

11241
14
201

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA, PSICOLOGIA
MEDICA Y SALUD MENTAL

"CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD Y ESTILOS
DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON ASMA"

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PRESENTA:

DRA. MA. ESTHER ANGELICA GONZALEZ GUADARRAMA

PARA OBTENER EL GRADO
DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Alvarez

Redondo

J.C.
TUTOR Y ASESOR:
ING. JOSE CORTES

MEXICO D.F. 1991



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

I.	INTRODUCCION.....	1
	a) ANTECEDENTES.....	1
	b) PROBLEMA.....	6
	c) HIPOTESIS.....	7
	d) OBJETIVO.....	7
II.	POBLACION Y METODOS.....	8
III.	RESULTADOS.....	9
IV.	DISCUSION.....	21
V.	BIBLIOGRAFIA.....	24

TESINA

DEPARTAMENTO A CARGO DEL PROYECTO:

CLINICA DE ESTUDIOS ESPECIALES
DIVISION DE INVESTIGACIONES CLINICAS
INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA I.N.E.R.

5. INTRODUCCION:

5.1 Antecedentes:

El asma es un padecimiento prototipo de enfermedad psicosom=atica, en donde la intervenci=on de la psiquiatria puede tener un importante papel terap=eutico. No es posible de terminar la direcci=on causal del proceso soma-psyque, psyque-soma lo cual adem=as nos llevar=ia a un dualismo insoluble, por ello los esfuerzos se han enfocado a encontrar los posibles factores psicol=ogicos que mantienen la enfermedad m=as que los que la producen.

En las investigaciones psicofisiologicas sobre el efecto del estres emocional y los mecanismos que causan sintomas en el =arbol respiratorio como el broncoespasmo, mediados por neuro--transmisores, pero tambien mecanismos que involucran al sis---

tema límbico y el hipotálamo, el sistema nervioso autónomo y el sistema inmunológico. (1).

Muchos factores psiquiátricos tienen un papel importante en el mantenimiento del asma en el adulto: ansiedad, depresión, interacciones familiares disfuncionales, características de personalidad y estresores ambientales, que pueden facilitar o impedir un apropiado seguimiento del régimen terapéutico establecido por el médico. (1).

Las disfunciones familiares han sido claramente identificadas como factores estresantes que precipitan los ataques de asma en los niños (2,3), éste patrón de respuestas aprendido en la infancia tendrá necesariamente repercusiones en la estructura de personalidad que desarrollará y en la forma de reaccionar ante el estrés en general. De hecho se ha planteado un esquema de condicionamiento clásico en estos niños que los llevará a responder de una manera estereotipada ante las alteraciones propias del árbol respiratorio y ante el estrés externo de la misma manera.(4).

Se han identificado patrones sintomáticos entre los pacientes asmáticos (Asthma Symptom Checklist-ASC) que permite determinar 2 constelaciones de síntomas: 1) Afectiva.- a) miedo-pánico, b) irritabilidad y c) fatiga; 2) Somática.- a) hiperventilación-hipocapnea y b) broncoconstricción. Y se plantea que el tipo de sintomatología presentada podría dar una idea de las estrategias de afrontamiento. (5). Estos patrones de sintomatología se han relacionado con la alexitimia, rasgo encontrado en los trastornos psicósomáticos y al parecer es

edad-dependiente en los pacientes con enfermedad pulmonar crónica.(6). Los asmáticos con alexitimia muestran una marcada tendencia a no reportar los síntomas afectivos de la ASC y minimizar los somáticos.(7).

Otros rasgos de personalidad(como:baja autoestima,agresividad reprimida)son reportados en pacientes con mayor cantidad de problemas interpersonales y con una carga extra de ansiedad que los lleva a una mayor dependencia a los fármacos. Este subgrupo de asmáticos muestra mayor tendencia a presentar puntajes altos en las escalas de depresión y son poco sociables.(8).

Los perfiles de personalidad del MMPI han mostrado básicamente la presencia de la triada neurótica(hipocondriasis,-histeria,depresión),y tanto la depresión como la ansiedad se encuentran conectadas a un tercer factor:introversión;los tres factores parecen ser interdependientes y estar asociados con cuadros asmáticos que no mejoran a pesar de la polifarmacia. Los pacientes dependientes de esteroides que reportan pocos síntomas neuróticos parecen corresponder a un subgrupo diferente los cuales tienen un componente alérgico predominante.(9).

Recientemente se ha postulado que:mas que las características de personalidad son las respuestas emocionales ante el estres las que ejercen efecto sobre la evolución del padecimiento.(5).

Estas formas de responder al estres se denominan Coping

en inglés y se traduce como Afrontamiento, el cual se define como todos aquellos intentos que hace el individuo de utilizar los recursos personales y sociales para resolver o adaptarse al problema. El afrontamiento es producto de procesos complicados que se dividen básicamente en dos: un proceso intrapsíquico primario de tipo cognitivo en respuesta al estresor y, un componente conductual que sirve para anular el problema. Estos mecanismos de afrontamiento han sido bien estudiados estableciéndose patrones básicos llamados Estilos(10). Estos estilos de afrontamiento son investigados mediante un inventario desarrollado por Lazarus en 1972.

