a los padres, esto fue marcado aún más por una de las pacientes, a través de la negación de su apellido paterno y el resto coincide en una ausencia del padre.

Si bien existe un vínculo más fuerte con la madre, éste no parece poder generar que el hijo se enferme como una expresión omnipotente.

De igual manera sólo uno de los pacientes refiere ser “enojona” por el contrario al resto quienes mencionan no tener problemas con el enojo o la agresión, lo mismo

sucede en sus casas ya que dicen que ésta se maneja bien y no existen problemas fuertes, a excepción del caso de uno de los pacientes quien indica que las peleas entre sus padres llegaban al maltrato físico y psicológico; todos conocen lo que es enojo y la agresión así como demostrarlo, por el contrario a lo referido no hay seguridad de que están conscientes de la agresividad que se maneja en sus casas ya que las relaciones de los padres de al menos dos de los individuos se pelean, una de ellas mencionando: “mi mamá y mi padrastro se pelean mucho” y otra de las participantes al no aceptar el apellido del padre por el abandono y falta de cuidado hacia ella modificándolo por el de su padrastro con quien lleva una buena relación.

Se considera que los pacientes conocen sus sentimientos de manera clara; sin embargo, éstos llegan a ser inexpresados posiblemente debido a que al parecer no contactan con ellos, ni con su entorno.

Como ya se mencionó anteriormente, el control y el cuidado son algunas de las ganancias secundarias que obtienen estos pacientes, ya que también se tiene toda la atención de la familia, esto se observó claramente al conocer a los participantes de esta investigación puesto que todos viven lejos de Morelia y de bajos recursos por lo que viajar a otro lugar para el cuidado y atención se necesita de gran disposición por parte de las familias que están dispuestas a hacerlo por el bien de los pacientes. Al mismo tiempo se tiene una sobreprotección ya que están limitados a realizar solo aquellas actividades que no impliquen algún desgaste que ellos consideren peligroso para poder llevar a cabo, de esta manera el paciente se siente querido ya que se toman todas estas atenciones como muestras de cariño hacia su persona.

Tienen el control de los miembros de la familia y sobre todo de la madre quien es la persona que cuida aún más al paciente, obteniendo toda su atención a diferencia de los demás miembros de la familia.

En la mayoría de las familias, no existe algún miembro que haya padecido la enfermedad anteriormente por lo que no se explican el padecimiento que actualmente presentan los menores, el comportamiento familiar es de sumo cuidado y atención hacia el enfermo y al mismo tiempo contribuyen para que éste se sienta mejor y su estado de salud mejore.

Se desconoce con exactitud el tipo de vínculo establecido en los primeros años de vida entre los jóvenes y los padres, está claro que en uno de los pacientes existe un gran rechazo hacia el padre, por lo que se define que el vínculo no se estableció; sin embargo con base en la información obtenida por parte de los demás no parece haber

un vínculo correctamente establecido con los padres quienes se encuentran ausentes y son las madres o algún otro miembro de la familia quienes los han apoyado de manera más significativa.

Objetivos

Con respecto a los objetivos se reconoció a la enfermedad como la forma de agresión que los jóvenes padecen, ya que desde su etiología la ARJ limita e imposibilita a la persona a realizar actividades desde las más sencillas esto como respuesta a la agresión y sentimientos reprimidos.

Se logró identificar la forma de inexpressión de los sentimientos en los pacientes debido a que la mayoría tiende al aislamiento, introversión y timidez lo que lleva a percibir al medio como hostil evitando así que hagan un mayor contacto consigo mismos y con los demás; sin embargo también se logró ubicar cierta grandiosidad en algunos pacientes lo cual también puede explicar esta inexpressión de sentimientos como reacción a sentirse especiales.

No se logró aclarar con exactitud el vínculo que se generó en los primeros años de vida, ya que todos los pacientes tenían ciertas variaciones; por otro lado se puede concluir que hubo un mayor vínculo con la madre a quienes todos los pacientes refieren como el familiar que ha brindado más apoyo, por el contrario a los padres quienes en la mayoría de los pacientes se encuentran ausentes o por lo menos más alejados del padecimiento del menor.

Los pacientes no aceptaron de manera consciente que la enfermedad sea un medio para tener beneficios; a excepción de dos pacientes quienes abiertamente mencionaron que controlan y tiene mayor atención. Cabe señalar que todos informaron que reciben una atención especial por tener este padecimiento y que los miembros de la familia se han preocupado para que la salud del individuo mejore, un ejemplo muy claro es el de trasladarse a la ciudad de Morelia por mejores cuidados esto implica tiempo y dinero por parte de las familias quienes en la mayoría son de escasos recursos, pertenecientes a comunidades lejanas de la ciudad; por lo que se concluye que los pacientes con (ARJ) sí tienen ganancias secundarias que los otros miembros que conforman la familia que van desde el cuidado y atención excesivas hasta el control de los miembros de la familia.

Está claro que la enfermedad ayuda a los pacientes a tener control sobre los padres; ya que han fungido como desvío de atención de los problemas familiares a lo que es ahora la enfermedad del hijo, lo que genera preocupación en los padres y un posible

acercamiento entre ellos para ayudar al hijo, lo cual también puede interpretarse como una forma de agresión de los hijos hacia los padres quienes en la mayoría de los casos no hay familiares a los cuales se les pueda atribuir el padecimiento y solo quedan ellos como responsables de la enfermedad.

El impacto en la enfermedad que desencadena en la familia parece ser positivo, ya que, como se mencionó anteriormente, la enfermedad sirve como distractor de los problemas y tensiones de los padres quienes se unen para sobrellevar el padecimiento del hijo.

Respecto al planteamiento del problema

De acuerdo a los resultados obtenidos de esta investigación se pudieron identificar ciertos factores que si bien solos no desencadenan la enfermedad en conjunto podrían favorecer la aparición de la enfermedad ya que en la mayoría de los casos no hay un factor hereditario que lo haya provocado.

