



320825  
UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO

PLANTEL TLALPAN  
ESCUELA DE PSICOLOGIA  
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

"RELACION ENTRE EL PERFIL DE PERSONALIDAD  
Y EL CONTROL DIABETICO"

**T E S I S**  
QUE PRESENTA :  
MARTHA PATRICIA HURTADO OLIVO  
PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

ASESOR DE TESIS: DR. HECTOR ALEJANDRO ORTEGA SOTO

MEXICO, D. F.

1994

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

UNAM



## **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.

2023

**A la memoria de mi padre**

**A mi madre**

**A la familia Hayashi - Hurtado**

**A la familia Hurtado - Pimentel**

**A la familia Hurtado - Vázquez**

**A Ana María Barroso C.**

**A Alejandra Vilalpando R.**

**A Leticia Aguilar J.**

**Agradezco la colaboración de los maestros:**

**Dr. Héctor A. Ortega Soto.**

**Lic. Martina Ramírez Chávez.**

**Lic. Ana Carolina Fontes Martínez.**

## INDICE

	PAG.
Introducción.	
Capítulo I	
TEORIAS DE LA PERSONALIDAD.	
1.1. Teorías Ideográficas.....	4
1.1.1. Teorías de los Tipos.....	4
1.1.1.1. Kretschmer.....	4
1.1.1.2. Sheldon.....	5
1.1.2. Teorías de los Rasgos.....	5
1.1.2.1. Allport.....	5
1.1.3. Teorías Psicoanalíticas.....	6
1.1.3.1. Freud.....	6
1.1.3.2. Adler.....	10
1.1.3.3. Jung.....	11
1.1.3.4. Sullivan.....	13
1.1.3.5. Horney.....	15
1.2. Teorías Nomotéticas.....	16
1.2.1. Teorías Motivacionales.....	16
1.2.1.1. Maslow.....	16
1.2.2. Teorías del Aprendizaje.....	18
1.2.2.1. Pavlov.....	19
1.2.2.2. Skinner.....	20
1.2.2.3. Bandura.....	22
1.2.3. Teorías Factoriales.....	23
1.2.3.1. Eysenck.....	24
1.2.3.1.1. Tipos de personalidad.....	25
1.2.3.1.2. Características de las dimensiones.....	27
1.2.3.1.3. Herencia y medio ambiente.....	28
1.2.3.1.4. Bases biológicas.....	30
1.2.3.1.5. Cuestionarios de personalidad.....	32
Capítulo II	
DIABETES MELLITUS O SACARINA	
2.1. Generalidades.....	38
2.1.1. Definición.....	36
2.1.2. Fisiopatología.....	36
2.1.3. Tipos de diabetes.....	38
2.1.4. Etiología.....	39
2.1.5. Sintomatología y diagnóstico.....	40
2.1.6. Tratamiento.....	41
2.1.7. Complicaciones.....	42

2.2. Diabetes y Medicina Psicosomática.....	43
2.3. Diabetes y Factores Psicológicos.....	47
2.3.1. Personalidad.....	50
2.3.2. Control diabético.....	51
2.3.3. Patología psiquiátrica.....	55

### Capítulo III

#### METODOLOGIA.

3.1. Problema.....	59
3.2. Objetivos.....	59
3.3. Hipótesis.....	59
3.4. Definición de términos.....	61
3.5. Población.....	62
3.6. Muestra.....	62
3.7. Variables.....	63
3.8. Diseño de investigación.....	63
3.9. Descripción del instrumento.....	63
3.10. Procedimiento.....	65
3.11. Estrategia de análisis estadístico.....	67

### Capítulo IV

#### RESULTADOS

4.1. Resultados.....	68
4.2. Discusión y Conclusiones.....	72
4.3. Sugerencias.....	75

### BIBLIOGRAFIA

### ANEXOS.

## INTRODUCCION

Existe una importante relación entre las hormonas y la conducta del ser humano; en donde el exceso o el defecto de la secreción glandular, puede repercutir en cambios emocionales en el individuo, afectando sustancialmente su calidad de vida.

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica, que resulta de una insuficiencia de los islotes de Langerhans, y que en México representa un verdadero problema nacional de salud, ya que ocupa el cuarto lugar, como causa de mortandad en el país. Ello pudiera responder a que en la mayoría de las ocasiones, la enfermedad se diagnostica en una etapa avanzada, cuando ya el paciente requiere de cuidados costosos en unidades de tercer nivel, en donde no siempre pueden detener la evolución de la enfermedad.

Pero, por otro lado, otro factor que influye, es el hecho de que la mayoría de los pacientes diabéticos, no controlan su enfermedad.

MackInnon y Michels (1988), afirman que, ante cualquier enfermedad física, según la estructura básica del carácter, un paciente podrá caer en un estado de desamparo y dependencia; en tanto que otro negará la enfermedad e insistirá en proseguir en sus actividades usuales; y otros, se deprimirán como resultado de su incapacidad para proseguir sus ocupaciones habituales.

Sin embargo, todavía son pocos los estudios que se han llevado a cabo en tomo a las repercusiones psicológicas que conlleva la diabetes mellitus.

Es así como la presente investigación pretendió conocer, si la estructura de personalidad tenía relación con el control de la diabetes, empleando para ello, un instrumento poco común en México, el Cuestionario de Personalidad de Eysenck.

En la primera parte de este estudio, se presentan los diversos enfoques de las teorías de personalidad, en donde se podrá observar que cada una de ellas intenta explicarla, considerando diferentes elementos.

En la segunda parte, se abordará el tema de la diabetes mellitus, en donde se conocerán las generalidades de la enfermedad; así como la evolución de la medicina psicosomática en el presente siglo, y, los diferentes factores psicológicos conocidos en torno a la diabetes, tales como: personalidad, familia, locus de control, angustia, depresión, problemas sexuales y anorexia.

En la tercera y cuarta parte, se describirá la metodología y los resultados que arrojó la investigación.



**C A P I T U L O   I**

**T E O R I A S   D E   L A   P E R S O N A L I D A D**

## TEORIAS DE LA PERSONALIDAD

Los antecedentes más remotos de las teorías sobre la estructura de la personalidad se encuentran en la antigüedad, entre los siglos II y III A.C., con los griegos.

A Hipócrates se le atribuye la doctrina de los cuatro temperamentos: sanguíneo, melancólico, colérico y flemático. Sin embargo, fué Galeno quién posteriormente divulgó y asignó una causa definida a cada uno de los cuatro tipos, según el predominio de ciertos humores corporales. Así, de la persona sanguínea, siempre llena de entusiasmo, se decía que su temperamento se debía a la fuerza de la sangre. La tristeza del melancólico, a la sobreactivación de la bilis negra; la irritabilidad del colérico, al predominio de la bilis amarilla en el cuerpo; y la aparente lentitud y apatía del flemático a la influencia de la flema.

La doctrina de los cuatro temperamentos, fué una teoría muy influyente sobre la personalidad durante varios siglos.

En 1798, Immanuel Kant publicó su libro *Anthropologie*, en donde se encuentra una descripción detallada de las características de conducta de cada uno de los cuatro temperamentos. Postuló que, a cada persona únicamente le correspondía uno sólo de ellos, pues era imposible concebirlos mezclados o combinados en los seres humanos.

Eysenck, H. J. y Eysenck, M.W. (1987) consideran que la concepción moderna de la personalidad se originó con Wilhelm Wundt en 1903; pues desafiando la categórica descripción de los antiguos griegos y de Kant, introdujo otra dimensional.

Según este autor, las personas podían presentar una combinación de los cuatro temperamentos sobre dos dimensiones: una referida a la fuerza, y la otra, a la velocidad de mudar de los sentimientos de una persona. De esta manera, el melancólico, y el colérico corresponderían a los fuertes mientras que el flemático y el sanguíneo a los débiles.

Los temperamentos variables, corresponderían al colérico y sanguíneo; y los inmutables, al melancólico y flemático. (Eysenck H.J. y Eysenck, M.W. 1987)

Así, la personalidad, ya no se presentaba como un concepto estático, e independiente; sino como algo más dinámico.