Tenemos en la literatura estudios en pacientes médicamente enfermos, en cuanto a sus estilos de afrontamiento, pero no hay estudios específicamente en asma. Los reportes muestran que el conocimiento de los estilos de afrontamiento permite hacer intervenciones específicas breves para modificarlos con una mejoría en el estado físico y psicológico de los pacientes.(11).

De lo anteriormente expuesto queda claro que pacientes asmáticos pueden, de acuerdo a sus rasgos de personalidad y los mecanismos de afrontamiento que utilizan para contender con su enfermedad, ser agrupados en diferentes niveles que nos permiten hacer aproximaciones más completas a su padecimiento. La evaluación de estas variables puede ser sencilla mediante inventarios de personalidad y de estilos de afrontamiento autoaplicables.

El Cuestionario de Personalidad de Eysenck (CPE) fué estandarizado en Inglaterra en 1975 y partir de entonces un número considerable de estudios transculturales han establecido su aplicabilidad en otros países. E. CPE se adaptó y validó en México en 1989. (12).

El cuestionario esta basado en un modelo de tres dimensiones de la personalidad: Neurotismo (N), Psicotismo (P) y Extraversión (E). El modelo puede considerarse como jerárquico ya que describe tres grandes dimensiones que, subdivididas en niveles más bajos, evalúan rasgos más específicos que a su vez pueden ser divididos en hábitos de reacción o en instancias conductuales. La medida en que puede considerarse a estas tres dimensiones como básicas o elementales, dependerá del nivel que se escoja para describir la personalidad. Este instrumento es el apropiado para estudiar la personalidad a nivel de super-rasgos, con lo que se obtienen -- más facil replicas entre sexos, edades, métodos, etc.

Las tres dimensiones que mide el instrumento N,P,y E se refieren a conductas normales, no a síntomas, pese a que la terminología usada es basciamente de naturaleza psiquiátrica. Las escalas tambien difieren mucho de aquellas que miden patología como el MMPI; por ejemplo, en el caso de la escala de Neurotismo, ésta se refiere a aquellas variables de la personalidad que subyacen a la conducta, las cuales se vuelven patologicas solamente en casos extremos. Se prefiere por lo tanto el uso del término Emocionalidad al de Neurotismo --

y el de Dureza al de Psicotisismo.(12). (anexo A).

El inventario para métodos de afrontamiento originalmente desarrollado por Lazarus (13), no ha sido validado en México pero ha sido ampliamente manejado en otros países.(anexo B). Agrupa las respuestas en tres categorías: a) Activo-cognitiva, b) Activo-conductual y c) Evitatoria. El inventario también permite obtener información acerca del foco hacia el cual están dirigidos los mecanismos de afrontamiento, pudiéndose clasificar en dos categorías: una orientada al problema y la otra orientada hacia las emociones.(10). Se ha encontrado alguna diferencia de género para el foco de los mecanismos de afrontamiento, pero no se han hecho intentos por encontrar si éstas variaciones corresponden mas a características de personalidad que al género per sé.

Es necesaria una intervención psiquiátrica estructurada en la evaluación y manejo de los pacientes asmáticos que nos permita brindarle la mejor rehabilitación posible; para esto es necesario conocer las características de nuestra población y específicamente de la Institución, que nos permita proponer y establecer programas terapéuticos adecuados.

En México, hasta donde sabemos no se ha hecho un estudio en la población asmática adulta que brinde ésta información.

5.2 Problema:

- ¿Existen diferencias en las escalas del cuestionario de personalidad de Eysenck de la población de pacientes con asma y las de la población general?

-¿Cuales son los estilos de afrontamiento más usuales en los pacientes con asma?

-¿Existen relaciones entre las características de personalidad del CPE y los mecanismos de afrontamiento utilizados por los pacientes con asma?

5.3 Objetivos:

- Conocer las características de personalidad y los mecanismos de afrontamiento en la población de pacientes con asma que acuden al I.N.E.R.

- Encontrar relaciones entre las características de personalidad y los estilos de afrontamiento.

5.4 Hipótesis I:

Los pacientes con asma tienen diferentes puntajes en las escalas de personalidad que la población general.

Hipótesis II:

Existen diferencias en los estilos de afrontamiento entre los pacientes con asma.

Hipótesis III:

Los estilos de afrontamiento se correlacionan con las características de personalidad encontradas en los pacientes con asma.

6. POBLACION:

Se estudiaron pacientes adultos con diagnóstico de asma bronquial. Los pacientes estudiados pertenecían al servicio de consulta externa y de hospitalización del I.N.E.R. durante

los meses de Noviembre a Diciembre de 1990. Se excluyeron del estudio pacientes que durante la aplicación de los inventarios mostraron alteraciones psiquiatricas y cognitivas severas, además de ésto no hubo ningún otro criterio de exclusión.

7. METODO:

Se aplicó el CPE (anexo A) y el inventario de Mecanismos de Afrontamiento de Lazarus (anexo B). El cuestionario se aplico en forma de autoaplicación cuando esto fué posible, si el paciente se encontraba incapacitado para responderlos por sí mismo (analfabetas) fué leído por mi para su constestación. La información demográfica se botuvo directamente del paciente y la infomrmación referente al edo. de control del asma se obtuvo del expediente y por reporte del paciente.

