



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

114 / 84



GALICIA CLÍNICA

Año LVI - Núm. 5

REVISTA CIENTÍFICA
Depósito legal: C-62-1958

La Coruña, Mayo de 1984

Algunas notas sobre la asistencia médico-pedagógica de los niños diabéticos

Por los doctores A. Polaino Lorente (*) y A. Vidal (**)

INTRODUCCION

La diabetes infanto-juvenil se presenta hoy como un problema muy complejo en cuya solución están implicados profesionales muy variados: del médico al pedagogo, de los psicólogos a los padres del paciente.

La necesidad de que estos profesionales se conciten en la asistencia y educación del niño diabético, en equipos multiprofesionales integrados, parece obvia, a pesar de que en nuestro país no se le haya dispensado, por el momento, prácticamente ninguna atención a este problema. *de momento*

Sin embargo, la asistencia, educación y seguimiento de los niños y jóvenes diabéticos, reclama la puesta en marcha de medidas mucho más ambiciosas y eficaces, habida cuenta las limitaciones, cronicidad y complicaciones —muchas de ellas evitables— que comporta esta enfermedad.

En los últimos años se ha dedicado una especial atención por parte de algunos investigadores a estos problemas con resultados bien elocuentes. Por citar sólo algunos recientes hitos nos referimos al estudio de los déficits pedagógicos co-

mo consecuencia de la hospitalización de estos pacientes (Gelles y Butler, 1981); al progreso operado en ciertos instrumentos para la evaluación de la educación diabetológica (**Diabetes Assessment Instrument**) diseñados en la Universidad de Alabama (Windsor, 1981, a y b); o al manual publicado por la **American Diabetes Association**, en colaboración con la **American Association of Diabetes Educators** (1981) para enseñar al diabético a cuidar de sí mismo.

De todo ello ofrecemos al lector interesado oportuna información, una vez que finalicemos los trabajos que en la actualidad estamos llevando a cabo.

En otras latitudes, a lo que parece, no hay inconveniente alguno en lograr esa asociación fecunda entre diabetólogos y pedagogos, hasta el punto de constituir dos asociaciones científicas que, aunque independientes, están profundamente interrelacionadas entre sí y marchan paralelas hacia la consecución de un mismo objetivo.

(*) Catedrático de Psicopatología. U. Complutense.

(**) Licenciado en CC. de la Educación.

Los autores de estas líneas sólo pretenden en estas notas avisar a médicos y pedagogos de algunas peculiaridades que obstaculizan la asistencia y educación del niño diabético.

—000—

El niño diabético tiene capacidad para establecer una relación o comunicación con su medio social (familia, compañeros de juego y/o estudios, profesores y adultos en general), como cualquier otro. Pero además, por causa de su diabetes se relaciona con ^{otro} interlocutor específico e inusual en estas edades: el médico.

El papel de éste en el tratamiento global de la diabetes es de primerísima importancia, tanto por su función en el control del equilibrio diabético, como por el significado y valor que el paciente le confiere.

En el caso de la diabetes, tal relación es además de terapéutica, educativa y constituye una variable interviniente cuya significación es de gran importancia, por cuanto que de ella dependen, en mayor o menor grado, el comportamiento de otras variables importantes como:

- 1) El grado de aceptación del tratamiento por parte del niño.
- 2) El comportamiento de pasividad y dependencia o de autodeterminación y responsabilidad.
- 3) Las posibilidades de incorporación y puesta en marcha de los conocimientos diabetológicos que se le suministran.

Algunos aspectos significativos de esa peculiar relación pueden resumirse en los siguientes:

- a. El tipo de liderazgo ejercido o propiciado por el médico.
- b. La actitud del médico ante las demandas del enfermo.
- c. El grado de aceptación que se ofrece al paciente, así como la calidad de la comunicación entre éste y el médico.
- d. La estima, credibilidad y prestigio

con que el médico es percibido por su paciente.

e. El conocimiento del sujeto y la continuidad de la relación.

f. La validez de la posición científica, evaluada por el propio paciente, de la que va a depender su comportamiento futuro y la aquiescencia o no en el hecho de seguir el tratamiento.