Posteriormente, surgieron una serie de autores que pretendiendo entender más la personalidad, no sólo se abocaron a la observación y descripción de la misma, sino que además, comenzaron a tomar en cuenta otros elementos y métodos, dando origen a las diferentes teorías de la personalidad.

Por esta razón, no existe una definición de personalidad -y por ende, clasificación alguna- que sea universalmente aceptada, pues cada una de ellas refleja el campo donde el investigador centra su atención, los métodos que emplea para abordar el tema y la teoría en que se apoya.

Sin embargo, para fines de la presente investigación, se definirá de acuerdo al concepto de H.J. Eysenck:

Personalidad es la suma total de patrones culturales, actuales y potenciales del organismo, determinados por la herencia y por el medio social; se origina y desarrolla a través de la interacción funcional de los cuatro sectores principales, dentro de los cuales están organizados estos patrones de conducta: el sector cognoscitivo (intelectual), el sector conativo (carácter), el sector afectivo (temperamento), y el sector somático (constitucional). (Cuell, J., Reidl, L., Martí, C., Larigue, T., y Michaca, P. 1990)

De la misma manera, el autor clasifica a las teorías de la personalidad en dos grandes grupos: las ideográficas y las nomotéticas.

**Ideográficas:**

Son descriptivas e individualizantes. Buscan regularidades intraindividuales, estudiando pocos casos únicos. Basan sus afirmaciones y suposiciones en la interpretación que el sujeto da de lo que sucede dentro de él, de acuerdo a como éste lo percibe, subrayándose las características únicas y el estudio de la personalidad total.

**Nomotéticas:**

Son todas aquellas regidas por leyes naturales de carácter universal, es decir, buscan regularidades interindividuales, estudiando grandes conjuntos de sujetos al mismo tiempo, investigando cuáles aspectos ó factores se presentan en todos, con mas o menos regularidad, para descubrir las leyes generales que explican y gobiernan a éstos. (Eysenck, citado en Cueli et.al., 1990).

Cueli et al. (1990) ubica dentro de las teorías ideográficas a:

- Las teorías de los tipos: Sheldon y Kretschmer.
- Las teorías de los rasgos: Allport.
- Las teorías psicoanalíticas: Freud, Adler, Jung, Horney, Sullivan.

Corresponden a las teorías nomotéticas:

- Las teorías motivacionales: Maslow.
- Las teorías del aprendizaje: Pavlov, Skinner, Bandura.
- Las teorías factoriales: Eysenck

## **1.1. Teorías ideográficas**

### **1.1.1. Teorías de los tipos**

Son aquéllas que suponen la existencia de categorías aisladas, que pretenden conocer el comportamiento de un individuo por su fisonomía y aspecto externo.

#### **1.1.1.1. E. Kretschmer.**

Este autor clasificó a la gente en cuatro categorías:

- 1.- Pícnicos: Las personas obesas.
- 2.- Leptosómicos: Los individuos que fueran altos y delgados.
- 3.- Atlético: Los sujetos musculosos.
- 4.- Displásticos o asimétricos: Todos aquéllos que no tuvieran cabida dentro de alguna de las categorías anteriores.

Después de agrupar a sus pacientes, el autor comparó sus constituciones físicas con los diagnósticos de desorden mental y encontró que los pícnicos eran más frecuentemente maniaco-depresivos, y que los leptosómicos y atléticos se inclinaban más hacia la esquizofrenia.

Llevando su teoría al terreno de las personas sanas, describió dos tipos de personalidades:

- a) los ciclotímicos: comprendían a las personas emocionalmente inestables, sociables, de buen carácter. La mayoría de los pícnicos presentaban este carácter.
- b) los esquizotímicos: corresponde a aquellos sujetos reservados, retraídos, sensitivos, amantes de los libros, carentes de humor. Generalmente los leptosómicos tendían a manifestar este carácter.

### **1.1.1.2. William Sheldon.**

Postuló que por cada componente primario corporal, existe un componente primario de temperamento. De esta forma, la clasificación que propuso fué la siguiente:

a) Endomorfo: con temperamento de vicerotonía, con tendencia a la obesidad y cuyas características eran el amor al confort, la sociabilidad y el pacifismo.

b) Mesomorfo: con temperamento de somatotonía. Son personas musculosas, muy agresivas, que presentan una gran necesidad de actividad física, amor a la aventura y gusto por tomar riesgos.

c) Ectomorfo: con temperamento de cerebrotonía. Son sujetos delgados, aislados, retraídos, inhibidos, aman la privacidad y sienten temor a la gente.

### **1.1.2. Teorías de los rasgos.**

Estas teorías clasifican a la gente de acuerdo al grado con el que puede ser caracterizada en términos de un número determinado de rasgos. Pueden describir la personalidad, por su posición en un número de escalas, cada una de las cuales, representa un rasgo. (Hilgard, citado en Cuell, 1990)

#### **1.1.2.1. Gordon Allport.**

Definió la personalidad como la organización dinámica de los sistemas psicofísicos dentro del individuo que determinan su ajuste único al medio (Bischof, L.S. 1975)

En su teoría el componente elemental de la personalidad son los rasgos. Estos son la forma relativamente estable de responder de un individuo, ante una gran variedad de situaciones.

Los rasgos están organizados jerárquicamente, pues unos son más generales y permanentes que otros en la conducta de las personas. Así, el autor distingue entre rasgos cardinales, centrales y secundarios; siendo los primeros, aquéllos que abarcan la mayor parte de los aspectos del comportamiento.

Defendió arduamente el valor de las diferencias individuales, pues consideraba que no existían dos personas completamente iguales, que reaccionaran ante un mismo hecho de la misma manera, ya que la conducta de cada uno depende de su particular estructura de rasgos. Subrayó que lo distintivo no residía tanto en éstos, como en su particular organización.

No obstante, también creyó que, dadas las experiencias compartidas y los influjos culturales comunes, la gente tiende a adquirir clases de rasgos más o menos comunes, pero que finalmente, no constituyen leyes generales de conducta.

### **1.1.3. Teorías psicoanalíticas**

#### **1.1.3.1. Sigmund Freud**

Freud inicia su concepción teórica suponiendo que no hay ninguna discontinuidad en la vida mental, afirmaba que nada sucedía al azar. Hay una causa para cada pensamiento, recuerdo revivido, sentimiento o acción. Cuando alguno de éstos parece no tener relación con otros sucesos, las conexiones se encuentran en el inconsciente, y una vez descubiertos estos vínculos, se desvanece la aparente discontinuidad. (Fadiman y Frager, 1979)

Así, en el inconsciente se encuentran los principales determinantes de la personalidad, la fuente de la energía psíquica y de los impulsos.

La pulsión es la suma de energía psíquica que imparte dirección a los procesos psicológicos, y en este sentido, reconoció dos grandes grupos de estas fuerzas impulsoras: las que están al servicio de la vida, y las que están al servicio de la muerte. Ambas fuerzas compiten por la expresión, la supremacía y dirección de la conducta del individuo.

La influencia de la pulsión de muerte se muestran en actitudes destructivas, en el odio y agresión, dirigidas especialmente contra el propio ser.

Los impulsos de vida son los representantes mentales de todas las necesidades corporales, cuya satisfacción es necesaria para la sobrevivencia y reproducción.

La forma de energía utilizada por éstos, recibe el nombre de libido; aunque no mencionó ningún término paralelo para la energía emitida por los impulsos de muerte.

Dentro de las pulsiones de vida, los sexuales han sido los más profundamente estudiados. Freud sostuvo que las primeras manifestaciones sexuales aparecen en el recién nacido, enlazadas a otras funciones vitales. No obstante, es menester aclarar que el autor no entendió lo sexual como lo genital, sino como búsqueda de placer.

De esta manera, consideró que la libido atraviesa por etapas de desarrollo conocidas como: oral, anal, fálica, de latencia y genital.