De la anterior se desprende que se trató de una investigación de tipo descriptiva y transversal.

8. ANALISIS DE LOS RESULTADOS:

El analisis estadistico se hizo como se habia planeado: Para la hipótesis I: Se uso el contraste T para dos grupos independientes.

Para la hipótesis II: Se hizo el análisis de frecuencias y chi cuadrada.

Para la hipótesis III: Se utilizaron coeficientes de correlación.

9. RESULTADOS:

Se estudiaron un total de 36 pacientes, 32 mujeres y 4 hombres, con un rango de edad de 18 a 70 años y cuyas variables demográficas se encuentran en el cuadro No.1. Destaca el hecho de un promedio de escolaridad muy bajo, lo que condicionó dificultades importantes en la aplicación de los instrumentos, especialmente el Inventario de Afrontamiento de Lazarus. Las variables que nos miden el estado que guarda el asma se muestran en el cuadro No.2, los pacientes fue ron agrupados para efecto de estadística, con respecto al tiempo de evolución, el número de brotes por año y el tipo de tratamiento que estaban recibiendo. Otro dato sobre el asma fué el grado de interferencia con las actividades coti dianas, éste reportado por el paciente sin poder confirmarlo.

No hubo diferencia significativa en los promedios para cada una de las variables del asma reportadas en el cuadro No.2.

En el análisis de los resultados del Cuestionario de Personalidad de Eysenck, encontramos que nuestra población en todos los grupos de edad y en ambos sexos obtuvieron calificaciones para la escala de psicotismo muy por arriba de lo obtenido en la población general, con diferencia esta dísticamente significativa ($p/ .01$); la escala de extraversión se encontró con puntajes por abajo de la población general, igual con significancia estadística; y para la esca la de neurotismo encontramos puntajes altos con una dife-

rencia significativa (Tablas No.3 y 4). En la escala de de - seabilidad social no se encontraron diferencias.

Estas características de personalidad son uniformes en todos los pacientes independientemente del sexo, la edad o las características del asma. Estas características dibujan a nuestros sujetos como neuróticos, típicamente emocionales malhumorados, irritables, preocupones que reaccionan con gran intensidad a todo tipo de estímulos; los rasgos de psicosis nos los muestran como personas duras, frías, hostiles, agresivos, rudos y poco empáticos; la introversión se relaciona con individuos callados, reservados, distantes y algo pesimistas, con control de sus emociones e impulsos.

El análisis del Inventario de Estilos de Afrontamiento de Lazarus nos muestra por frecuencias con significancia estadística, obtenida por prueba binomial para diferencias entre dos porcentajes, 23 reactivos que contienen todas las formas posibles de afrontamiento, sin diferencia entre los estilos y los focos. Así tenemos 37.5% (9 reactivos) de respuestas activoconductuales, un 33.3% (8 reactivos) para respuestas activo-cognitivas y 25% (6 reactivos) de respuestas evitativas. Los focos dirigidos a las emociones y dirigido al problema mostraron: 62.5% y 37.5% respectivamente.

Al hacer la correlación de reactivos de afrontamiento con características de personalidad se encuentran pocos reactivos con correlación significativa, sin embargo se pueden encontrar algunas tendencias ($p < .20, x_2 = 2.5$ o mayor). Puntajes altos de psicosis correlacionan en forma inversa

CUADRO No. 1.
VARIABLES DEMOGRAFICAS

<u>EDAD</u>	<u>SEXO</u>	<u>OCUPACION</u>	<u>ESCOLARIDAD</u>
M=41.5 S=14.8	H 11% M 89%	Hogar 70% Estud. 11% Otros 19%	s/escuela 48% primaria 27% secundaria o prepa. 25%

CUADRO No. 2.
VARIABLES DEL ASMA

<u>T. EVOLUCION</u>	<u># DE BROTES EN EL ULTIMO AÑO</u>	<u>INTERFERENCIA</u>	<u>MEDICAMENTOS</u>
1 a 3 años 25%	0 a 1 30%	SI 48%	BRONCODILATADORES 36%
4 a 9 años 36%	2 a 3 39%	NO 52%	BRONCODILATADORES Y ESTEROIDES OCA- SIONALES. 39%
10 ó mas 39%	4 ó mas 30%		BRONCODILATADORES Y ESTEROIDES CON- TINUOS. 25%

CUADRO No. 3.