RELACIONES MEDICO - NIÑO DIABETICO

Libertad, autonomía y responsabilidad son algunos de los primeros objetivos de toda acción educativa que también son válidos para la educación del diabético. Pues bien, una de las características o secuelas de todo trastorno crónico y en particular de la diabetes —a causa de las exigencias que su tratamiento plantea— es que sitúa al sujeto en una continua relación de dependencia alimentaria (régimen), farmacológica (administración de insulina), estilo de vida (ejercicio físico, descanso, etc.) y relaciones personales (médico, padres, practicantes, etc.).

La dependencia es en cualquier caso una limitación —que puede llegar a ser importante y hasta nociva— y que, por consiguiente, no debe favorecerse.

El modo particular en que se estructura ^{la relación} el médico y la forma en que se ejerce la tutela sobre el paciente contribuye a aumentar o disminuir esta dependencia. Posturas autoritarias coartan la libertad e individualización y fomentan la pasividad y la agresividad, más o menos latente (Storr, 1970), K. Lewin ⁽¹⁹³⁵⁾ comprobó en niños de 10 años de edad, que las formas democráticas de organización y decisión conducían a una mayor colaboración y benevolencia.

El modelo anhelado idealmente por muchos médicos, no obstante, es el del enfermo sumiso y obediente (según el prototipo "madre nutriente/bebé receptivo"). Esta actitud que puede ser legítima en un coma diabético, en absoluto

lo es en el tratamiento habitual del niño diabético. Según Assal, el modelo "padre-niño", "dirección - cooperación", sería útil en las fases agudas de descompensación diabética, pero para el seguimiento de la enfermedad, cuando aquélla no sucede (como suele ser muy frecuente), la relación "adulto - adulto" sería la más aconsejable.

El autoritarismo, la prohibición y la represión son posturas relativamente irracionales que favorecen la dependencia, la regresión y la inhibición. Las anteriores actitudes en absoluto favorecen la capacidad crítica del individuo y, en consecuencia, obstaculizan la necesaria flexibilidad del sujeto para adaptar su comportamiento a cada situación concreta. Assal propone que el médico adopte una actitud abierta, dialogante y responsabilizadora; que abandone su pedestal de detentador del saber y se dirija al "yo" del paciente, pues en él residen, según Schneider, tres funciones básicas irrenunciables: autoconfianza, autoestima y autonomía.

ACTITUDES DEL NIÑO DIABÉTICO

Entre los niños diabéticos no es raro encontrarse con situaciones extremas de apego a la madre (relación simbiótica), habitualmente desencadenada y cultivada por ésta. Con el crecimiento, no obstante, se produce necesariamente una paulatina separación, aunque ciertos rasgos fundamentales del carácter y del comportamiento del niño, pueden quedar vinculados a esos modelos, en función de cuáles hayan sido las primeras pautas de esa relación.

Entre los rasgos comportamentales más frecuentes en el niño diabético pueden señalarse los siguientes:

- 1) Búsqueda de aprobación.
- 2) Abandono en un poder mágico - omnisciente y renuncia a toda iniciativa.
- 3) Llamadas de atención si se siente rechazado en algún aspecto (escolar, laboral, social) de su vida.

- 4) Instalación en el papel de enfermo, manteniendo así la dependencia inicial (Simonds, 1979).
- 5) Forzamiento de la hospitalización, intentando escapar de esta manera a un ambiente familiar experimentado como indeseable.
- 6) Rebelión contra el médico comportándose negligentemente, acusándole de incompetente o falsificando sus informes.

Si el médico "se implica directamente con esas estrategias, se deja utilizar, adopta actitudes de desastre, muestra inapropiadamente su angustia, y hace observaciones despectivas o amenazantes, los pacientes responderán con hostilidad, negación o rechazo y, en consecuencia, harán fracasar las recomendaciones y consejos que aquél les ofreció". (Stearn 1953).

APRENDIZAJE Y ACEPTACIÓN DE LA ENFERMEDAD

El niño obedecerá más fácilmente las indicaciones de una persona, cuanto más positiva e íntimamente se sienta vinculado a ella.

Kirsky y Negrete (1972) constataron también en las madres de niños diabéticos, que cuando los médicos muestran hacia ellas afectos positivos, hay una tendencia a incrementar la satisfacción y el grado de aceptación de sus recomendaciones.