Un factor determinante que estuvo presente en todos los pacientes fue la agresión y sus derivados; agresión por parte de los pacientes y agresión vivida en la familia por parte de los padres quienes en su mayoría tenían problemas que llegaban al maltrato físico y verbal; lo que genera un descuido en los hijos quienes se ven mayormente afectados por las relaciones de sus padres. Así mismo pueden generarse también situaciones de miedo y percepción hostil del entorno que la mayoría de los pacientes encuentra presente.

En otro aspecto, existe un abandono parcial o total de la figura paterna cuya función es brindar cuidado y protección, que en ciertos pacientes no existió y que en algunos en la actualidad no está presente ya que sufrieron el abandono desde muy temprana edad.

Lo que me permite dar respuesta a la pregunta, ¿Qué factores psicológicos favorecen al desarrollo de la ARJ?

En cuanto a los supuestos teóricos

Las personas se ayudan de los medios que tengan a su alcance para mejorar su ambiente, tal es el caso de las personas que inconscientemente optan por enfermarse como única salida para lo que están enfrentando ya que perciben al entorno hostil y/o amenazante; este entorno puede generar **sentimientos** negativos en la persona que posiblemente vayan quedando en el individuo **reprimidos**; tales **sentimientos al no ser expresados como en el caso de estos pacientes tienden a enfermar a la**

persona como resultado de no poder expresar abiertamente tales sentimientos como se menciona y en el caso de estos pacientes pueden ser negativos debido a lo que el individuo esté enfrentando. En el caso de estos niños es muy difícil pensar que una presión a su edad provoque una enfermedad; sin embargo en algunos se encontró sufrimiento fetal o en los primeros años del desarrollo; en donde la mayoría de las familias tuvo problemas significativos.

El control hacia los padres se ejerce con el poder que tiene el paciente al estar enfermo la atención pasa hacia ellos, por lo que los conflictos entre los padres se hacen a un lado para mantener el cuidado del hijo quien estos momentos necesita de mayor atención; al mismo tiempo los otros miembros de la familia participan en el cuidado ya sea de manera afectiva o de manera económica, esto hace que la familia se una para un bien común que es cuidado y protección del paciente quien al mismo tiempo disfruta de estos cuidados percibiéndolos como muestras de afecto.

Capítulo 5. Discusiones

Marina (1996) citado por Muñoz (2009), señala que los sentimientos son el balance consciente de nuestra situación. Un balance continuado que se realiza a varios niveles de profundidad. En la investigación realizada se observa que los pacientes entrevistados al parecer no contactan con tales sentimientos de la manera en la que menciona la autora, ya que no se realizó una profundidad de parte de los pacientes en el momento de realizar las pruebas.

El mecanismo que desencadena la somatización es un conflicto psíquico o una situación de estrés que producen una determinada energía “psíquica” que genera un potencial según citan Iñaki P y Zavala, (2001) citado por Di Silvestre (2006). Sin embargo en esta investigación se encontró que sólo algunos de los individuos enfermos de (ARJ) tenían situaciones de estrés en su vida.

El potencial incapacitante de la (ARJ) hace necesario que para su adecuada atención que no solo se requiera gran cantidad de cuidados sanitarios, sino que también se precisen otro tipo de intervenciones, para la mejora de la calidad de vida del paciente y favorecer su integración social (Alvarez, 2003) citado por (Sociedad Española de Reumatología, 2007) Ante esto se encontró que en los pacientes entrevistados para esta investigación, sólo uno requirió de cuidados excesivos, mientras que los cinco restantes mencionaron nunca haber necesitado de factores externos y dos de ellos han llegado a pensar que ni siquiera la padecen debido a que no han sufrido dolor e inflamación desde hace años desde su diagnóstico, por el contrario a lo que se describe en esta cita; todos refieren no tener problemas en el área social y uno de ellos se encuentra recientemente casado lo que nos indica que la enfermedad no fue un impedimento.

La consecuencia final de la adolescencia sería un conocimiento del sí mismo como entidad biológica en el mundo, el todo biopsicosocial de cada ser en ese momento de la vida (Aberastury, 1958). Con base en las pruebas aplicadas se observó que algunos de los pacientes no se identifican a sí mismos en un espacio determinado por el contrario su imagen personal se encuentra visiblemente pobre por lo que no pudieron plasmarla con exactitud en las pruebas.

Para Freud A. (1969), la intelectualización y el ascetismo son considerados como manifestaciones defensivas típicas del adolescente. Muestra que la función del ascetismo es mantener al ello dentro de ciertos límites por medio de prohibiciones. Por el contrario a lo que se menciona, en la actualidad no existe la negación o

incumplimiento hacia los niños y adolescentes de ningún deseo, situación que fue inferida en los resultados de la pruebas aplicadas en donde los pacientes no son privados de ninguna necesidad por el contrario poseen mayores atenciones de igual manera no existen en cinco de los pacientes presiones que generen frustraciones o ansiedad, sólo uno arrojó lo contrario a los demás participantes.

Las pulsiones de muerte se dirigen primeramente hacia el interior y tienden a la autodestrucción; secundariamente se dirigirán hacia el exterior, manifestándose en forma de pulsión (La Planche y Pontalis, 2008). Lo que concuerda con la etiología de la enfermedad y con los resultados obtenidos en esta investigación, ya que explica la forma en la que se presenta.

Limitantes y Sugerencias

Algunas de las limitantes que se tuvieron a lo largo de esta investigación fue el nivel socio cultural de los participantes; ya que no se pudo realizar la batería de pruebas que en un inicio se había asignado. Los participantes provenían de pueblos lejos de la ciudad de Morelia, por esta misma razón no se pudo agendar más de una cita para la entrevista y aplicación de pruebas. Ya que el espacio de trabajo fue brindado por el Doctor en su propio consultorio, en donde en ocasiones no se contaba con una total privacidad para la aplicación de las pruebas; ya que estas eran después de las citas y revisiones de cada uno de los pacientes, y al finalizar cada una de ellas; era el momento cuando el consultorio se prestaba para fines de esta investigación.