ESCALAS DEL EYSENCK POR SEXO COMPARATIVAS

	HOMBRES		MUJERES		VALORE Z	
	ASMA (n=4)	CONTROL (n=474)	ASMA (n=32)	CONTROL (n=514)	HOMBRES	MUJERES
PSICOTISISMO **						
Media	10.0	3.45	8.87	2.44		
S	1.58	3.17	1.57	2.38	7.09	21.13
EXTRAVERSION**						
Media	7.25	11.78	7.34	12.01		
S	1.08	3.81	2.28	3.84	-0.66	-10.54
NEUROTISISMO**						
Media	13.5	8.97	12.40	10.33		
S	3.77	3.26	3.07	4.99	2.07	3.55
DESEABILIDAD SOCIAL						
Media	9	9.10	9.93	10.10		
S	.70	4.6	2.66	4.20	-0.22	-0.51

** p / .01

CUADRO No. 4

ESCALAS DEL EYSENCK POR EDADES

	25 o menos (n=7)	26-35 (n=6)	36-45 (n=5)	46-55 (n=10)	56 ó más (n=8)
PSICOTISISMO**					
Media	9.71	8.5	9.8	8.8	8.5
S	1.5	2.0	1.3	1.5	1.1
EXTRAVERSION*					
Media	6.7	7.5	9.6	6.7	7.1
S	2.7	0.9	1.7	2.1	1.6
NEUROTISISMO**					
Media	12.7	13.0	14.0	11.0	13.0
S	3.6	1.4	2.7	2.6	3.7
DESEABILIDAD SOCIAL					
Media	10.4	10.0	7.6	10.9	9.25
S	1.4	2.1	3.0	1.9	2.8

** Las diferencias no son intergrupos, son con respecto a la poblacion general. las tablas se encuentran en la revista de Salud Mental 12(6):14-20. 1989.

p/ 0.05 y p/ 0.01

con los reactivos 10,23,24 y 67, respuestas que implican te
ner pocas alternativas para resolver los problemas, no cam-
biar conductas o intentar cosas diferentes para resolver los
problemas, esperar a ver que pasa antes de hacer nada; es
decir mecanismos de afrontamiento en el sentido de la eva -
luación no son aplicados, lo que implica el uso de mecanis-
mos evitativos o activo-conductuales enfocados a las emocio-
nes, (cuadro No.5).

Para los rasgos de extraversión tenemos los reactivos
2, 7, 17 y 47 que hablan de mecanismos tales como analizar
el problemas, buscar causas o responsables, manifestar sus
emociones y desquitarse con los demás. Esto es un rasgo de
que utiliza mecanismos activo-conductuales y aunque hace in
tentos por comprender el problema, sus estrategias se enfo-
can a las emociones,

El puntaje alto en la escala de neurotismo no mostró
correlaciones estadísticamente significativas, únicamente
tendencia, que lo muestran como un sujeto que se critica y
se sermonea, se culpa de su enfermedad o recaída no creé en
milagros ni considera que sea su destino, busca ayuda y pue
de aceptar la simpatía de los demás, reza poco y es capaz
de hacer cambios para intentar que mejores las cosas (reacti-
vos 9, 11, 12, 18, 22, 24, 29, 35, 37, 39, 60, 63 y 64). Me
canismos basicamente todos ellos de tipo activo-conductual.

El análisis factorial del Inventario de Afrontamiento,
muestra tres posibles subescalas de consistencia interna
significativa (cuadro No.6): subescala A con reactivos que

CUADRO No. 5.

	REACTIVO	X ²		REACTIVO	X ²
PSICOTISISMO	10	4.21**	NEUROTISISMO	9	2.09*
	23	3.49*		11	3.3*
	24	4.11**		12	2.07*
	67	2.33*		18	2.49*
EXTRAVERSION	2	2.37*	22	2.03*	
	7	2.37*	24	2.92*	
	17	7.31**	29	3.5 *	
	47	2.83*	35	2.61*	
			37	7.07*	
DESEABILIDAD SOCIAL	11	3.02*	39	2.72*	
	16	3.85*	60	2.03*	
	21	2.45*	63	3.3 *	
			64	3.3 *	

** p < .05

* p < .20

CUADRO No. 6.

FACTORIZACION DE SUBESCALAS

	<u>SUBESCALA A</u>	<u>SUBESCALA B</u>	<u>SUBESCALA C</u>
MEDIA	46.6	27.5	33.5
S	5.6	4.9	3.1

CUADRO No. 7.

CORRELACION DE SUBESCALAS

	<u>SUBESCALA A</u>	<u>SUBESCALA B</u>	<u>SUBESCALA C</u>
PSICOTISISMO	r=0.057	r=0.391*	r=0.139
ESTRAVERSION	r=0.399*	r=0.193	r=0.192
NEUROTISISMO	r=0.432**	r=0.205	r=0.111
DEASEABILIDAD SOCIAL	r=0.179	r=-0.162	r=-0.276

* p \angle .05

** p \angle .01

miden afrontamiento de tipo activo-cognitivo y conductual, el 50% con foco en las emociones y el otro 50% en el problema. Subescala B con respuestas de tipo evitativo y foco en las emociones; la tercera, subescala C, que contiene afrontamientos de tipo cognitivo y conductual, pero con el foco en las emociones en el 77 % de los reactivos.

La correlación entre los tipos de personalidad P,E,N, y estas tres subescalas se encuentra de la siguiente manera: psicotismo y subescala B con $r=.0391$; para extraversión y subescala A con $r=0.399$ y finalmente neuroticismo y subescala A con $r=0.432$ (cuadro No.7).

Finalmente una correlación múltiple entre las tres subescalas de Lazarus, las cuatro escalas de personalidad y las variables demográficas nos muestran correlaciones significativas entre: interferencia con actividad y subescala A, interferencias con actividades y la escala de deseabilidad social, ambas con una $p/.10$; es decir que las personas que reportaron tener interferencia por el asma, tuvieron puntajes altos en la escala de deseabilidad social(mentiras) y puntajes igualmente altos de afrontamiento activo-cognitivo.