Hay una importante virtualidad en la relación médico - paciente diabético, cuando ésta es positiva: el carácter facilitador del aprendizaje.

Esto acontece, dice K. Rogers (1969), cuando el objeto del aprendizaje es percibido por el niño como algo que está en relación con sus propias necesidades o como algo que está implicado en su personal proyecto biográfico, lo que al mismo tiempo comporta un cambio en la organización y autopercepción del sujeto, que puede ahora experimentar su enfermedad como algo que no es de su-

yo tan amenazante como creía inicialmente.

La importancia de tal cambio es tanto mayor, por cuanto, como ha demostrado McGrane (1979), el aprendizaje resulta facilitado cuando las amenazas exteriores o los estados de ansiedad de reducen al mínimo.

De existir una resistencia al aprendizaje, ésta ha de ser vencida o superada a través de la adecuada motivación para ese cambio, controlándose además el medio para que éste no signifique una amenaza adicional.

Las actitudes agresivas, los problemas emocionales y la misma diabetes, pueden perturbar los procesos cognitivos implicados en el aprendizaje, al interferir, pongo por caso, la dinámica atencional del sujeto, la formación de su autoestima o el curso natural del procesamiento de la información suministrada, como consecuencia de las actitudes personales adoptadas por el médico y/o según las actitudes del diabético —de negación, rechazo, etc.— ante su enfermedad (Visser, 1980).

Es frecuente comprobar en los diabéticos más pequeños el hecho de que interpreten la inyección de insulina más como un recurso terapéutico a cuyo término se encuentra la curación, que como un medio ineludible para la supervivencia personal. Más tarde, cuando han comprendido esta segunda acepción no solamente asimilan con más dificultad lo que se les enseña a propósito de su diabetes, sino que se resisten a hablar de ella.

Por contra, los jóvenes no hablan de otra cosa. La diabetes, en sí misma considerada, supone en definitiva una situación de stress, exigiendo además considerables gastos de energía, que el diabético utiliza unas veces para olvidarla y otras para tratar dificultosamente de compensarla.

ATRIBUCION Y EFECTIVIDAD TERAPEUTICA

La creencia de que el tratamiento de la diabetes es efectivo, mejora la aceptación del sujeto ~~respecto del mismo~~ y de las imposiciones y limitaciones derivadas del régimen alimentario.

Se apoya, entre otros muchos factores, en los dos siguientes:

- 1) El prestigio del médico
- 2) La efectividad real de las medidas prescritas.

Sin embargo, la concreta motivación para el autocuidado se halla más intensamente relacionada con:

- a) Las expectativas del sujeto respecto del beneficio que obtendrá del tratamiento.
- b) El número de veces que el niño ha intentado solucionar sus problemas sin conseguirlo.
- c) El grado de malestar que experimenta en la actualidad (Vizcarro, 1981).

La relación puesta de relieve por Seligman (1975) entre depresión, percepción de no contingencias y lugar de control (Polaino - Lorente, 1983), podría contribuir a explicar este problema, cuya solución última va a depender del autoconcepto positivo y de la autoconfianza que tenga el sujeto en sus propias capacidades, para afrontar y resolver realmente sus problemas.

En este caso hay, pues, que ayudar a construir el adecuado autoconcepto en función de cuáles sean las reales posibilidades individuales del sujeto. La confianza en el tratamiento y en sí mismo dependen, en buena medida, de la credibilidad y efectividad o competencia que el paciente atribuye a su terapeuta.

La motivación y la continuidad de la relación médico - paciente:

La importancia de la orientación comportamental. La influencia, mayor o menor, de las variables apuntadas más arriba, varía también en función de cómo se establezca la continuidad de la

relación entre el paciente y el médico. Este, no obstante, debe conocer en profundidad y extensión a sus pacientes diabéticos y aún así sus intervenciones pueden resultar relativamente limitadas.

Una de esas limitaciones depende de cuál sea la amplitud de los conocimientos y formación psicológica del médico, así como de los prejuicios o sesgos personales en que incurra respecto del tratamiento de estos pacientes.