Otra imitante que se presentó en la investigación fue la muestra otorgada por el Doctor de acuerdo a los niños que asistían a consulta en el Hospital Infantil de Morelia "Eva Sámano de López Mateos". En donde cabe destacar que la muestra tiene dos grupos de investigación, uno de niños (4) y otro de adolescentes (7), debido a la falta de recursos en los cuales estos individuos se han desarrollado y pese a la edad que poseen, sus procesos cognitivos se ven afectados, lo cual no permite que haya introspección o autoconocimiento. Por estas razones, se refiere que hay un deterioro en el coeficiente intelectual, debido a esta condición se tuvo que cambiar los instrumentos de medición que habían sido propuestos en primera instancia para la elaboración de este proyecto por aquellos que brindaran información confiable pero que al mismo tiempo fueran sencillos para los pacientes.

Se descubrió que las niñas para poderse expresar lo hacían a través de la madre, ya que todas estuvieron presentes en el momento de la entrevista y aplicación de pruebas, cabe destacar que la mayoría de los pacientes tienen familia muégano.

Se propone se abra una línea de investigación en pacientes con (ARJ) pero que vivan en ciudad para conocer si los procesos cognitivos se ven de igual manera afectados a causa de la enfermedad.

Así mismo se sugiere realizar una investigación en pacientes mayores que hayan pasado el diagnóstico de Artritis Reumatoide Juvenil (ARJ) o a pacientes diagnosticados con esta enfermedad aunque no hayan tenido el diagnóstico de (ARJ) con la finalidad de averiguar cómo se encuentran en los procesos de aceptación y si es el mismo impacto en todas las áreas del individuo así mismo, el significado que tiene para ellos y si ha afectado o no en sus vidas.

Es importante mencionar que aquellos pacientes que se localizaron fuera del hospital mencionado anteriormente ninguno quiso participar.

Referencias bibliográficas

Aberastury, A., Knobel, M. (1988). La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico. México: Paidós.

Aberastury, A. (1958). "la definición, la marcha, y el lenguaje en relación con la oposición depresiva". Buenos Aires: Revista de Psicoanálisis.

Amso, D., Casey, B. (2006). beyond what develops when: neuroimaging may inform how cognitive changes with development. Más allá del desarrollo cuando: la neuroimagen podrá informar los cambios cognitivos con el desarrollo: Dirección de ciencia psicológica.

Andrews, F., Withney, S. (1976) Indicadores sociales de bienestar: la percepción americana de la calidad de vida: Nueva York: Plenum press.

Arana, A. (2012). Expresar vs reprimir las emociones. Psicología online.

Ayllón, J. (2001). Entorno al hombre. Introducción a la filosofía. Madrid: Ediciones RIALP.

Bernalle, A., Miret, M.T., Rico, S. (2007) Introducción a la antropología de la salud, la enfermedad y los sistemas de cuidados: Libros en red.

Bjorklund, D. (1997). The role of immaturity in human development. El papel de la inmadurez en el desarrollo humano: Boletín de psicología.

Bloss, P. (1956). Psicoanálisis de la adolescencia. México: Joaquín Mortiz.

Buhler, Ch. (1950). La vida psíquica del adolescente. Buenos Aires: Espasa Calpe Argentina.

Caparrós, N. (1985) Anthropos "Revista de documentación científica". México: Editorial del hombre.

Colbert, D. (2003) Emociones que matan. Nashville Tennessee: Grupo Nelson.

Damasio, A. (2001). La sensación de lo que ocurre: cuerpo y emoción en la construcción de la conciencia. Debate.

Dedutch, H. (1944), "Psychology of Women. England: Grune & Stratton.

Dethlefsen, T., Dahlke, R. (1983), La enfermedad como camino. Munich: LOS AUTORES.

- Di Silvestre, C. (2006) Somatización y percepción subjetiva de la enfermedad. Chile: red cinta de moebio, universidad de Chile.
- Dicaprio, H.S. (1989), Teorías de la personalidad, México: McGrawhill.
- Erickson, E. H. (1956), "The Problem of the Ego Identity", Journal of the American Psychoanalytic Association.
- Fenichel, O. (1945, a), "Neurotic Acting Out".New York: Psychoanalitic review.
- Fenichel, O. (1945, B), The Psychoanalytic of Neurosis, W.W. Norton, Nueva York.
- Fergus, R., Melamed, L. (2003). Percepción: estudio del desarrollo cognoscitivo. México: Trillas.
- Freud, S. (1910). Contributions to the psicology of love, colected papers. Vol .IV.
- Freud, A. (1936), The Ego and the Mecanismos of Defence, international Universities Press, Nueva York: Psychoanalitic review.
- Freud, A. (1969). El yo y los mecanismos de defensa. Buenos Aires: Paidós
- Freud, S. (1931), "Female sexuality", Collected Papers.
- Freud, S. (1914), "On Narcissism: An introduction". Standard Edition
- Gauvain, M. (1993). The development of spatial thinking in every activity. El desarrollo del pensamiento espacial en todas las actividades: revision del desarrollo.
- Gessel, A., Ilg, F. L. Y Ames, L. B. (1956), Youth, Harper and Brothers, Nueva York.
- Gómez, A., Briseño, J. (2008), Introducción a la computación. México: Coordinadores editores.
- González-Arratia, Balcaraz, Gurrolla. (2003). Antología investigación cualitativa. México: UAEM.
- Grinberg, L. (1961). El individuo frente a su identidad. Buenos Aires: Revista de psicoanálisis.
- Hay. (1998). Tu puedes sanar tu cuerpo. México: Diana
- Health, A. (1997). The proposal in qualitative research. Qualitative report. Vol 3. No 1.
- Janowsky, J., Carper, R. (1996). Is the neural basis for cognitive transitions in school age children. Es la base neural para transiciones cognitivas en los niños en edad escolar. Chicago: Universidad de Chicago.