La otra correlación significativa, fué entre la subescala B(evitación) y el programa farmacológico seguido; observamos que los pacientes con mayores puntajes en la subescala B eran los que tomaban broncodilatadores exclusivamente(un asma relativamente controlada) y aquellos con puntajes mas bajos correspondieron al grupo de pacientes con esteroides en forma continúa.(cuadros No.8 y 9).

CUADRO No. 8.

INTERFERENCIA DE ACTIVIDADES

	SI (n=19)	NO (n=17)	VALOR DE F
PSICOTISISMO			
Media	8.78	9.23	
S	1.73	1.47	0.64
EXTRAVERSION			
Media	7.52	7.1	
S	2.4	1.7	0.30
NEUROTISISMO			
Media	13.3	11.6	
S	3.5	2.3	2.51
DESEABILIDAD SOCIAL			
Media	10.6	8.9	
S	2.3	2.4	4.20*
SUBESCALA A			
Media	42.1	38.8	
S	5.7	5.0	3.06*
SUBESCALA B			
Media	27.6	27.8	
S	2.0	2.3	0.55
SUBESCALA C			
Media	33.4	33.7	
S	3.0	3.3	0.007

* $p < .01$

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CUADRO No. 9

	MEDICAMENTOS			
	<u>BRONCODILADORES</u> (n=13)	BRONCODILADORES Y ESTEROIDES OCACIONALES (n=14)	BRONCODILADORES Y ESTEROIDES CONSTANTES (n=9)	
Psicosisismo				
Media	9.1	8.7	9.1	
S	1.5	1.9	1.1	
EXTRAVERSION				
Media	7.7	7.4	6.5	
S	2.1	2.0	2.2	
NEUROTISISMO				
Media	12.9	12.0	12.7	
S	3.4	2.7	3.2	
DESEABILIDAD SOCIAL				
Media	8.8	10.2	10.6	
S	2.2	1.4	3.5	
SUBESCALA A				
Media	40.8	40.8	40.4	
S	5.6	5.6	3.9	
SUBESCALA B				
Media	28.5	27.7	25.7	
S	1.9	2.4	0.9	
SUBESCALA C				
Media	34.0	33.7	32.4	
S	2.8	2.8	3.8	

F=5.03**
p<0.05

10. DISCUSION:

El análisis de nuestros datos muestra una población de asmáticos con rasgos caracterológicos de alto neurotismo psicotismo e introversión; esta combinación de rasgos es consistente con los reportados en estudios de asmáticos, en donde se reportan individuos con agresividad reprimida (duros y hostiles pero reservados y que tratan de controlar sus emociones), con baja autoestima, problemas interpersonales (muy frecuentes en las personas con escala de psicotismo alta) y alexitimia (6, 7, y 8). En el MMPI se reporta la triada neurótica y la introversión (9).

Tenemos pues una población con super-rasgos como formas de ser y no como patología. No mostraron además ser factores capaces de diferenciar a los pacientes en relación al estado de control de la enfermedad; lo cual es también consistente con la literatura en donde no se ha podido encontrar tal diferencia.

Un rasgo difiere de un mecanismo de afrontamiento, principalmente en el grado, ya que el rasgo representa formas amplias y muy generalizadas de referirse a los individuos y el afrontamiento implica estrategias cognitivas, procesadas que requieren de esfuerzo y que tiene el objetivo de reducir la tensión, son más particulares y su falla implica desequilibrio (13).

El análisis factorial en nuestro estudio nos permitió diferenciar claramente dos subescalas y correlacionarlas con los rasgos de personalidad, y dado que el rasgo de personalidad predominante fue el psicotismo, es importante

su relación con la subescala de mecanismos evitativos. Y aunque el mecanismo de afrontamiento no se puede evaluar fuera del contexto en que se desencadena (igual que los mecanismos de defenza), podemos hacer algunas aproximaciones.

Folkman y Lazarus(13) han encontrado que el estrés relacionado con la enfermedad condiciona mecanismos que están mas dirigidos a las emociones, en contraste con otros estresantes como el trabajo o la familia. Nuestros pacientes tienen todos tendencia a evaluar, o mas bien a no evaluar, evitar e intentar neutralizar las emociones. La medida en que esta forma de contensión es usada específicamente para el asma, o si su utilización es sistemática ante otros estresores no puede ser determinada por nuestros datos; la posibilidad de que este patrón pueda tener implicaciones causa-efecto o agravamiento tampoco nos es posible determinarlo.

Los estudios de afrontamiento y asma, observan que cuando los asmáticos concentran su atención en su respiración se favorecian mecanismos de afrontamiento adaptativo, mientras que la ausencia de estos reduce la movilización necesaria. Esto para el caso del asma, como de todas las enfermedades crónicas, muestra que un poco de evitación específica y controlada ayuda a contender con el estrés, pero un exceso paraliza y es autodestructiva. Otra forma en que el afrontamiento puede dañar la salud es por la tendencia al uso de sustancias potencialmente nocivas; finalmente, mediante afrontamientos poco adaptativos se puede influir en las reacciones neuroquímicas, su frecuencia, duración e

intensidad, permitiendo que el estrés se convierta en amenaza incontrolable o daño.