Según Fisher y col. (1974), un 75 por ciento de los clínicos utilizan conceptos como el de "poder" o "fuerza de voluntad" para tratar de explicar el éxito o fracaso terapéuticos, sobre todo en aquellos aspectos de la terapia que dependen únicamente del paciente: autocuidado, cambios de hábitos, renuncia a determinados alimentos, etc. La pedagogía se ha venido valiendo tradicionalmente de esta idea, a pesar de haber demostrado con suficiente amplitud su inoperancia. Como la voluntad es además algo que el sujeto tiene en mayor o menor grado —le dé o no a ésta un valor ético— ha servido, sirve y servirá para hacer todavía más complejo (y casi encubierto) el conocimiento de las causas verdaderas del comportamiento.

El concepto de motivación vuelve de este modo a aproximarse al de valor. El valor es lo que realmente constituye un motivo —o el motivo— por el que la conducta del sujeto, abandonando su pasividad, comienza a ponerse en marcha y dar así alcance a un determinado objetivo. No hay, pues, tanta distancia —como se había supuesto en las últimas décadas— entre motivación y voluntad.

El psicoanálisis, por su parte, intentó justificar el comportamiento humano (especialmente el que escapa a la propia racionalidad: el instintivo), apelando a algo más difícil aún de explicar: el inconsciente. Pero su estructura doctrinal es fundamentalmente hipotética y de difícil comprobación experimental (Polaino - Lorente, 1981 y 1983), por lo que persiguió insatisfactoriamente sus obje-

tivos. A pesar de eso, la mayor parte de los estudios sobre la personalidad del diabético, publicados hasta los años sesenta, tienen esta orientación doctrinal.

Con una base empírica y prescindiendo de conceptos apriorísticos, se han desarrollado en las últimas décadas las técnicas de modificación de conducta.

El rigor metodológico de estos procedimientos ha supuesto una importante aportación para solucionar los problemas del comportamiento diabético a que antes ~~no se~~ referido.

El acercamiento conductista realmente no entra a polemizar sobre posibles causas de los comportamientos. Se limita a observarlos sistemáticamente, de manera que, identificados sus antecedentes y consecuentes, pueda modificarlos para reorientar la conducta en el sentido deseado.

Especialmente interesante en relación al tratamiento de la diabetes son aquellos procedimientos que yendo más allá del dirigismo modificador de la conducta, mediante el reforzamiento, tienen la pretensión de trasladar al propio sujeto la responsabilidad de su comportamiento. Tales son los llamados modelos de autoregulación, que incluyen un proceso completo de observación, evaluación y refuerzo, llevados a cabo por el propio sujeto, de manera autónoma.

La autoobservación consiste en "atender deliberadamente a la propia conducta de manera que pueda autoregistrarse" (Thorensen y Mahoney, 1974; Kanfer, 1980; Watson y Tharp, 1977). Esta acción tiende por sí misma a eliminar algunas de las conductas negativas, haciendo posible la emergencia de otras más positivas.

La autoevaluación, en tanto que permite al sujeto comparar su conducta inicial con el comportamiento deseado, deviene, como dice Kanfer (1963), en un importante factor motivador para el cambio. El refuerzo de la propia conducta puede llevarse a cabo según el procedimiento de las autoinstrucciones ver-

bales, ideado por Goodman y Meichenbaum (1971). Este procedimiento se basa en las ideas de Luria y Vigotsky sobre la función reforzadora del lenguaje y en la comprobación (por parte de Kanfer, Marston y Duerteldt, entre los años 1963 y 1968), de que el autoreforzo era tanto o más eficaz que el heteroreforzo, a la hora de regular la conducta humana.

Junto a otros medios, como la tradicional desensibilización, el sujeto deja su pasividad para tomar las riendas de su propia conducta. Así, por ejemplo, es posible reducir la ansiedad mediante indicaciones autosuministradas y mejorar la aceptación del tratamiento y el autocuidado, a través de la automonitorización (Thorensen y Mahoney, 1974); entrenar al sujeto a través de la observación comportamental de otros (Modeling) o reducir las exigencias de insulina por medio del biofeedback (Fowler, Badzynsky, Vanderberg, 1976; Seeburg, 1980).