- Kellner, R. (1990) Somatización. Teorías e investigaciones. En *J nervous mental dis.*
- Kirmayer, L. (1985) Somatización y la construcción social de la experiencia de la enfermedad. Nueva York: Plenum Press.
- Klein, M. (1964). El psicoanálisis de los niños. Buenos Aires: Hormé.
- Knobel, M. (1962). Psicología de la adolescencia. Revista de la universidad de la Plata.
- Koppitz, E. M. (1995). El dibujo de la figura humana en los niños. Ed. Guadalupe.
- La Planche, J., Pontalis, J.B. (2008) Diccionario de Psicoanálisis. México: Paidós.
- Lenroot, R., Gredd, J. (2006). Brain development in children and adolescent: neuroscience and biobehavioral. El desarrollo del cerebro en los niños y adolescentes: Revisión de la neurociencia y bioconductual
- León, G., Montero, I. (2003). Métodos de investigación en psicología y educación. España: Mc Graw Hill.
- Lipowski, Z. (1988) Somatización. El concepto y su aplicación clínica. En *J psychiat.*
- Mackinnon, R., Michels, R. (1988) Psiquiatría clínica aplicada. México: Nueva edición Interamericana.
- Mayo clinic health information, Rochester, Minn. (2009), "Hablemos claro sobre la artritis". México: Inter sistemas
- Mechanic, D. (1960) Comportamiento de la enfermedad y el diagnóstico médico. En *J health human behavior.*
- Mechanic, D. (1978) Sociología Medica. Nueva York: A división of macmilan publishing CO. Inc.
- Monroy, A. (2002). Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud. México: ed. Pax México.
- Moreno, B., Ximenez, C. (1996) evaluación de la calidad de vida. Manual de la evaluación de Psicología clínica y de la social. España: siglo 21 editores.
- Moser, G. (1992). La agresión. México: Cruz O.
- Muñoz, M. (2009), "Emociones, sentimientos y necesidades", México.
- Navarro, R. (1999), "Las emociones en el cuerpo". México: Pax México.

- Oblitas, L.A. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México, D.F: Thompson.
- Ogden, C., Carrol, M., Flegal, K. (2008). high body mass index for age among US children and adolescent. alto índice de masa corporal para la edad entre los niños y los adolescentes de Estados Unidos: asociación médica americana.
- Papalia, E., Wendkos, S., Duskin, R. (2010). *Desarrollo humano*. México: Mc Graw Hill.
- Parsons, D (1951) *El sistema social*. Illinois: the free press.
- Patrick, D., Erickson, P. (1993) *Estado de salud y política de salud: calidad de vida en la asignación de evaluación de la atención de salud y recursos*. Nueva York: Universidad de Oxford.
- Querol, S., Chavez, M. (2004). *Test de la Persona bajo la lluvia. Adaptación y aplicación*. LUGAR EDITORIAL.
- Rey, A. (2006). *Calidad de vida*. México: Ed. Reza.
- Rodríguez. (2013). *Artritis reumatoide afecta a 2.2 millones de personas*. México: El economista.
- Shapiro, D. (2011) *Cuéntame tus males y te diré como sanarlos*. Robin book.
- Sociedad Española de Reumatología. (2007). "Reumatología pediátrica". España: Media panamericana España.
- Toga, A., Thompson, D., Showell, E. (2006). *mapping brain maturation. Mapeo de la maduración cerebral: Tendencias y neurociencia*.
- Winnicott, D. W. (1953), "Transitional Objects and Transitional Phenomena", *International Journal of Psychoanalysis*.

Anexos

Anexo 1

CUESTIONARIO PARA EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD EN LA INFANCIA (CHAQ)

Estamos interesados en saber cómo afecta la enfermedad del niño su capacidad para la función en la vida diaria. De las siguientes preguntas, escoja la respuesta que describa mejor las actividades de su niño, DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA. Si por su edad, el niño no realiza ciertas actividades, "marque no aplicable". Por favor añada todos los comentarios que desee al final.

	Sin ninguna dificultad	Con poca dificultad	Con mucha dificultad	Incapaz de realizar	No aplicable	
VESTIRSE Y ASEARSE:						
<i>Es su niño capaz de...?</i>						
Vestirse incluso amarrar agujetas y abrochar botones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lavarse el pelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Quitarse los calcetines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cortarse las uñas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
LEVANTARSE:						
<i>Es su niño capaz de...?</i>						
Levantarse de una silla baja o del piso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Acostarse o levantarse de una cama o cuna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
COMER:						
<i>Es su niño capaz de...?</i>						
Cortar un trozo de carne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Llevarse una taza o vaso a la boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abrir una caja de cereal nueva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CAMINAR:						
<i>Es su niño capaz de...?</i>						
Caminar en una superficie plana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Subir cinco escalones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HIGIENE PERSONAL:						
<i>Es su niño capaz de...?</i>						
Bañarse y secarse todo el cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tomar un baño de tina o regadera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sentarse y levantarse del excusado o bacínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lavarse los dientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Peinarse y cepillarse el cabello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DESTREZA:						
<i>Es su niño capaz de...?</i>						
Alcanzar y levantar un objeto pesado, como la mochila sobre su cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Agacharse para tomar una prenda del piso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ponerse un suéter cerrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mover el cuello sobre el hombro para ver hacia atrás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PRENSION:						
<i>Es su niño capaz de...?</i>						
Escribir o garabatear con una pluma o un lápiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abrir puertas de automóvil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Destapar frascos que han sido previamente abiertos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abrir o cerrar las llaves del agua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	Sin ninguna dificultad	Con poca dificultad	Con mucha dificultad	Incapaz de realizar	No aplicable
ACTIVIDADES:					
<i>Es su niño capaz de...?</i>					
Hacer mandados y compras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subir y bajar de un camión o microbús	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manejar una bicicleta o triciclo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hacer quehaceres del hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Correr y jugar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor, marque cualquier ayuda o recurso que generalmente use su hijo para cualquiera de las siguientes actividades:

- | | | | |
|---|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| a) bastón | <input type="checkbox"/> | g) silla adaptada | <input type="checkbox"/> |
| b) andadera | <input type="checkbox"/> | h) levantarse del excusado | <input type="checkbox"/> |
| c) muletas | <input type="checkbox"/> | i) barra en la bañera | <input type="checkbox"/> |
| d) silla de ruedas | <input type="checkbox"/> | j) utensilios para alcanzar objetos | <input type="checkbox"/> |
| e) recursos para vestirse (ganchos para jalar cierres, calzador de zapatos) | <input type="checkbox"/> | k) utensilios en el baño | <input type="checkbox"/> |
| f) adaptadores de lápices o utensilios especiales | <input type="checkbox"/> | | |

Por favor, marque cualquier categoría para la cual su niño necesite en general ayuda de otras personas debido a su enfermedad:

- | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) vestido y arreglo personal | <input type="checkbox"/> | e) alcanzar objetos | <input type="checkbox"/> |
| b) levantarse | <input type="checkbox"/> | f) abrir y cerrar cosas | <input type="checkbox"/> |
| c) comer | <input type="checkbox"/> | g) mandados y quehaceres | <input type="checkbox"/> |
| d) higiene | <input type="checkbox"/> | | |

Valore cómo se desenvuelve en la vida diaria (marque con un X)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Muy bien									Muy mal		

¿Cuánto dolor piensa usted que su niño ha tenido a causa de la enfermedad durante la semana pasada? (marque con un X)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin Dolor								Dolor muy intenso		

INDICE DE ACTIVIDAD (BASDAI)

Por favor marque con una cruz en cada una de las escalas de abajo, para indicar las respuestas relacionadas a cómo se sintió usted la semana pasada

1. ¿Cómo describiría el grado de cansancio o fatiga que ha tenido?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

nada muy
muy intenso intenso

2. ¿Qué tanto dolor ha tenido por su enfermedad en el cuello, la espalda o la cadera?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

nada muy
intenso

3. ¿Qué tanto dolor o inflamación ha tenido en otras articulaciones, diferentes al cuello, la espalda o la cadera?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

nada muy
intenso

4. ¿Qué tanto malestar ha tenido en sitios que duelen al tocar o al presionar?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

nada muy
intenso

5. ¿Qué tanta rigidez ha tenido en la mañana desde el momento que se despierta?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

nada muy
intenso

6. ¿Cuánto le dura esa rigidez?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

0 horas 1 hora 2 horas o más

INDICE FUNCIONAL (BASFI)

Por favor ponga una cruz en el número que mejor represente el nivel de habilidad que tuvo usted en cada una de las siguientes actividades, durante la semana pasada

1. Ponerse las medias o los calcetines sin ayuda ni aparatos (ej. un gancho para los calcetines)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
fácil											imposible

2. Inclinarsse hacia delante, doblando la cintura, para recoger una pluma del piso, sin ayuda de un aparato

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
fácil											imposible

3. Alcanzar algo que se encuentra en una repisa (estante) alta sin ayuda o aparatos (ej. un jalador)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
fácil											imposible

4. Levantarse de una silla que no tenga apoya-brazos, sin usar sus manos ni ninguna otra ayuda

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
fácil											imposible

5. Levantarse del piso sin ayuda, estando acostado en el suelo boca arriba

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
fácil											imposible

6. Estar parado sin apoyo por 10 minutos, sin molestias

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
fácil											imposible

7. Subir de 12 a 15 escalones sin usar el pasamanos ni una andadera, subiendo los escalones de uno en uno

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
fácil											imposible

8. Mirar por encima del hombro sin girar su cuerpo

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
fácil											imposible

9. Hacer actividades que necesiten un gran esfuerzo físico (por ejemplo ejercicios de fisioterapia, jardinería y deportes)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
fácil											imposible

10. Hacer actividades que duren todo el día, sea en casa o en el trabajo

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
fácil											imposible

Anexo 2

Entrevista a profundidad

Nombre:

Inicio de la enfermedad:

Edad:

Años que padecen la enfermedad:

Género:

Con quien vive:

Escolaridad:

Sentimientos

¿Qué sentiste cuando te dieron el diagnóstico?

¿Qué sentimientos te genera la enfermedad?

¿Consideras a la enfermedad tu amiga o tu enemiga?, ¿Por qué?

¿Quién te apoyo afectivamente cuando te dieron el diagnóstico?

¿De qué manera te apoya tu familia afectivamente en este momento?

Significado de la enfermedad

¿Qué representa para ti, el padecer Artritis Reumatoide Juvenil?

¿Cómo se dio tu proceso de aceptación de la enfermedad?

¿Consideras la enfermedad tu amiga o tu enemiga?, ¿Por qué?

Vinculo

¿Cómo te relacionas con tu papá?

¿Cómo te relacionas con tu mamá?

¿Quién de tus padres te poya más?

¿Algún miembro de tu familia la padece?

¿Quiénes te auxilian en el cuidado de la enfermedad?

Control y agresión

¿Qué te impide hacer la enfermedad?

¿Qué te permite hacer la enfermedad?

¿Cómo se maneja la agresión en tu casa?

¿Cómo manejas tu agresión?

Ganancias secundarias

Para ti, ¿Qué es la agresión?

¿Crees que la enfermedad es una manera de manifestar la agresión?

Significado de la enfermedad

¿Qué representa para ti, el padecer ARJ?

¿Cómo se dio t proceso de aceptación?

¿Qué beneficios te ha traído la enfermedad?

Anexo 3.