Un estilo de afrontamiento unido a rasgos caracterológicos, como el que se muestra en nuestros resultados, ha sido encontrado en otro tipo de pacientes médicos; el patrón de conducta tipo A es una combinación de rasgos y estilos que ha sido sin duda demostrado como un factor predisponente a enfermedad coronaria(14).

El estudio de los factores caracterológicos y de afrontamiento así conceptuados, han dado útil información, y aunque aún las investigaciones están lejos de ser completas, están sistematizadas. Los resultados aquí obtenidos, requieren de corroboración, la profundización en el análisis de ellos, en este sentido cognitivo-conductual, podría dar información que permita establecer un patrón de conducta para los asmáticos en forma semejante al descrito para los pacientes coronarios. La importancia de estudiar estos aspectos es la implicación terapéutica, dado que terapias de tipo cognitivo son de comprobada eficacia, superior a intervenciones educacionales o terapias conductuales como relajación y biofeedback.(15).

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Thompson W.L. Adv. Psychosom. Med. 14:33-47. 1985.
- 2.- Meijer A. Child Psychiat. Human Develop. 9(3):161-9. 1979.
- 3.- Matus I. Amer. J. Orthopsychiat. 51(2):327-41. 1981.
- 4.- Kinsman R.A. Psychosom. Med. 36(2):129-43. 1974.
- 5.- Luparello T. Psychosom. Med. 35(3):250-67. 1973.
- 6.- Feiguien R.J. Psychother. Psychosom. 37:185-88. 1982.
- 7.- Brow E. L. Psychother. Psychosom. 36:116-21. 1981.
- 8.- Plutchink R. J. Psychosom. Res. 22:401-8. 1978.
- 9.- Teiramaa E. J. Psychosom. Res. 22:401-31. 1978.
- 10.-Billings A.G. J. Behav. Med. 4(2):139-57. 1981.
- 11.-Fawzy F.I. Arch. Gen. Psychiat. 47:720-5. 1990.
- 12.-Eysenck S.B. Salud Mental 12(6):14-20. 1989.

13.- Lazarus R.S. Estres y Procesos Cognitivos 1986.

14.- Appels A. Br. J. Psychiatry 156:465-71. 1990.

15.- Haaga D.A. Clin Psychology Rev. 7:557-74. 1987.

CPE Adultos (2a. versión)

SEXO _____ EDAD _____ ESTADO CIVIL _____
 OCUPACION _____ ESCOLARIDAD _____

INSTRUCCIONES:

Por favor conteste cada pregunta tachando el "SI" o "NO" según su caso. No hay contestaciones correctas ni incorrectas, y no hay preguntas engañosas. Trabaje con rapidez y no piense demasiado en el significado de las preguntas.

(RECUERDE CONTESTAR CADA PREGUNTA)

1. ¿Tiene usted muchos pasatiempos o entretenimientos?..... SI NO
2. ¿Tiene a menudo altibajos en su estado de ánimo? SI NO
3. ¿Se ha atribuido alguna vez el mérito de algo que sabía le correspondía a otra persona? SI NO
4. ¿Es usted una persona platicadora? SI NO
5. ¿Se siente alguna vez decaído, sin ninguna razón? SI NO
6. ¿En alguna ocasión ha tomado más de lo que le correspondía por ambicioso? SI NO
7. ¿Es usted una persona animada? SI NO
8. ¿Se entristecería mucho si viera sufrir a un niño o a un animal? . SI NO
9. ¿Se preocupa a menudo por cosas que no debería haber dicho o hecho? SI NO
10. Cuando se compromete a algo, ¿cumple siempre su promesa a pesar de las dificultades que le ocasione? SI NO
11. Normalmente, ¿puede usted relajarse y disfrutar de una reunión animada? SI NO
12. ¿Es usted una persona irritable? SI NO
13. ¿Le ha echado alguna vez la culpa a alguien de algo que usted era responsable? SI NO
14. ¿Le gusta conocer gente nueva? SI NO
15. ¿Se siente fácilmente herido en sus sentimientos? SI NO
16. ¿Son buenos y convenientes todos sus hábitos? SI NO
17. ¿Tiende usted a mantenerse en segundo plano en reuniones sociales? SI NO
18. ¿Tomaría drogas que pudiesen tener efectos extraños o peligrosos?. SI NO
19. ¿Se siente a menudo harto? SI NO
20. ¿Ha tomado alguna vez algo (aunque sea un alfiler o un botón) que no fuera suyo? SI NO
21. ¿Le gusta mucho salir? SI NO
22. ¿Le gusta herir a las personas que quiere? SI NO
23. ¿Le atormentan a menudo sentimientos de culpa? SI NO
24. ¿Tiene enemigos que quieren hacerle daño? SI NO