**Etapas oral:** Desde el nacimiento hasta el primer año y medio de vida, la principal zona de placer se encuentra en la boca, y la mayor parte de la energía libidinal que dispone, la enfoca hacia esta área. El bebé al mamar el pecho, además de recibir las primeras experiencias placenteras, calma las tensiones del hambre y la sed.



**Etapa anal:** A medida que el niño crece, se van despertando nuevas áreas de tensión y gratificación. Entre el año y medio y los dos años de edad, la libido se extiende a todo el aparato digestivo, y se acumula principalmente en la zona anal. Es precisamente la época en donde los infantes aprenden a controlar sus esfínteres, lo que en sí mismo, les proporciona placer, además de aprender rápidamente que al tener un mayor nivel de control, atraen más la atención y los elogios de los padres.

**Etapa fálica:** Al final del tercer año de vida, el niño dirige su libido hacia sus propios genitales. Se da cuenta de que tiene pene, ó cree haberlo perdido (las niñas). En esta etapa se desarrolla el complejo de Edipo.

**Etapa de latencia:** De los seis a los doce años aproximadamente, hay un aparente desinterés sexual y su libido se desvía hacia tareas de orden social, intelectual, y de adaptación al medio ambiente.

**Etapa Genital:** Después de la interrupción del período de latencia, el instinto sexual comienza su evolución hacia el fin biológico de la reproducción. El adolescente comienza a sentirse atraído hacia miembros del sexo opuesto, culminando eventualmente con la unión sexual.

Freud utilizó el término fijación, para describir lo que ocurre cuando una persona no progresa normalmente de una etapa a otra, permaneciendo demasiado apegado a una en especial. En este caso, el sujeto preferirá satisfacer sus necesidades en formas infantiles y no adultas, como corresponderían a un desarrollo normal. Así, distinguió los siguientes caracteres:

--Carácter oral: Para estos caracteres la cavidad oral es la que aporta las mayores satisfacciones. Cuando surge un episodio de depresión, se alimentan ó beben desmesuradamente, para escapar de él. Para disminuir las preocupaciones, fuman o besan, e igualan el amor con la comida.

--Carácter anal: Derivados de la etapa anal y cuyas características son la frugalidad, la obstinación y el orden.

--Carácter fálico: Son provocativos y desafían por medio de la agresión, tratando de dominar a los demás. Si son varones, tratan de demostrar su masculinidad y se manifiestan hostiles hacia el sexo opuesto. Las mujeres asumen papeles masculinos y tratan de ostentar superioridad.

--Carácter Genital: Para la teoría psicoanalítica, el sujeto normal es aquél que ha logrado genitalizar correctamente la libido. Estos tipos son sociables, francos, generosos.

La personalidad total, según la concebía Freud, está integrada por tres instancias que se entrelazan en el desarrollo psicosexual del niño. El Ello, el Yo y el Super Yo.

El Ello, es la parte de la personalidad que contiene los impulsos instintivos que exigen ser satisfechos, y es totalmente inconsciente.

El Yo, es la región del Ello modificada por la influencia del mundo exterior que se ejerce a través de la percepción. Es el organizador coherente de todos los procesos psíquicos.

El Super Yo, es la instancia que surge a partir del Yo, que auto-observa y critica las acciones del individuo, y le presenta la imagen ideal a que debe parecerse.

Si la mayor parte de la energía está controlada por el Super Yo, su conducta será moralista. Si está controlada por el Yo, su conducta será realista; y si depende del Ello, sus acciones serán impulsivas.

Así, en la personalidad mentalmente sana, estas tres instancias toman una organización unificada y armónica; pero cuando éstas se encuentran en desequilibrio, el Yo es incapaz de satisfacer las demandas provenientes del Ello, el Super Yo y la realidad externa. De manera tal, que la persona se siente insatisfecha consigo misma y con su medio ambiente. A esta alteración de la dinámica del aparato Inirapsíquico, Freud la denominó neurosis.

### 1.1.3.2. Alfred Adler.

Adler fué el primero de los discípulos de Freud que se reveló contra la afirmación postulada por éste, respecto a que las neurósís siempre tienen su núcleo en la libido.

El armazón de la psicología adleriana gira en torno a tres postulados básicos: los sentimientos de inferioridad, los impulsos de poderío y el instinto de comunidad.

#### -- Los sentimientos de inferioridad:

El hombre nace sintiéndose incompleto e irrealizado, con un profundo sentimiento de inferioridad. Todo lo que se encuentra frente al recién nacido es mejor, más grande y más completo que él. El sentirse inferior, le hace desear emular las fuerzas y capacidades de otros que lo rodean.

#### -- Los impulsos de poderío:

Para que el hombre supere sus sentimientos de inferioridad y obtenga poderío, es necesario que conduzca su vida en una cierta forma prescrita, que llamó estilo de vida.

Según Adler, entre los cinco y seis años de edad, el niño desarrolla su personalidad y fija su estilo de vida, basado en las capacidades heredadas y en el uso e interpretación que el infante haga de éstas. Ya que la vida humana es una lucha permanente por la subsistencia, entre las exigencias del mundo y las posibilidades del ser, algunos tratarán de reunir fuerza y ponerla en acción; otros especularán con su propia debilidad. (Adler, citado en Mandolini, 1965)

Consideró que existen tres factores que, a menos que se corrijan o compensen, crearán estilos de vida inoperantes en la sociedad y harán que la vida sea infeliz para el individuo y para otros. Estos son: 1) inferioridades de naturaleza orgánica o mental, 2) niñez consentida e indulgente, 3) rechazo en la niñez.

**-Instintos de comunidad:**

Según el autor, el hombre nace con una capacidad instintiva para adaptarse a la comunidad; para ser responsable del bienestar de otros hombres, así como del propio; y para cooperar en las tres tareas planteadas a la vida: trabajo, amistad y amor.

Así pues, en opinión de Adler, la lucha constructiva por la superioridad, aunada a un gran interés y cooperación sociales, son las características fundamentales de un individuo sano. Las neurosis son provocadas por los intentos de quienes las padecen, por lograr metas ficticias.

#### **1.1.3.3. Carl Jung.**

Jung fué el segundo de los discípulos de Freud que se retiró del psicoanálisis, rechazando la teoría sexual de la neurosis.

Para Jung, la psique es la suma de los procesos mentales y muestra tres niveles:

1) la conciencia, 2) el inconsciente personal y 3) el inconsciente colectivo.

El inconsciente tiene dos partes: una relativamente reciente que es posible hacer surgir durante el análisis, y otra, arcaica, que jamás se hará consciente. La primera corresponde al inconsciente personal; la segunda, al inconsciente impersonal o colectivo.

Estudiando los sueños, los pensamientos subconscientes, las perturbaciones mentales y las culturas primitivas, descubrió que existe una similitud entre la psicología del individuo y los mitos y producciones primitivas. Según él, en el psiquismo de cada sujeto existe una especie de depósito, donde se encuentran acumulados recuerdos de hechos y temas fundamentales de la especie acaecidos desde que ésta existe. Esta información constituye lo que el autor llamó Herencia Arcaica Individual, y está integrada por el inconsciente colectivo y por los arquetipos, es decir, por las

Imágenes del pasado de la especie, que adoptan distintas formas simbólicas al llegar al umbral de la consciencia.

Jung, como Freud, reconoció el valor de los sueños para conocer lo Inconsciente, pero, agregó que además del significado personal, poseen una significación imbricada en el Inconsciente colectivo.

Para Jung, el intercambio emocional entre el niño y los adultos, tiene una gran importancia en el desarrollo psicológico del individuo, pues, afirmó que en los infantes existe un mecanismo psíquico que les permite captar los estados emocionales de las personas que los rodean —especialmente los padres— para posteriormente reproducirlos.

No rechazó la afirmación freudiana sobre la existencia de la sexualidad infantil, pero le dió un valor mucho más limitado. Distinguió tres etapas en la evolución de la personalidad desde el punto del sexo, que denominó pre-sexual, pre-puberal y madurez.

La primera, abarca desde el nacimiento hasta principios del cuarto año de vida, siendo lo fundamental, la nutrición y el crecimiento. Esta etapa es importante porque al final de la misma se va gestando la formación de la personalidad autónoma. Sostuvo que únicamente hacia los seis años de edad aparece realmente la sexualidad y que sólo a partir de esa edad, es lícito hablar de ella.