Figura humana

Test de la persona bajo la lluvia

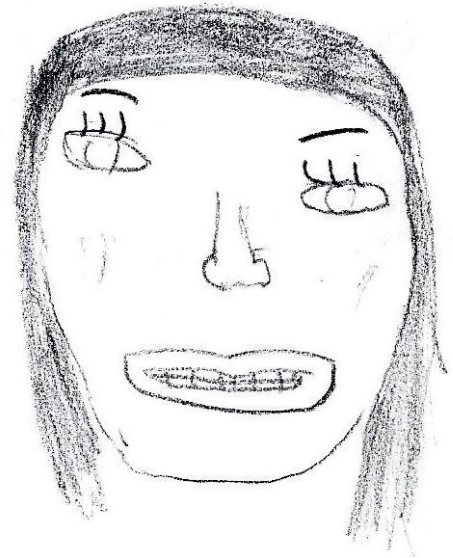
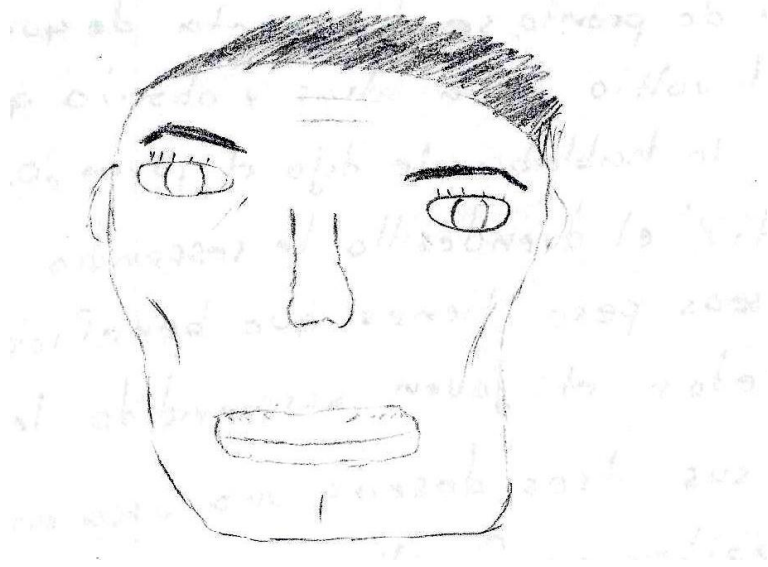
Grupo: A, P 1.

Edad: 16 años

Género: hombre

Grado: preparatoria

Tiempo con la enfermedad: 4 años.



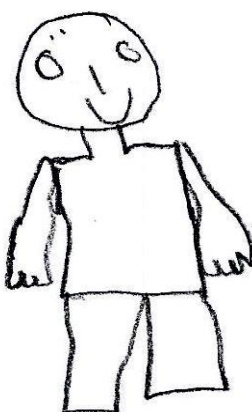
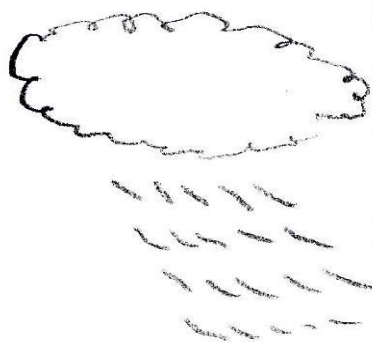
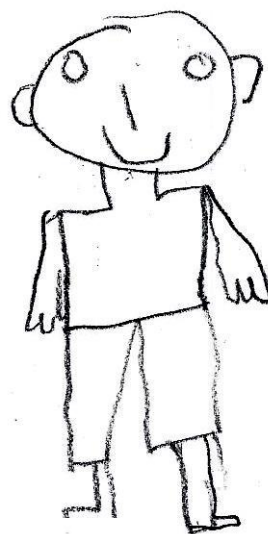
Grupo: A, P 2.

Edad: 16 años

Género: mujer

Grado: secundaria

Tiempo con la enfermedad: 4 años.



Grupo: A, P 3.

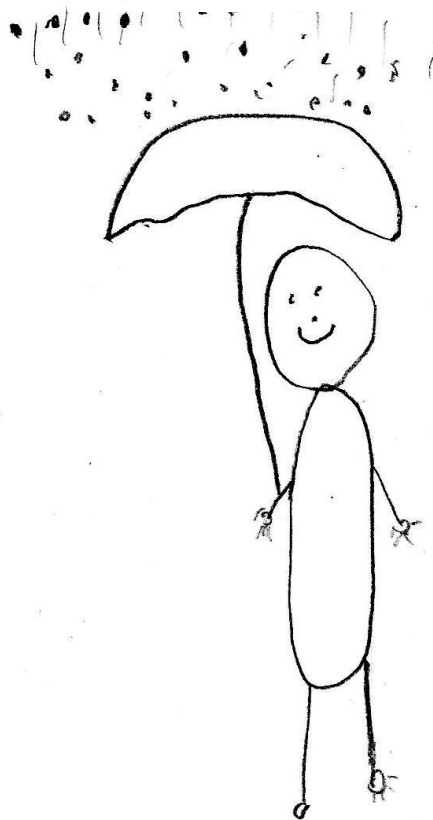
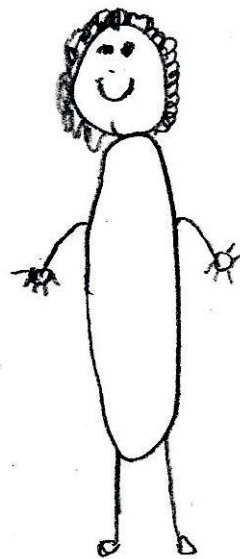
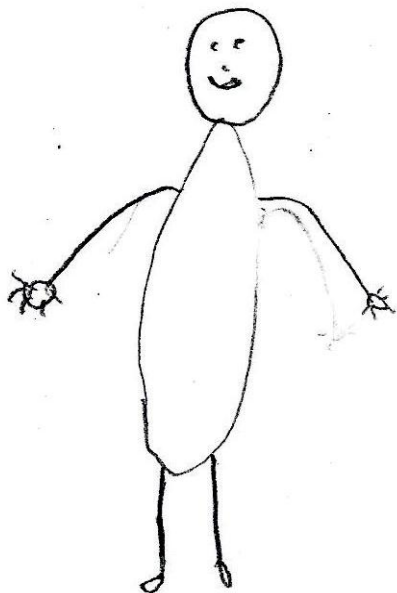
Edad: 15 años