La amplia tecnología comportamental se orienta en el caso del diabético, hacia los aspectos siguientes:

1. Manejo de situaciones vitales generadoras de stress, y entrenamiento individual para luchar con ellas.
2. Mejora de la adherencia al tratamiento.
3. Promoción de la actividad física.
4. Control de la dieta, y ~~obesidad~~.
5. Cambio de hábitos, actitudes y patrones de conducta que son inadecuados para el correcto control metabólico.

LA EDUCACION DEL NIÑO DIABETICO

El niño y el joven diabético, han de recibir una educación específica respecto de su enfermedad y a la vez estar escolarizados, junto a los compañeros de su misma edad, en un centro ordinario.

¿En qué condiciones? En las mismas que son válidas para otros hechos diferenciales, que son tenidos en cuenta no

para señalar, etiquetar o estigmatizar a los sujetos, sino para individualizar la educación y no convertirla en un proceso masivo e indiferenciado.

La diabetes condiciona en el escolar ~~normalmente~~ dos tipos de problemas:

- a) De carácter técnico sanitario.
- b) De orden psicopedagógico.

Ante un niño diabético en el aula, el planteamiento más inmediato es el siguiente:

1. Necesidad de abrir canales de comunicación personal entre sanitarios, padres, profesores y otros especialistas, con miras a una atención integral.
2. Consideración de las exigencias del tratamiento médico, especialmente la autoinyección de insulina, la dieta y régimen de vida y los juegos y ejercicios físicos en general.
3. Valoración de otras circunstancias impuestas por la diabetes como absentismo escolar, periodicidad de las revisiones médicas, riesgo de descomposición graves (hipoglucemias), etc.

Los profesores deben recibir una clara y mínima información sobre estos aspectos, respecto de los tres objetivos fundamentales siguientes:

- 1) La posibilidad de colaborar en el tratamiento al que está sometido el niño.
- 2) Entrenamiento para responder con la prontitud y precisión necesarias a las situaciones urgentes que puedan producirse.
- 3) Valorar los diversos aspectos y exigencias de la diabetes y el modo en que éstas puedan condicionar, en mayor o menor grado, el proceso educativo y la integración escolar y sociolaboral del educando.

La evaluación del niño diabético en el orden psicopedagógico debe incluir otras muchas áreas significativas de las que ~~nos ocuparemos~~ más ~~adelante~~ adelante.

APRENDIZAJE Y SOBREPOTECCION DEPENDENCIA INFANTIL

Las situaciones de falta de autonomía y excesiva vinculación al adulto, especialmente a la madre, no sólo perturban los procesos de aprendizaje, sino que incluso pueden en determinados casos producir una desorganización de conocimientos, conductas y destrezas previamente adquiridas. Habilidades de adquisición temprana (andar, control de esfínteres, lenguaje, etc.), y otras incorporadas más tarde y propiamente escolares (leer, escribir, cálculo), son susceptibles de sufrir ciertas deficiencias, cuando el niño es enfrentado a la más pequeña contrariedad.

No obstante, la situación más frecuente consiste en que el niño diabético dependiente, se adapta mal, desde el punto de vista social, a la escuela y encuentra especiales dificultades para realizar su aprendizaje escolar; un aprendizaje como éste que exige de la autonomía personal, además de cierta renuncia, esfuerzo continuado, competitividad y colaboración, en un contexto de igualdad con sus compañeros.

En algunos niños diabéticos la coincidencia entre el diagnóstico de diabetes y el inicio de la escolaridad puede condicionar la aparición de enérgicas actitudes de rechazo —que a veces logran enraizarse muy profundamente, si no se interviene de manera oportuna y eficaz con lo que ello supone de hipoteca para el desarrollo de posteriores aprendizajes— y una tendencia hacia la búsqueda de protección, que dificulta, obstruye e impide su desarrollo escolar y evolutivo.

Repárese en que autonomía, aceptación, respeto de las reglas del juego y sociabilidad, capacidad de renuncia o aplazamiento de la satisfacción y resistencia a las frustraciones son en este período de vital importancia, como señaló Piaget, para el logro de la objetividad y la superación del egocentrismo.

El aprendizaje escolar exige además de otras condiciones o prerequisites que, en el caso del niño diabético, pueden estar ausentes o dificultados, especialmente, los que siguen:

—Modelos adecuados de autoridad familiar.