La etapa pre-puberal comprende desde los últimos años de la niñez, hasta la pubertad. La madurez, desde la pubertad en adelante.

Consideró que el individuo, durante su vida, tiende a adoptar una careta, representativa de la actitud que se espera de él, misma que cumple una misión de protección contra el interior del individuo.

Negó que todos los complejos tengan matices patológicos o que provengan de una represión inicial. Creyó que muchos de los complejos son formaciones primarias inconscientes y que, otros, tienen su origen en formaciones ancestrales.

Jung dividió a los individuos en introvertidos y extrovertidos.

Los introvertidos se interesan principalmente por sus propios pensamientos y sentimientos, por su mundo interior. Tienden a ser profundamente introspectivos.

Los extrovertidos se interesan por el mundo exterior de la gente y de las cosas; tratan de ser más sociales y de estar más al tanto de lo que pasa a su alrededor.

Nadie es completamente introvertido, ni absolutamente extrovertido. Sin embargo, cada individuo trata de favorecer una u otra actitud y obra en función de la misma.

Identificó cuatro funciones psicológicas fundamentalmente: el pensamiento, el sentimiento, la sensación y la intuición, y, de acuerdo con aquella que fuese la predominante, distinguió cuatro tipos: el intelectual, el afectivo, el intuitivo y el sensitivo. Cada uno de ellos podría manifestarse en su actitud introvertida o extrovertida.

#### 1.1.3.4. Harry Stack Sullivan.

Sullivan llamó a su sistema Teoría de las Relaciones Interpersonales. En ella sostiene que la personalidad surge de las fuerzas personales y sociales que actúan sobre el individuo desde el momento del nacimiento.

Su teoría subraya las relaciones entre las personalidades, y no la personalidad individual, ya que el hombre no existe como ser aislado, sino en relación con otros.

El ser humano se encuentra motivado por dos propósitos que se encuentran entrelazados: el afán de satisfacción, que está ligado sobre todo con las necesidades biológicas; y el anhelo de seguridad, relacionado con los procesos culturales.

La mayor parte de los conflictos psicológicos surgen de las dificultades con que el sujeto se tropieza en la formación de las funciones de seguridad, ya que, en opinión de Sullivan, ésta se relaciona con sentimientos de pertenencia y aceptación.

Desde el nacimiento, convergen en el niño ciertos patrones culturales heredados de las actitudes de los padres y de otras personas significativas. Por medio de la empatía el niño capta —principalmente de la madre— estas actitudes y sentimientos. Es así, como la angustia, enojo, o reprobación por parte de los padres, se refleja en el infante, provocándole inseguridad en sí mismo; en tanto que las manifestaciones de aprobación por parte de los mismos, o de quienes le rodean, le producen sensaciones de bienestar y seguridad.

El niño, tratando de evitar la incomodidad que le produce la reprobación, tiende a desarrollar y a destacar aquellos aspectos de sí mismo que agradan, o que son aceptados por los adultos que le son significativos. Se mantiene alerta para advertir cuáles de sus acciones merecen aprobación y cuáles no. Es así, como en esta actitud vigilante, continúa desenvolviéndose la personalidad

Después, el niño se da cuenta de que los artificios que antes empleaba para obtener la satisfacción de sus deseos, como gritar cuando tiene hambre, ya no sólo son ineficientes, sino que en realidad provocan desaprobación. De este modo, tienen que inhibirse las normas de conducta que ya se habían establecido.

La inhibición del grito, provoca tensión en los músculos de la garganta. Esta tensión en los músculos es una condición indispensable para que experimente la angustia, que siempre está

vinculada a la interacción con otros individuos, pues aunque el autor coincide con Freud en que la angustia surge cuando algo en el interior del individuo amenaza con perturbar sus relaciones con las demás personas, agrega que esos impulsos son en su mayoría originados por exigencias culturales.

Así, la angustia, según Sullivan, es una fuerza muy poderosa en la formación de la personalidad; pero es restrictiva, porque interfiere la observación, disminuye la capacidad de discriminación y obstruye la adquisición del conocimiento y de la comprensión.

Sullivan señala en la evolución total de la personalidad, seis etapas: la infancia, la niñez, la etapa juvenil, la pre-adolescencia, la adolescencia temprana, la adolescencia tardía y la adultez.

#### 1.1.3.5. Karen Horney

Horney fué la autora que presentó por primera vez una amplia interpretación cultural de la neurosis, ya que consideró, que el hombre es algo más que el producto de las interacciones con otros hombres; y que la ideología, es decir, la cultura, las normas, las costumbres y roles particulares de los grupos humanos, influyen y dejan huella sobre el mismo.

Así, la característica general del individuo que tiene que desarrollarse en una sociedad altamente competitiva, es el padecer una gran ansiedad, por lo que la neurósis parece ser el estado natural de la personalidad contemporánea.

La autora llevó a cabo una revisión sistemática de los conceptos psicoanalíticos ortodoxos y criticó profundamente la orientación biológica de Freud, demostrando que algunos fenómenos tomados por éste como genéticos, eran culturales, por ejemplo, el complejo de Edipo. (Mandolini, R.G., 1965)



Aunque no descartó la idea de que las neurosis devengan de trastornos infantiles, destacó la importancia de la situación actual del paciente, pues como el hombre es producto de su medio, al cambiar éste, transforma también al individuo; y por tanto, su carácter seguirá siendo moldeado y remodelado.

Clasificó a la neurosis en:

- 1) Neurosis de situación, que es aquella que se da en personas que padecen momentáneamente una falta de adaptación a determinadas situaciones.
- 2) Neurosis de carácter, que es la auténtica neurosis, pues es el resultado de un proceso crónico que en todos los casos, comienza en la infancia, afectando amplios sectores de la personalidad.

Karen Horney considera que las personas pueden adoptar tres tipos de conducta o actitudes, dependiendo de las circunstancias de la vivencia; pero las personas profundamente neuróticas, emplean en forma primordial una de las tres. Estas son:

- 1) actitud de sumisión, 2) actitud de agresividad y 3) actitud de desprendimiento.

## 1.2. Teorías nomotéticas.

### 1.2.1. Teorías motivacionales:

#### 1.2.1.1. Abraham H. Maslow.

El trabajo de Maslow se centró en la motivación humana, es decir, en el estudio del crecimiento y desarrollo personal. Su obra es ante todo una recopilación de pensamientos, opiniones e hipótesis, más que un sistema teórico bien desarrollado.

Postuló que el ser humano tiene una serie de necesidades que satisfacer, mismas que se agrupan en una jerarquía, que va de las más fuertes y dominantes, a las más débiles. Estas últimas sólo aparecen y adquieren importancia si se han satisfecho las anteriores. La escala de necesidades es la siguiente:

- 1) Fisiológicas: Son aquéllas indispensables para la conservación de la vida (alimento, sueño, etc.).
- 2) Seguridad: El hombre desea estar en la medida de lo posible, cubierto de contingencias futuras.
- 3) Sociales: El ser humano requiere vivir en una comunidad para poder sobrevivir, sentir que pertenece al grupo y que se le acepta dentro del mismo.
- 4) Estimulación: El hombre necesita quererse a sí mismo y sentirse respetado y apreciado en sus relaciones interpersonales.
- 5) Autorrealización: Es la necesidad de desarrollar totalmente las capacidades del individuo. Su práctica es posible únicamente cuando el individuo se encuentra libre de las necesidades anteriores.

Maslow sostenía que para conocer los límites del potencial humano, había que investigar a la gente más madura, creativa y bien integrada. De esta manera, examinó la vida, los valores y las actitudes de personas, que en su opinión, habían alcanzado un nivel de funcionamiento óptimo, en comparación con el promedio de la mayoría restante.