Género: hombre

Grado: secundaria

Tiempo con la enfermedad: 4 años

es un hombre



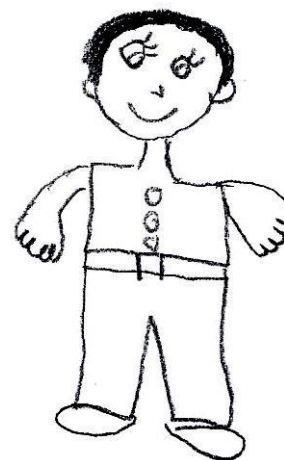
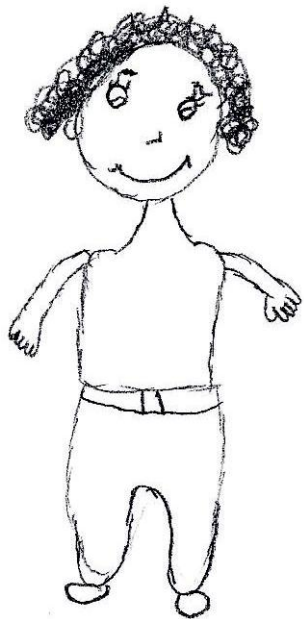
Grupo: A, P 4.

Edad: 15 años.

Género: mujer

Grado: preparatoria

Tiempo con la enfermedad: 4 años.



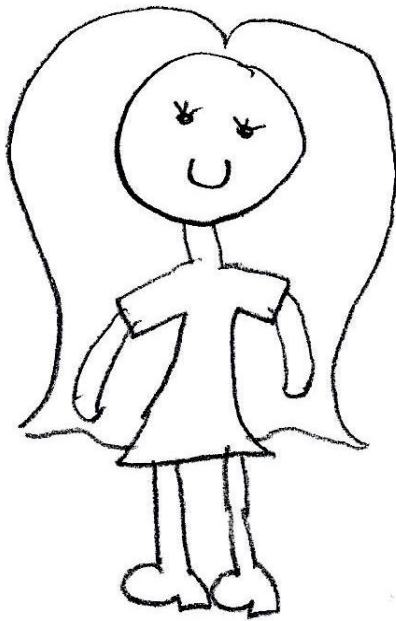
Grupo: A, P 5.

Edad: 16 años.

Género: mujer

Grado: 3º secundaria

Tiempo con la enfermedad: 2 años



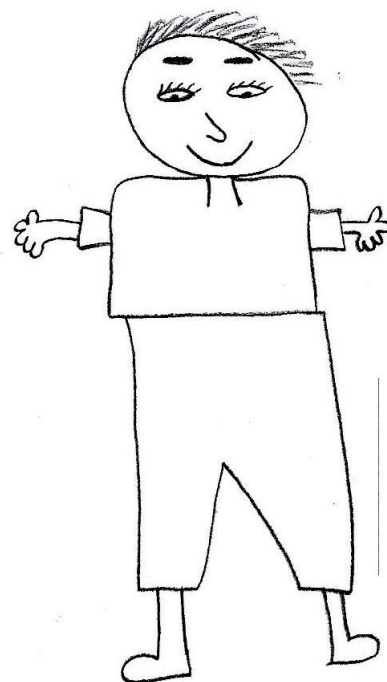
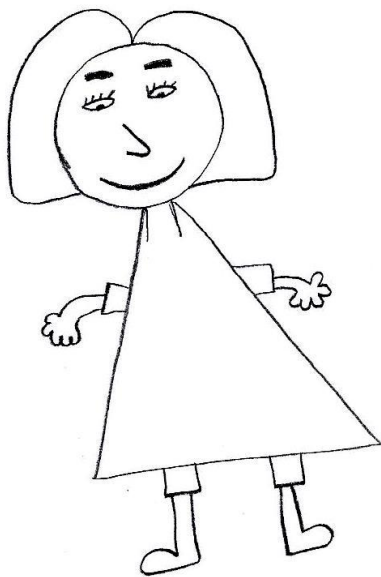
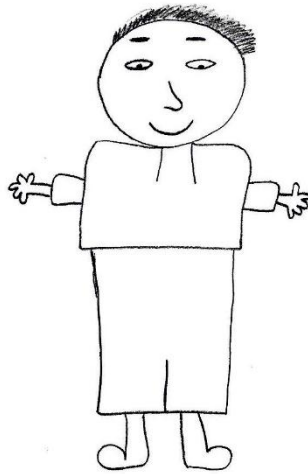
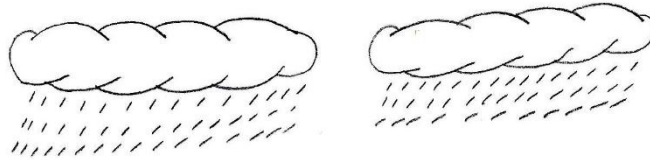
Grupo: A, P 6.

Edad: 13 años

Género: masculino

Grado: 2º secundaria

Tiempo con la enfermedad: 10 años.



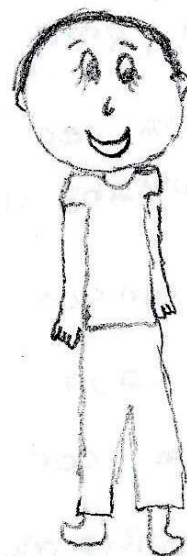
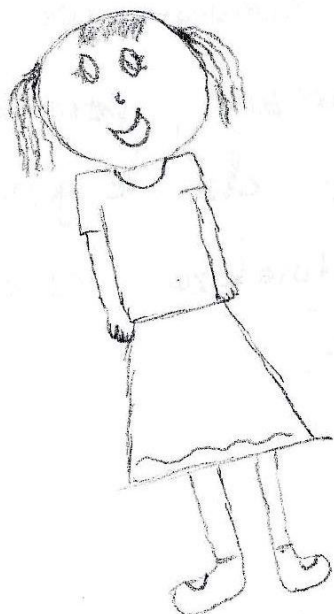
Grupo: A, P 7.