—Suficiente capacidad social para hallar satisfacción en la interacción personal.

—Cierta nivel de autonomía para el trabajo, sea éste independiente, competitivo y/o en cooperación.

—Una amplia base experiencial y de habilidades psicomotrices.

—Algún grado de distanciamiento respecto de las propias necesidades.

—Capacidad de inhibición sin perturbar la actividad lúdica y creativa.

—Experiencias sobre la relatividad de la propia posición, respecto de los objetos (en relación sobre todo con los conceptos matemáticos de igualdad, mayor que, menor que, procesos de reversibilidad, etc.) y de sus compañeros (adopción de roles sociales).

LA ADQUISICION DE LAS BASES INSTRUMENTALES DEL APRENDIZAJE

Muchos de los aprendizajes tempranos se acabalgan sobre destrezas y habilidades —prerequisites— que siendo previas a aquellos, resultan imprescindibles por esa razón. Sin estas condiciones todo aprendizaje resulta extremadamente difícil y el proceso de desarrollo intelectual, social y afectivo puede quedar incluso profundamente perturbado.

Rutter y col. (1970) observan que, niños con hándicaps físicos, cuya inteligencia era similar a la de la población normal, leían a un nivel significativamente más bajo que su grupo de edad y que estos retrasos tenían un carácter acumulativo. Coincidente con ello es la indicación de Anderson (1973) de que en una tercera parte de esos niños los rendimientos educativos eran más bajos, sin

que tal circunstancia pudiese ser atribuida a ninguna complicación cerebral.

Ya en 1937, Filho demostró que en el aprendizaje de la lectura, no es la capacidad intelectual el único factor, ni tampoco el más relevante. La adquisición de esta compleja e importante habilidad depende de otros muchos factores como los siguientes: maduración neurológica, integridad de los sistemas sensoriales motores y de articulación, organización del esquema corporal y lateralidad, orientación temporo-espacial, adiestramiento de habilidades psicomotoras, nivel de desarrollo socio-emocional, grado de evolución del lenguaje oral y experiencias vitales acumuladas.

Con las oportunas variantes una relación similar podría hacerse de manera general para el cálculo y la ortografía. Lo importante es señalar la complejidad del proceso adaptativo que conduce a una situación escolar ideal y la facilidad con que ese proceso puede verse perturbado.

En el niño diabético deben considerarse, además, otras dificultades específicas que pueden afectar el aprendizaje básico y, a su través, la generalidad de todo los procesos de aprendizaje.

Entre los déficits sensoriales pueden ser aquí significativos las hipoacusias y las deficiencias visuales (retinopatía, etc.), que deben revisarse periódicamente.

El diabético es también susceptible de sufrir algún tipo de daño cerebral, que puede sospecharse fácilmente, cuando en la historia clínica aparezcan múltiples descompensaciones, algún episodio grave de hipoglucemia o coma por cetoacidosis.

Es relativamente frecuente observar en estos niños ciertas dificultades para la organización espacio-temporal. Algunos diabéticos tienen una orientación espacial deficiente; otros se desenvuelven mal en la estructuración de modelos tridimensionales del tipo de los cubos de Kosh. Esto parece obedecer a una "ima-

gen corporal trastornada" (Falstrom, 1978).

En este ámbito se inscribe la controversia sobre la **capacidad intelectual** del diabético. Boulín (1950) halló para la población diabética una capacidad intelectual media baja; por contra, las investigaciones de Joslin, obtuvieron el resultado contrario. Ack, Miller y Weil (1961) no encuentran diferencias apreciables entre los niños diabéticos y no diabéticos, pero sí una relación (aunque no significativa) entre el C.I. y el número de episodios de hipoglucemia, padecidos por diabéticos, en que la enfermedad comenzó antes de los cinco años de edad.

Steinhausen no encontró relación alguna entre la inteligencia y las variables clínicas antes apuntadas. La mayor parte de los autores que se han ocupado recientemente del tema consideran que no hay ninguna diferencia significativa entre la inteligencia del diabético y la de los grupos controles. Con esto se da un rotundo mentís al viejo prejuicio, a la suposición psicológicamente muy extendida, de que los diabéticos son mucho más inteligentes que el resto de la población.