Como la vida es un proceso continuo de alternativas, hay que aprender a decidir por uno mismo, pues cada una de ellas representa un aspecto positivo y uno negativo. Escoger la seguridad es permanecer en lo conocido, en lo familiar, con el riesgo de volverse torpe y anticuado. Preferir el desarrollo, es abrirse a experiencias nuevas y desafiantes, conociendo el riesgo de lo desconocido.

Es necesario aprender a confiar en los propios juicios e instintos, y actuar conforme ellos con honradez y responsabilidad, no para agradar a la gente, sino a uno mismo.

Así, la autorrealización es una manera de relacionarse con el mundo; de experimentar plena, vívida y desinteresadamente todos y cada uno de los sucesos que acontece dentro de sí y alrededor de la persona.

Al autorrealizarse, los individuos están más propensos a cultivar experiencias cumbre, es decir, momentos plenos de felicidad y emoción; lo que dá la posibilidad de encausar las fuerzas hacia la creatividad, el crecimiento y desarrollo.

Como las experiencias cumbre se relacionan generalmente con el dominio del ser, también es necesario conocer más las formas en que el individuo distorsiona la imagen de sí mismo y del mundo externo.

Finalmente, Maslow desarrolló el concepto de motivación por deficiencia y por existencia. En la primera, los objetos se consideran sólo como satisfactores de necesidades, como medios para llegar a otros fines. En el segundo caso, el individuo se interesa más por la esencia, y los objetos se valoran más por sí mismos que por su importancia para los intereses personales.

Encontró que la gente más feliz está orientada hacia la motivación por existencia; mientras que los neuróticos lo hacen mediante la motivación por deficiencia, pues sólo tratan de satisfacer sus necesidades básicas y mantener un status quo.

### **1.2.2. Teorías del aprendizaje:**

Las teorías del aprendizaje se refieren a un proceso asociativo entre acontecimientos, y según Kimble (1961), sus seguidores se agrupan en dos grandes líneas:

- 1) El enfoque conductista:

- El aprendizaje presenta una tendencia adquirida a responder de manera específica, cuando se enfrenta a una situación de estímulos específicos.
- Lo que se aprende son hábitos, respuestas.
- Para dar solución a un nuevo problema, el sujeto reúne sus hábitos pasados, para que se adecúen al presente. Si éste no conduce a una respuesta adecuada, recurre al ensayo y error.

## 2) El enfoque cognoscitivo:

- El teórico infiere la existencia de procesos mentales centrales, como los recuerdos o las expectativas, que sirven de integradores de la conducta que busca una meta
- Lo que se aprende es el conocimiento indicado, hechos.
- Para dar solución a problemas, recurre a la comprensión de las relaciones esenciales del caso y las interpreta.

### 1.2.2.1. Iván P. Pavlov.

Pavlov fué el primer teórico en realizar trabajos sobre conducta refleja condicionada. Comenzó estudiando el proceso de digestión, encontrando que sus animales de experimentación segregaban saliva antes de entrar en contacto con el alimento. Notó que, ante cualquier estímulo precedido sistemáticamente a éste –como escuchar los pasos de la persona que les llevaba la comida, o ver el plato en donde se les servía– aquéllos producían secreción salival.

Al continuar investigando sobre este fenómeno, llegó a demostrar que las funciones autónomas, como la salivación, se podían condicionar en tal forma, que podían provocarse mediante estímulos distintos al alimento. Lo meritorio del caso fué que, además de observar y pronosticar estas conductas, las podía provocar a su arbitrio.

A este tipo de aprendizaje, se le conoce como condicionamiento clásico, y responde a la ley de asociación por contigüedad, es decir, estímulos que ocurren juntos, se asocian. De ahí que, el condicionamiento clásico sea aprender a dar una respuesta previa a un estímulo nuevo.

#### 1.2.2.2. Burrhus Frederick Skinner.

Los trabajos de Pavlov indujeron a Skinner a hacer experimentos en el laboratorio, utilizando animales en donde las variables estuviesen perfectamente controladas. Así, descubrió los principios básicos del condicionamiento instrumental o, también llamado operante, el cual consiste en el proceso de ejercer control sobre la conducta de un organismo, en un cierto ambiente, por medio de la aplicación de un refuerzo, es decir, de un estímulo que aumenta la posibilidad de una respuesta.

Skinner presentó especial interés en investigar el comportamiento y las leyes que lo rigen, ignorando sustancialmente sus correlatos fisiológicos, pues según el autor, la conducta es aquello que un organismo hace y puede ser observado, siendo por lo tanto: describible, medible y perceptible mediante instrumentos de medición (Fadiman y Frager, 1979).

Para ello empleó ambientes excelentemente controlados y pocos sujetos de investigación; mismos que registraba individualmente, en términos de relaciones de causa y efecto.

En su opinión, el objetivo único del experimentador era controlar la conducta. Para alcanzar esta meta, encontró que primero tenía que moldearla, es decir, reforzar al organismo cada vez que éste emitiera una respuesta relacionada con el comportamiento deseado. Así sucesivamente, hasta llegar al momento, de reforzar al sujeto sólo cuando emitiera la conducta preestablecida por el investigador.

Posteriormente, Skinner se dedicó a buscar diversos programas de refuerzo para poder mejorar el control de la conducta. Aún cuando logró programas bastante complejos, los principales y más sencillos se clasifican en dos grupos: Los programas de razón y los de intervalo. Los primeros requieren que se emita un determinado número de respuestas para que se pueda dar un reforzador. En el segundo caso, se necesita que pase determinado tiempo para que se pueda otorgar el mismo.

Skinner define personalidad como una serie de patrones de conducta. La principal clasificación que de ésta ha sugerido, es la distinción entre respondiente y operante. La primera es una conducta refleja, provocada por estímulos conocidos, por ejemplo la constricción pupilar ante la luz.

La conducta operante, es aquélla que se aprende y no es provocada por estímulos reconocidos. Se fortalece o debilita por medio de los eventos que siguen a la respuesta. De esta manera, considera que hay conductas y sensaciones que se sobreponen, pero ninguna es permanente. (Fadiman y Frager, 1979). De igual forma, tampoco cree que la conducta social sea diferente, pues únicamente se caracteriza por el hecho de involucrar interacciones entre dos o más personas.

En cada caso, el organismo en desarrollo interactúa con el medio, y como parte de esta interacción recibe retroalimentación que refuerza positiva o negativamente esa conducta. (Cueli, et al. 1990). En este sentido, una persona adquiere un rasgo general dominante, porque algún grupo --quizás su familia-- ha dado mucho valor a ciertas clases de respuestas al reforzarlas.

Los padres utilizan constantemente los principios del condicionamiento operante: elogian al niño cuando hace algo de su agrado. Así, el niño estará inclinado a repetir la acción, pues lo esencial del condicionamiento instrumental es que si después de dar la respuesta hay una consecuencia agradable (refuerzo), el niño tratará de repetir la misma conducta ante una situación semejante.

Sin embargo, también de manera involuntaria se aplican mal los principios, por ejemplo, cuando se castiga, intentando corregir el comportamiento. Skinner postula que la acción de recompensar las respuestas correctas mejora el aprendizaje. Hace hincapie en premiar el acto cuya repetición se busca, y no castigar el que se desea extinguir, pues en este caso, la conducta desaparece momentáneamente, pero no se pierde y generalmente regresa disfrazada o acompañada de nuevos comportamientos.

### 1.2.2.3. Albert Bandura.

Bandura es partidario de la teoría del aprendizaje social, el cual se basa en programas de trabajo de laboratorio con niños, y en variables sociales, como determinantes de la conducta y de la personalidad.

Su teoría se distingue de las anteriores por la importancia otorgada a la imitación, los modelos y al aprendizaje por observación de los infantes.

Considera que con frecuencia los niños adquieren nuevas pautas de conducta, observando el comportamiento de los demás, que funcionan en un momento dado, como modelos para aquél

La información que consigue de este modo, le ayudará a decidir, si la conducta observada le podrá ayudar o no, a la satisfacción de sus necesidades en alguna ocasión futura. Así, guarda su contenido en la memoria, de un modo simbólico, para reproducirlo a la larga, cuando éste sea necesario.