- | | | |
|--|----|----|
| 25. ¿Se considera una persona nerviosa? | SI | NO |
| 26. ¿Tiene muchos amigos? | SI | NO |
| 27. ¿Le gusta hacer bromas que a veces puedan realmente lastimar a las personas? | SI | NO |
| 28. ¿Se considera una persona que se preocupa demasiado? | SI | NO |
| 29. Cuando era niño, ¿hacía lo que le ordenaban inmediatamente y sin protestar? | SI | NO |
| 30. ¿Le importan mucho los buenos modales y la limpieza? | SI | NO |
| 31. ¿Se preocupa de cosas terribles que puedan suceder? | SI | NO |
| 32. ¿Ha roto o perdido algo que perteneciera a otra persona? | SI | NO |
| 33. ¿Usualmente toma usted la iniciativa de hacer nuevos amigos? | SI | NO |
| 34. ¿Se considera una persona tensa o "nerviosa"? | SI | NO |
| 35. Cuando está con otras personas, ¿permanece generalmente callado? .. | SI | NO |
| 36. ¿Considera que el matrimonio es anticuado y debiera eliminarse? .. | SI | NO |
| 37. ¿Siente algunas veces lástima por usted mismo? | SI | NO |
| 38. ¿Es usted de los que a veces tiende a presumir? | SI | NO |
| 39. ¿Le resulta fácil animar una fiesta que esté aburrida? | SI | NO |
| 40. ¿Le molestan las personas que manejan con cuidado? | SI | NO |
| 41. ¿Ha dicho alguna vez algo malo o desagradable acerca de alguien? .. | SI | NO |
| 42. ¿Le gusta contar chistes y anécdotas a sus amigos? | SI | NO |
| 43. ¿Le cuesta trabajo interesarse por lo que sucede a su alrededor? .. | SI | NO |
| 44. De niño, ¿fue alguna vez grosero con sus padres? | SI | NO |
| 45. ¿Le gusta estar con gente? | SI | NO |
| 46. ¿Sufre de insomnio? | SI | NO |
| 47. ¿Se lava siempre las manos antes de comer? | SI | NO |
| 48. ¿Se ha sentido a menudo desanimado y cansado sin ninguna razón? .. | SI | NO |
| 49. ¿Ha hecho alguna vez trampa en un juego? | SI | NO |
| 50. ¿Le gusta hacer cosas en las que tenga que actuar con rapidez? .. | SI | NO |
| 51. ¿Es (o fue) su madre una buena mujer? | SI | NO |
| 52. ¿Siente a menudo que la vida es aburrida? | SI | NO |
| 53. ¿Se ha aprovechado alguna vez de alguien? | SI | NO |
| 54. ¿Hay varias personas que tratan de evitarlo? | SI | NO |
| 55. ¿Piensa usted que la gente pierde demasiado tiempo asegurando su futuro con ahorros y seguros? | SI | NO |
| 56. ¿Dejaría de pagar sus impuestos si supiera que nunca lo iban a descubrir? | SI | NO |
| 57. ¿Es usted capaz de poner ambiente en una fiesta? | SI | NO |
| 58. ¿Se preocupa demasiado después de una experiencia vergonzosa? ... | SI | NO |

59. ¿Ha insistido alguna vez en salirse con la suya?	SI	NO
60. Cuando viaja por autobús, tren o avión ¿llega a menudo en el último minuto?	SI	NO
61. ¿Sufre usted de los "nervios"?	SI	NO
62. ¿Ha dicho alguna vez algo a propósito para ofender a alguien? ...	SI	NO
63. ¿Terminan fácilmente sus amistades sin que usted tenga la culpa?	SI	NO
64. ¿Se siente a menudo solo?	SI	NO
65. ¿Practica usted siempre lo que predica?	SI	NO
66. ¿Le gusta a veces molestar a los animales?	SI	NO
67. ¿Se ofende fácilmente cuando la gente encuentra errores en usted o en su trabajo?	SI	NO
68. ¿Ha llegado alguna vez tarde al trabajo o a una cita?	SI	NO
69. ¿Le gusta que haya mucho bullicio y animación a su alrededor? ...	SI	NO
70. ¿Le gustaría que la gente le tuviera miedo?	SI	NO
71. ¿Se siente algunas veces lleno de energía y otras perezoso y desanimado?	SI	NO
72. ¿Deja a veces para mañana lo que podría hacer hoy?	SI	NO
73. ¿Piensan otras personas que usted es una gente llena de vida? ...	SI	NO
74. ¿Le cuentan a usted muchas mentiras?	SI	NO
75. ¿Es usted muy susceptible para ciertas cosas?	SI	NO
76. ¿Está siempre dispuesto a admitir sus errores?	SI	NO
77. ¿Sentiría compasión si viera a un animal atrapado en una trampa?	SI	NO
78. ¿Le ha molestado llenar este cuestionario?	SI	NO