Entre nosotros, Monedero (1977) aplicó a 52 jóvenes diabéticos el Test factorial AMPE y obtuvo puntuaciones significativamente superiores en el factor de fluidez verbal, e inferiores en los automatismos del cálculo (Factor N), respecto de la población normal. En niños argelinos, Benallegue (1977), detectó dificultades en los procesos atencionales en un 36% ~~por ciento~~, describiendo el modo "ansioso en que estos niños se enfrentan a la tarea".

EL MANEJO DE LA ANSIEDAD CRONICA

La hostilidad y las actitudes negativas hacia la diabetes, es otro punto significativo en relación con el aprendizaje escolar de estos niños.

Los estados de temor, inseguridad o amenaza suelen ser intensos, perturban-

do la concentración mental y la asociación y registro de los estímulos. No es infrecuente que el alumno manifieste estados de acusada inhibición intelectual y psicomotriz. El comportamiento social puede oscilar mucho y perturbar incluso el espontáneo y normal control de los impulsos agresivos.

Finalmente la idea de que una positiva imagen de sí mismo es imprescindible para afrontar con éxito las tareas escolares, nos lleva a ocuparnos del autoconcepto y de la depresión en los niños diabéticos.

Sentimientos de inutilidad, de no ser querido, la escasa autoestima, la desesperanza y el fracaso, forman parte de un autoconcepto negativo. La frecuencia de estos sentimientos, en el niño diabético se inscribe en un marco más amplio, caracterizado por tristeza, irritabilidad e inestabilidad emocional, trastornos psicomotores y disminución de la actividad mental y física, retraso motor y escasa capacidad para encontrar las necesarias gratificaciones en la vida.

La simple enumeración de los anteriores rasgos, evidencian las dificultades que pueden ocasionarse en la vida global del sujeto, y en su aprendizaje y adaptación a la escuela.

Las raíces de estos problemas suelen hundirse en las siguientes experiencias:

- a) Percepción de la Diabetes como un defecto permanente, a veces rodeado de connotaciones mágicas, que ha dañado el mismo núcleo de la propia normalidad.
- b) El niño puede sentirse —real o supuestamente— poco amado, o percibir hostilidad en sus familiares, o sobreprotección y/o frustración en sus necesidades de autonomía, pertenencia y seguridad.
- c) El fracaso escolar con tendencia a hacerse crónico se acompaña de sentimientos de inferioridad y de expectativas negativas de autoeficacia, lo que profundiza, todavía más, el incipiente cuadro depresivo.

- d) Las exigencias excesivas o poco adaptadas a las capacidades específicas del alumno por parte de los padres, los profesores y el sistema escolar, limitan aún más sus posibilidades de éxito.
- e) Los juicios de valor negativos de algunos compañeros y educadores, pueden contribuir a consolidar el estilo atributivo negativo del pequeño diabético.
- f) La presencia objetiva de algún defecto físico o motriz, de un retraso en el crecimiento o de alguna particular incapacidad, dificultan la formación positiva del autoconcepto personal.

Cuando este autoconcepto se resquebraja inicialmente, surgen bloqueos en la comunicación, déficits en las habilidades sociales, incapacidad para luchar contra el estrés y un modo ansioso de abordar las demandas escolares. Todo ello puede conducir a la hostilidad y al aislamiento sistemáticos, transformándose entonces el niño en un inadaptado a la escuela y a la vida en general.

BIBLIOGRAFIA

- Ack, M. et al.: **Pediatrics**, 1961, 28, 764.
- Anderson, E.M.: **The disabled schoolchild**. Methuen and Co. London 1973.
- Assal, J.P. et al.: **Le vecu du malade diabétique**. Hospital Cantonal de Ginebra. Facultad de Medicina.
- Benallegue, A. et al.: Aspects medico sociaux et psychologiques du diabete de L' enfant et de liadolescent a Lalger. **Med. et Hyg.** 1977, 35, 639-640.
- Boulin, R.: Le developpement mental et affectif de l'enfant diabétique. **Sem. Hop. Paris**. 1950, 26, 2023-2034.
- Fallstrom, K. et al.: A discriminatory analysis based on dicho tomized Rorschach scores of diabetic children. **Int. J. Rehabil. Res.** Germany West. 1978, 1/3, 321-327.
- Filho, L.: **El Test ABC**, Kapelus, 1960.
- Fisher, J.C.: Physicians and alcoholics: Factors affecting attitudes of family practice residents toward alcoholics. **Journal of Studies on alcohol**. 1975, 36(5)626-633.
- Fowler, J.E. et al.: Effects of EMG Biofeedback relaxation program on the control of diabetes. **Biofeed. Sel**, 1976. 1, 105-112.