El hecho de que un sujeto ejecute o no cierto comportamiento, dependerá de la naturaleza del modelo:

— Es más probable que el niño moldee su propia conducta después de ver actuar a personas que para él tienen prestigio.

- El observador está más inclinado a imitar la conducta que no se castiga.
- Son más frecuentemente copiados aquellos modelos que reciben una recompensa por su conducta.
- Los niños adoptarán patrones de conducta de modelos de su mismo sexo y no del contrario.

Por otro lado, las características de los mismos observadores también determinan hasta qué punto tiene lugar la conducta imitativa. Por ejemplo, los niños dependientes han demostrado ser más influenciados por la conducta de un modelo, que los menos dependientes.

De esta manera, Bandura tiende a hacer hincapié en una aplicación un tanto diferente de los principios de reforzamiento, pues no cree que las consecuencias refuerzan respuestas de manera automática ni inmediata. Antes bien, postula un tipo de aprendizaje vicario, en donde la modificación de la conducta de un observador se da mediante los reforzamientos aplicados a un modelo que está siendo observado.

Finalmente, Bandura concibe el desarrollo del niño como un proceso, en donde el infante expande gradualmente su repertorio de respuestas, mediante la observación de otros, y al probar las acciones él mismo. De esta manera, la información de las consecuencias observadas, la utilizará para guiar futuras decisiones acerca de cuándo una respuesta será más apropiada que otra para esperar premios. (Cueli et al., 1990)

### **1.2.3. Teorías factorialistas.**

La esencia de estas teorías es que por lo general poseen un conjunto de variables ó factores cuidadosamente especificados que se toman como subyacentes y explicativos de la compleja conducta humana. Derivan sus cualidades ó aspectos únicos no de los consultorios de los terapeutas, o del laboratorio animal, sino de una técnica estadística particular: el análisis factorial



### 1.2.3.1. Hans Jurgen Eysenck

Eysenck estima que la mayoría de las teorías de la personalidad están saturadas de variables no definidas y complejas, por lo que es necesario delimitar un pequeño número de dimensiones principales que deben ser precisadas con cuidado; siendo el análisis factorial el instrumento más eficaz para alcanzar este objetivo.

Considera que la personalidad ha sido estudiada principalmente en dos áreas: la del temperamento, descrita a través de los rasgos y la de la actividad cognitiva, analizada mediante aptitudes; y que es precisamente en función de estos términos, como las personas se diferencian unas de otras.

Los rasgos son factores disposicionales que determinan y regulan persistentemente la conducta en diferentes situaciones. Como frecuentemente se interrelacionan, dan origen a los tipos. Así, éstos últimos conforman un concepto más general y superior que los rasgos.

Eysenck menciona que muchos autores americanos han preferido utilizar escalas descriptivas de la personalidad a nivel de rasgos, lo que en su opinión resulta inadecuado por dos razones fundamentales:

- 1) Porque los rasgos están altamente correlacionados. No son independientes entre sí, y dicho sistema, podría excluir la variable que pudiese subyacer estas correlaciones.
- 2) Porque ciertos conceptos (como neuroticismo y extraversión) se pueden aplicar fácilmente a distintas investigaciones; en tanto que los rasgos son muy engañosos y difíciles de utilizar de un estudio a otro.

De esta manera, aún cuando los conceptos a nivel rasgo pueden ser útiles en ciertas circunstancias, Eysenck considera que los conceptos a nivel tipológico resultan mucho más prácticos, reproducibles e importantes.

De tal forma que, dentro del análisis factorial, a los tipos se les puede identificar como los factores generales; y a los rasgos, como factores de grupo.

#### 1.2.3.1.1. Tipos de personalidad.

En una primera etapa, las investigaciones de Eysenck se encaminaron a identificar las dimensiones primarias ó unidades básicas de la personalidad.

Sus trabajos comenzaron siguiendo la dirección teórica de Hipócrates, Galeno, Kant, Wundt y Jung; éste último, particularmente en lo concerniente a sus conceptos de introversión y extroversión.

La figura 1 muestra un esquema completo, en forma de diagrama de la relación que existe entre el sistema de los cuatro temperamentos y el sistema dimensional introversión/extroversión.

El autor menciona que Jung realizó una importante contribución al antiguo sistema de tipologías, al unir a sus nociones de extraversión e introversión una diferencia relacionada con las principales alteraciones neuróticas ....Creea que el extrovertido en caso de crisis estaba predispuesto a la histeria, y el introvertido a la psicastenia. (Eysenck,HJ y Eysenck, MW, 1987).

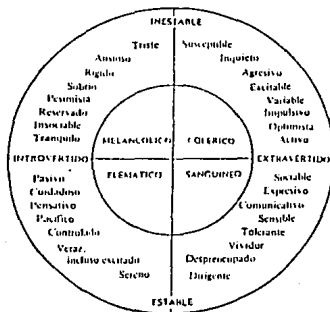


figura 1

Así en su intento por establecer las dimensiones fundamentales de la personalidad, Eysenck trabajó con un grupo de 700 pacientes considerados como neuróticos por psiquiatras y les aplicó diversos cuestionarios que analizó factorialmente. Los resultados constataron la presencia de un factor general de neuroticismo, y la verificación de las hipótesis de Jung. (Eysenck, HJ y Eysenck MW, 1987).

Posteriormente se comprobó que, utilizando sujetos normales en la muestra, aparecían las mismas dimensiones; con lo que se demostró que la distimia/histeria constitulan un continuo. Desde entonces, ambos factores comenzaron a denominarse introversión/extraversión. (Báguena y Bolloch, citado en Palavecino, 1988)

Basándose en la noción de Kretschmer de ciclotimia/esquizotimia, Eysenck intentó situar el psicoticismo dentro de las dimensiones de la personalidad.

Así aplicó una batería de cuestionarios a 100 individuos normales, a 50 esquizofrénicos y a 50 maníaco depresivos.

El análisis de los resultados, indicó que existe una dimensión de psicoticismo, con una distribución continua que va desde el comportamiento normal, pasando por el criminal, psicopático, alcohólico, hasta esquizoide y los estados completamente psicopáticos. (Eysenck HJ, y Eysenck MW, 1987).

En conclusión, Eysenck identificó tres dimensiones principales en la descripción del temperamento humano:

Extraversión / introversión (E)

Neuroticismo / estabilidad emocional (N)

Psicoticismo / control de impulsos (P)

En donde:

- la neurosis y la psicosis son dimensiones enteramente diferentes e independientes y
- las enfermedades psiquiátricas, son esencialmente un continuo con la normalidad.

Es importante mencionar que pese a que la terminología empleada es básicamente de naturaleza psiquiátrica, las dimensiones se refieren a conductas normales y no a síntomas

De ahí que, tanto neurosis como psicosis, sean exageraciones patológicas, en alto grado, de algunos rasgos fundamentales de las dimensiones de neuroticismo y psicoticismo respectivamente.

Dicho en otras palabras: el neuroticismo por ejemplo, constituye una predisposición genéticamente determinada, que en un momento dado, con un grado apropiado de estrés y una baja tolerancia del mismo, aparecerían una serie de síntomas, que clínicamente serían reconocidas como neurosis de angustia, fóbica, histérica y obsesiva.

De la misma manera, psicoticismo se refiere a una dimensión de la personalidad subyacente en diversos grados en todas las personas. Si se encuentra presente en un marcado grado, predispone al desarrollo de anomalías psiquiátricas. Sin embargo, entre predisposición a la psicosis y la psicosis en sí misma, hay un gran abismo, y sólo una pequeña proporción de personas con alta puntuación en psicoticismo, tiene probabilidades de desarrollar una psicosis durante el curso de su vida.

#### **1.2.3.1.2. Características de las dimensiones.**

Dado que no existen tipos puros, las descripciones de cada uno de los tipos, son considerados como extremos ideales de un continuo en el cual las personas pueden aproximarse en un mayor o menor grado.

Los rasgos que constituyen el concepto tipo de psicoticismo son:

agresivo, frío, egocéntrico, impersonal, impulsivo, antisocial, no empático, creativo, inmovilista.