Edad: 15 años

Género: mujer

Grado: 1º preparatoria

Tiempo con la enfermedad: 3 meses.



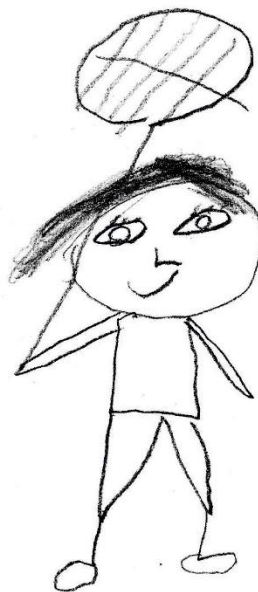
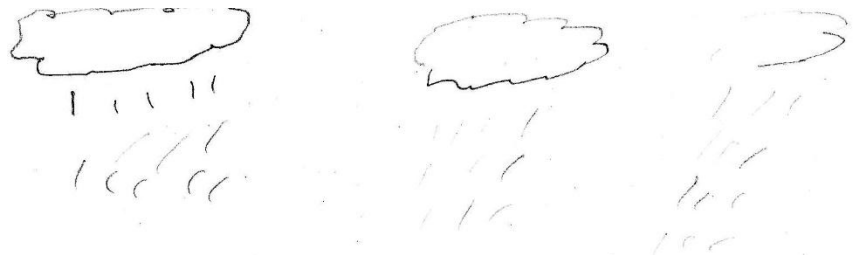
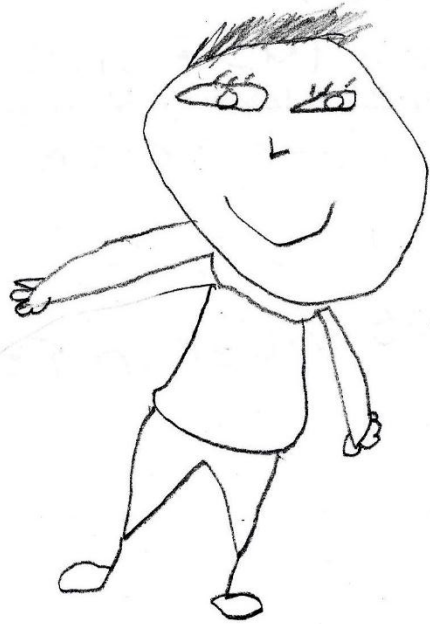
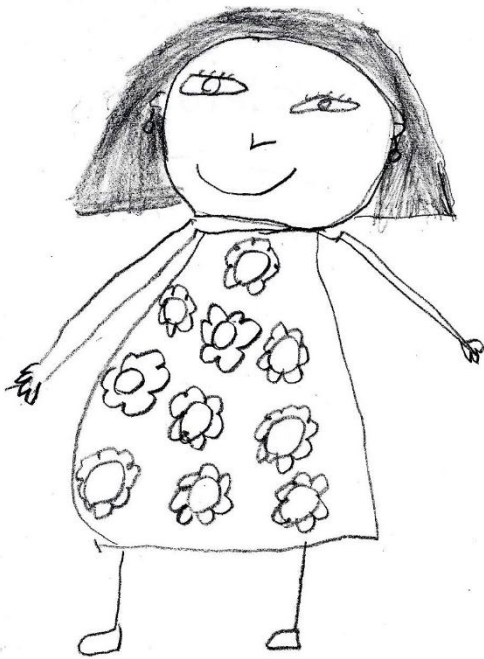
Grupo: B, P 1

Edad: 11 años

Género: mujer

Grado: primaria

Tiempo con la enfermedad: 2 años.



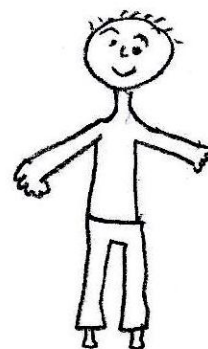
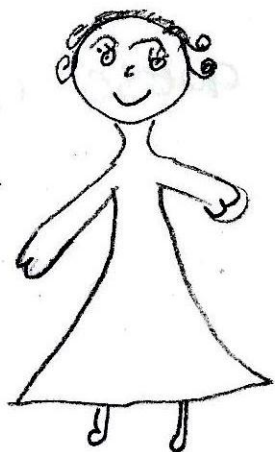
Grupo: B. P 2.

Edad: 10 años.

Género: mujer

Grado: 4º de primaria

Tiempo con la enfermedad: en agosto 4 años.



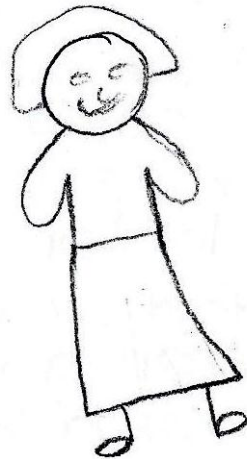
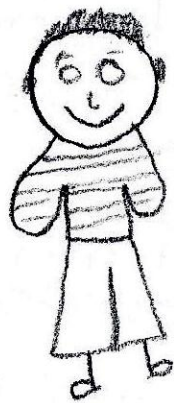
Grupo: B, P 3.

Edad: 12 años.

Género: masculino

Grado: 2º secundaria

Tiempo con la enfermedad: 4 años.



Grupo: B, P 4.

Edad: 11 años

Género: masculino

Grado: 1º secundaria

Anos con la enfermedad: 7 años