- Geller, J. et al.: Study of educational deficits as the cause of Hospital admission for diabetes mellitus in a community hospital. *Diabetes Care*, 1981, 4, 4, 487-489.
- Kanfer, F.H.: **Self management methods**. En Kanfer y Goldstein (eds.): Helping people change, 2ª ed. Pergamon Press. New York.
- Kanfer, F.H. et al.: Determinants of self reinforcement in human learning. *Journal of Exp. psychology*, 1963, 68, 245-254.
- Kanfer, F.H. et al. A comparison of self reward and self criticism a function of types of prior external reinforcement. *JJ. of Pers. and Soc. Psychology*, 1968, 8, 261-268.
- Kursh, B. et al.: Doctor patient Communication. *Sci. Am.* 1972, 227, 66-74.
- Lewin, K.: **La teoría del campo en la ciencia social**. Paidós, Buenos Aires.
- McGrane, H.F.: Effects of anxiety state and differentially structured content on achievement and a measure of compliance in an adult diabetic education program. *Education health*. 1979, 5354 - A/5344-A.
- Meicheanmaum, D.H. et al.: Training impulsive children to talk to themselves: a means of developing self control. *Journal of Abnormal Psychology*. 1971, 77, 115-126.
- Monedero, C. et al.: Psicología del niño adolescente diabético. *Rev. de Psicología General y Aplicada*. 1977, Mayo/Jun, 32/146, 391-397.
- Folaino - Lorente, A.: **La metapsicología freudiana**. Ed Dossat. Madrid, 1981.
- Folaino - Lorente, A.: **Depresión, actualización psicológica de un problema clínico**. Ed. Alhambra, Madrid, 1983.
- Folaino - Lorente, A.: **Acotaciones a la antropología freudiana**. Piura, 1983.
- Rogers, K.: **Freedom to learn**. Charles E. Merrill Publishing Co. Columbia. Ohio, 1969.
- Rutter, M. et al.: **Education, Health and Behaviour**, Longmans, London, 1970.
- Seeburg, K. et al.: **Effects of EMG Biofeedback on diabetes biofeedback and self regulation**. 1980, Vol. 5. núm. 2.
- Seligman, M.E.P.: **Helplessness: on depression development and death**. Freeman, S. Francisco, 19875.
- Simonds, J.F.: Emotions and compliance in idabetic children. *Psychosomatics. USA*, 1979, 20/8, 544-551.
- Stearns, S.: Some emotional aspects of the treatment of diabetes mellitus and the role of the physician. *N. England J. Med.* 1953, 249, 471-476.
- Storr, A.: **La agresividad humana**. Alianza Editorial. Madrid, 1970.
- Thorensen, C.E. et al.: **Behavioral self-control**. Holt, Rinehart and Winston, New York, 1974.
- Visher, J.W.: **Changes in behavior, anxiety and mood in diabetics following participation in dynamics for diabetics**. Dissertation Abstracts International. 1980, 41 (2-B), 703.
- Watson, C.G. et al.: **Self directed behavior: self modification for personal adjustment**. 2.ª ed. Brooks Cole. Monterrey, California. 1977.
- Windsor, R.A.: Improving patient - education assessment skills of Hospital staff: a causa study in diabetes. *Patient Counselling and Health Education*, 1981, 3,1, 28-29.
- Windsor, R.A.: Qualitative Issues in developing Educational Diagnostic Instruments and Assesment Procedures for Diabetic Patients. *DiabetesCare*, 1981, 4,4, 468-475.

Doctor DE JUAN

CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVO

Consulta, de 4'30 a 7,30

C.S.P. 2034-R

Juana de Vega, 31-3.º D. - Teléfono: 26 28 28

LA CORUÑA