Los rasgos que constituyen el concepto tipo de extraversión son:

sociable, vital, activo, dogmático, en busca de sensaciones, despreocupado, dominante, aventurero.

Los rasgos que constituyen el concepto tipo de neuroticismo son:

ansioso, deprimido, sentimientos de culpa, poca autoestima, tenso, irracional, tímido, triste, emotivo.

#### 1.2.3.1.3. Herencia y medio ambiente.

Dentro del ámbito psicológico, constantemente se discute sobre la influencia relativa del medio ambiente y la herencia en la inteligencia y la personalidad. En este sentido Eysenck menciona:

Acertadamente se dice que la conducta humana es de naturaleza biosocial, es decir, que tiene causas tanto biológicas como sociales; pero ya es hora de que el péndulo retroceda de una exclusiva preocupación por las causas sociales, hasta una apreciación y comprensión adecuada de las causas biológicas. (Eysenck, 1982).

Con el propósito de demostrar la fuerte influencia que la herencia juega en el comportamiento, se llevaron a cabo diversos estudios con gemelos. Shields, en 1962, fué uno de los primeros en trabajar con ellos, encontrando que gemelos idénticos, criados por separado, correlacionaban altamente en extraversión y neuroticismo. (Eysenck, 1982).

Eysenck, además de realizar estudios con gemelos, revisó los trabajos llevados a cabo hasta 1980, encontrando que para prácticamente todos los rasgos de personalidad, hay un determinado grado genético en las diferencias individuales (Eysenck HJ y Eysenck MW, 1987).

Por otro lado, el hecho de que las dimensiones principales de la personalidad tengan una base genética, indica que estos factores deben poseer una cierta dosis de universalidad, misma que se manifiesta en la siguiente manera:

– En el comportamiento de los animales, pues si las dimensiones presentan una naturaleza biológica, éstas podrían observarse en éstos, especialmente mamíferos, y aún cuando las pruebas en este sentido son muy burdas, tienden a ser confirmativas.

– En estudios transculturales, donde los tres superfactores (PEN) han resultado evidentes en muchas otras naciones y culturas, tales como: Alemania, Australia, Bangladesh, Brasil, Bulgaria, España, Egipto, Francia, Grecia, Hungría, Hong Kong, India, Islandia, Irán, Israel, Japón, Líbano, México, Nigeria, Puerto Rico, Sicilia, Singapur, Sri Lanka, Uganda, y ex -Yugoslavia.

Eysenck, SBG y Lara, A. (1989) llevaron a cabo un estudio en donde compararon los resultados obtenidos en México con los de Inglaterra, encontrando que:

En México, todos los factores son virtualmente idénticos a aquellos obtenidos en Inglaterra. Las comparaciones entre países, usando únicamente los reactivos que tanto las escalas mexicanas como las inglesas tuvieron en común, mostraron que los sujetos mexicanos obtuvieron puntuaciones mayores en E y L, y sólo un poco más altas en P, que su contraparte inglesa; y más bajas en N, únicamente en las mujeres.

– En estudios longitudinales, los resultados sugirieron que la predicción del temperamento adulto a partir de la infancia puede ser bastante acertada en la dimensión de neuroticismo/estabilidad, y algo menor en la de extraversión /intraversión. En el caso de la de psicoticismo, la predicción no se espera que sea muy acertada.

#### **1.2.3.1.4. Bases biológicas**

En una segunda etapa de investigación, Eysenck intenta determinar qué estructuras biológicas concretas son responsables de las dimensiones antes mencionadas.

Así, el autor propuso dos teorías, la primera en 1957 y la segunda 10 años después:

- 1) Teoría de la inhibición, en donde trata procesos fisiológicos, sin implicar ninguna parte específica del sistema fisiológico.
- 2) Teoría de la reactivación (1967), en donde especifica estructuras y procesos fisiológicos reales.

La estructura fisiológica que subyace a la dimensión del neuroticismo es el cerebro visceral, que abarca la amígdala, el hipocampo, el septum, el cíngulo y el hipotálamo. Los mensajes del cerebro visceral, llegan a la formación reticular y entonces pasan al cortex, donde tienen un efecto activante. (Eysenck HJ y Eysenck MW, 1987).

Según Eysenck, las diferencias en neuroticismo en los sujetos, son debidas a la diferente reactividad del sistema nervioso autónomo y más específicamente del sistema simpático, en conjunción con el sistema límbico y el hipotálamo. La hiperreactividad del sistema simpático, provoca neuroticismo; mientras que una acción compensadora del parasimpático asegura la estabilidad ó control de la conducta. (González, 1987).

En cuanto al factor bipolar introversión/extraversión, las bases neurofisiológicas se encuentran en los potenciales de excitación e inhibición del sistema nervioso central.

Así, los introvertidos se caracterizan por una capacidad excitatoria fuerte y un potencial inhibitor débil, lo que hace que pequeños estímulos produzcan una actividad cortical intensa, debido a una reactividad importante del sistema nervioso.

Por el contrario, los extrovertidos se caracterizan por potenciales excitatorios débiles, y una capacidad inhibitoria fuerte, lo que significa que la capacidad reactiva del sistema nervioso es menor y que para producir una respuesta se necesita incrementar la estimulación.

De esta forma, estos datos sugieren que:

- Los introvertidos se reactivan más a nivel cortical que los extrovertidos.
- Ante la presencia de estímulos, los introvertidos tienden a aumentar la estimulación, y a responder más fisiológicamente.

González (1987) menciona: Eysenck en 1967 formuló tres hipótesis que complementan su concepción del funcionamiento de la personalidad y que además permiten hacer predicciones acerca de ciertos comportamientos.

- 1) El grado de activación cortical (arousal) está asociado al funcionamiento de la formación reticular.
- 2) Existe un nivel óptimo de activación cortical para cada tarea determinada.
- 3) Existe un nivel medio de activación cortical preferido, que si se sobrepasa ó disminuye, origina displacer.

De acuerdo con ello, los introvertidos:

- Puesto que tienen un alto nivel de activación cortical, tenderán a evitar demasiada excitación externa, porque elevaría su nivel de activación por encima de su grado óptimo, lo que le causaría desagrado. En consecuencia con esto, los introvertidos se orientan hacia lo cognitivo y hacia la constelación de vivencias interiores.
- Son menos susceptible al aburrimiento y más resistentes a la fatiga nerviosa.
- En la ejecución de tareas rinden más en condiciones de aislamiento.
- Presentan menor tolerancia al dolor.
- Son muy sensibles a drogas estimulantes.



– Requieren más droga depresora para alcanzar un estado específico de inhibición.

Las características que presentan los extrovertidos son:

– Los extrovertidos al poseer un bajo nivel de activación cortical, tienden a procurarse estimulación externa, para alcanzar un nivel óptimo de activación, mostrando una orientación hacia la búsqueda de sensaciones nuevas.

– Están más propensos de experimentar aburrimiento por estar crónicamente subestimulados.

– Al ejecutar tareas son más eficientes en condiciones de grupo.

– Presentan mayor umbral y tolerancia al dolor

– Son más sensibles a las drogas depresoras, y los estimulantes les afectan poco.

#### 1.2.3.1.5. Cuestionarios de personalidad de Eysenck.

Con el fin de poder contar con un instrumento que le permitiera medir sus dimensiones propuestas, Eysenck elaboró el Maudsley Personality Inventory (MPI), un cuestionario de papel y lápiz, diseñado principalmente para medir neuroticismo y extraversión /introversión . Este instrumento cubrió el período 1959-1962.

En 1963, conjuntamente con su esposa S.B.G. Eysenck, introdujo otra versión llamada Eysenck Personality Inventory (EPI): un cuestionario de papel y lápiz, que se diferenciaría del anterior, por incorporar una escala de mentiras (L), y dos versiones: una para niños y otra para adultos.