ASEGURESE DE QUE HA CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS

	<i>En absoluto</i>	<i>En alguna medida</i>	<i>Bastante</i>	<i>En gran medida</i>
1. Me he concentrado exclusivamente en lo que tenía que hacer a continuación (en el próximo paso).	0	1	2	3
2. Intenté analizar el problema para comprenderlo mejor.	0	1	2	3
3. Me volqué en el trabajo en otra actividad para olvidarme de todo lo demás.	0	1	2	3
4. Creí que el tiempo cambiaría las cosas y que todo lo que tenía que hacer era esperar.	0	1	2	3
5. Me comprometo o me propuse sacar algo positivo de la situación.	0	1	2	3
6. Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quedé sin hacer nada.	0	1	2	3
7. Intenté encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión.	0	1	2	3
8. Hablé con alguien para averiguar más sobre la situación.	0	1	2	3
9. Me criticó o me sermoneó a mi mismo.	0	1	2	3
10. No intenté quemar mis naves sino que dejé alguna posibilidad abierta.	0	1	2	3
11. Confíe en que ocurriera un milagro.	0	1	2	3
12. Seguí adelante con mi destino (simplemente, algunas veces tengo mala suerte).	0	1	2	3
13. Seguí adelante como si no hubiera pasado nada.	0	1	2	3
14. Intenté guardar para mí mis sentimientos.	0	1	2	3

	En absoluto	En alguna medida	Bastante	En gran medida
15. Busqué algún resquicio de esperanza, por así decirlo; intenté mirar las cosas por su lado bueno.	0	1	2	3
16. Dormí más de lo habitual en mí.	0	1	2	3
17. Manifesté mi enojo a la(s) persona(s) responsable(s) del problema.	0	1	2	3
18. Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona.	0	1	2	3
19. Me dije a mí mismo cosas que me hicieron sentirme mejor.	0	1	2	3
20. Me sentí inspirado para hacer algo creativo.	0	1	2	3
21. Intente olvidarme de todo.	0	1	2	3
22. Busqué la ayuda de un profesional.	0	1	2	3
23. Cambié, madure como persona.	0	1	2	3
24. Espere a ver lo que pasaba antes de hacer nada.	0	1	2	3
25. Me disculpé o hice algo para compensar.	0	1	2	3
26. Desarrollé un plan de acción y lo seguí.	0	1	2	3
27. Acepté la segunda posibilidad mejor después de la que yo quería.	0	1	2	3
28. De algún modo expresé mis sentimientos.	0	1	2	3

	En absoluto	En alguna medida	Bastante	En gran medida
29. Me di cuenta de que yo fui la causa del problema.	0	1	2	3
30. Salí de la experiencia mejor de lo que entré.	0	1	2	3
31. Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema.	0	1	2	3
32. Me alejé del problema por un tiempo; intenté descansar o tomarme unas vacaciones.	0	1	2	3
33. Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos, etc.	0	1	2	3
34. Tomé una decisión importante o hice algo muy arriesgado.	0	1	2	3
35. Intente no actuar demasiado deprisa o dejarme llevar por mi primer impulso.	0	1	2	3
36. Tuve fe en algo nuevo.	0	1	2	3
37. Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara.	0	1	2	3
38. Redescubrí lo que es importante en la vida.	0	1	2	3
39. Cambié algo para que las cosas fueran bien.	0	1	2	3
40. Evité estar con la gente en general.	0	1	2	3

	En absoluto	En alguna medida	Bastante	En gran medida
41. No permití que me venciera; rehusé pensar en el problema mucho tiempo.	0	1	2	3
42. Pregunté a un pariente o amigo y respeté su consejo.	0	1	2	3
43. Oculté a los demás lo mal que me iban las cosas.	0	1	2	3
44. No tomé en serio la situación; me negué a considerarla en serio.	0	1	2	3
45. Le conté a alguien cómo me sentía.	0	1	2	3
46. Me mantuve firme y peleé por lo que quería.	0	1	2	3
47. Me desquite con los demás.	0	1	2	3
48. Recurrí a experiencias pasadas; ya me había encontrado antes en una situación similar.	0	1	2	3
49. Sabía lo que había que hacer, así que redoblé mis esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien.	0	1	2	3
50. Me negué a creer lo que había ocurrido.	0	1	2	3
51. Me prometí a mí mismo que las cosas serían distintas la próxima vez.	0	1	2	3
52. Propuse un par de soluciones distintas al problema.	0	1	2	3

	En absoluto	En alguna medida	Bastante	En gran medida
53. Lo acepté ya que no podía hacer nada al respecto.	0	1	2	3
54. Intenté que mis sentimientos no interfirieran demasiado con otras cosas.	0	1	2	3
55. Deseé poder cambiar lo que estaba ocurriendo o la forma cómo me sentía.	0	1	2	3
56. Cambié algo de mí.	0	1	2	3
57. Soñé o me imaginé otro tiempo y otro lugar mejor que el presente.	0	1	2	3
58. Deseé que la situación se desvaneciera o terminara de algún modo.	0	1	2	3
59. Fantaseé e imaginé el modo en que podrían cambiar las cosas.	0	1	2	3
60. Recé.	0	1	2	3
61. Me preparé para lo peor.	0	1	2	3
62. Repasé mentalmente lo que haría o diría.	0	1	2	3
63. Pensé cómo dominaría la situación alguna persona a quien admiro y la tomé como modelo.	0	1	2	3
64. Intenté ver las cosas desde el punto de vista de la otra persona.	0	1	2	3
65. Me recordé a mí mismo cuánto peor podrían ser las cosas.	0	1	2	3
66. Hice <i>jogging</i> u otro ejercicio.	0	1	2	3
67. Intenté algo distinto de todo lo anterior. (Por favor, describalo.)	0	1	2	3