Finalmente, en 1975, en el Eysenck Personality Questionnaire (EPQ) añadió la escala de Psicoticismo (P), quedando las características de cada una de las escalas, de la siguiente manera:

(E) Extraversión/introversión:

El típico extrovertido es sociable, le gustan las fiestas, tiene muchos amigos, necesita contar con gente con quien hablar, y no le gusta leer ni estudiar solo. Necesita emociones, a veces se arriesga

en extremo, actúa según el ánimo del momento, y es, generalmente, un individuo impulsivo. Es dado a hacer bromas, siempre tiene una respuesta, y generalmente, le gusta el cambio; es despreocupado, optimista, y le gusta "reír y estar alegre".

En el otro extremo está el introvertido. Este es una persona callada, aislada, introspectiva, es más aficionado a los libros que a las personas; es reservado y distante, excepto con sus amigos íntimos. Tiende a planear el futuro, y desconfía del impulso del momento. No le gustan las emociones fuertes, toma los problemas de la vida diaria con seriedad, y le gusta un estilo de vida ordenado. Mantiene sus sentimientos bajo control, rara vez se comporta de manera agresiva y no pierde fácilmente la compostura.

#### (N) Neuroticismo/ estabilidad

La persona típicamente emocional es malhumorada y preocupada, irritable, nerviosa, aprehensiva, tensa y depresiva. Reacciona con gran intensidad a todo tipo de estímulos y se le dificulta recobrar su serenidad después de que ha experimentado una reacción emocional. Sus reacciones desproporcionadas interfieren con un ajuste adecuado, haciéndola conducirse en forma irracional, y a veces rígida.

Los individuos estables, por otro lado, usualmente responden con más lentitud y con poca intensidad. Recobran fácilmente la compostura y son, generalmente, calmados, mantienen el control y son confiados.

#### (P) Psicoticismo

La típica persona con un alto componente de psicoticismo o dureza, es fría, impersonal, hostil, agresiva, poco empática, poco amigable, poco digna de confianza, ruda, sin modales, poco servicial e insensible. Le gustan las cosas extrañas y peculiares, no se percata del peligro y le gusta divertirse a costa de los demás. Los psicóticos y criminales obtienen puntajes altos en esta escala.

(L) Deseabilidad social ó Mentiras.

Intenta medir la intención de falsificar las respuestas

El cuestionario de personalidad de Eysenck (EPQ) fué estandarizado en Inglaterra en 1964. El instrumento se aplicó a una muestra de 1824 hombres y 2462 mujeres, de 18 a 69 años de edad, clasificados en cinco categorías sociales.

Se observó:

- 1) grandes diferencias por la edad y el sexo en todas las escalas, y que la clase social a la que pertenecían no influía significativamente.
- 2) los hombres puntuaban en P, mucho más alto que las mujeres.
- 3) las mujeres obtenían más altas puntuaciones en N y L.

Se sacaron medias y desviaciones estándar de varios grupos como: psicóticos, neuróticos, depresivos endógenos y prisioneros. Se compararon los resultados con los de las muestras normales, encontrando que:

- los psicóticos y prisioneros obtenían puntuaciones más altas en P que los adictos a drogas, pacientes con desórdenes de la personalidad, pacientes con problemas sexuales y alcohólicos, aún cuando éstos también tenían puntuaciones elevadas.
- Los depresivos endógenos suelen tener puntuaciones P más altas que los normales, pero más bajas que las del grupo anterior.
- Todos los grupos psiquiátricos (excepto los prisioneros) son marcadamente introvertidos y muestran puntuaciones más elevadas de L.

Eysenck, SBG y Lara, A. (1989) llevaron a cabo un estudio para obtener la validez de construcción y la confiabilidad del EPQ en México.

El instrumento traducido al español, se aplicó a una muestra compuesta por 474 hombres y 514 mujeres de la ciudad de México cuyas edades oscilaban entre los 17 y 70 años de edad.

Los resultados se sometieron a análisis factoriales para hombres y para mujeres por separado.

Para evaluar las similitudes entre los factores PEN y L entre los dos países, se usó el método de comparación de factores de Kaiser, Hunka y Bianchini, encontrando que los factores son casi iguales en ambos grupos, excepto en la comparación del factor de extraversión para hombres. Los valores fueron de 0.91 a 0.97

Para preparar una guía de calificación de la versión mexicana; se inspeccionaron los pesos factoriales de los reactivos, en donde hubo la necesidad de cambiar algunos de ellos, por presentar pesos débiles. De esta manera, el cuestionario quedó con 88 reactivos en total, mismos que arrojaron coeficientes de confiabilidad de 0.68 a 0.87

Posteriormente, los datos obtenidos en el estudio de Eysenck y Lara (1989) fueron sometidos a nuevos análisis, para cada escala por separado. Se encontró que los resultados apoyaron de manera importante la validez y confiabilidad del EPQ en México, aunque, se sugirieron algunas modificaciones a las guías de calificación reportadas anteriormente, quedando el cuestionario con 79 reactivos. (Lara, Cortés, y Verdusco, 1992).

Los cuestionarios se evalúan empleando esta guía de calificación, misma que indica en cuáles casos la respuesta es "sí" y en cuáles corresponde "no". A cada reactivo se le da un valor de un punto, cuando la respuesta coincide por lo señalado en la guía. La suma de los valores de cada escala, proporciona la calificación de cada una de ellas.

**C A P I T U L O   I I**

**DIABETES MELLITUS O SACARINA**

## DIABETES MELLITUS

### 2.1. Generalidades

#### 2.1.1. Definición

La diabetes mellitus ó sacarina, es una enfermedad que resulta de la interrupción de la capacidad del organismo para producir o utilizar la insulina. Esta es una hormona de efectos potentes que secretan las células beta de los islotes de Langerhans, en el páncreas, y desempeña funciones de importancia en los procesos metabólicos del cuerpo, mediante el control del almacenamiento y metabolismo de los alimentos ingeridos.

#### 2.1.2. Fisiopatología

El páncreas es una glándula mixta, situada por debajo y detrás del estómago, que segrega sustancias importantes que intervienen en el proceso digestivo, como las hormonas insulina y glucagón.

La secreción externa de este órgano -jugo pancreático- está constituida por una mezcla de varias enzimas digestivas que llegan al duodeno (primera porción del intestino delgado) mediante un conducto.

La secreción interna, es producida por conjuntos microscópicos de tejido, denominados islotes de Langerhans. Estos se encuentran conformados por dos tipos de células fundamentalmente:

- 1) Las células alfa: que son las responsables de liberar el glucagón. Esta hormona tiende a aumentar el nivel de glucosa en la sangre.
- 2) las células beta, productoras de la insulina. Esta hormona regula la cantidad de azúcar que se almacena en el hígado en forma de glucógeno; permite que la glucosa de la sangre pase al interior de

las células; y también participa en la utilización, formación y degradación de las proteínas y de las grasas.

La insulina y el glucagón (junto con otras hormonas de las glándulas tiroideas, suprarrenal y pituitaria) desempeñan un papel fundamental para regular el mecanismo de los carbohidratos del organismo.

Ambas hormonas afectan el metabolismo de los carbohidratos en el hígado y otras células del cuerpo, teniendo como función central el mantenimiento de un nivel constante de glucosa en la sangre; que en una persona normal, en estado de ayuno, presenta un promedio de unos 100mg/100 cc de sangre, con variaciones individuales que oscilan entre 70 y 120 mg/100 cc.

La principal fuente de glucosa es la dieta y los tejidos. Después de una comida, los hidratos de carbono, toda vez que atravesaron el proceso digestivo, pasan al hígado, donde la dextrosa se convierte en glicógeno y puede ser almacenada. Así, según los requerimientos del organismo, el glicógeno se vuelve a convertir en dextrosa y regresa nuevamente al torrente sanguíneo.

En condiciones normales, el páncreas libera insulina en proporción a la glicemia, pero, en los diabéticos, los islotes de Langerhans presentan una incapacidad para producir suficiente insulina, disminuyendo con ello, la cantidad de azúcares quemados por el hígado, y por tanto, su aprovechamiento. El excedente de glucosa, atraviesa el filtro de los riñones y pasa a la orina.

De esta manera, a causa de la falta de la insulina, el organismo no puede "quemar" los alimentos, y tiene que sacar combustible de sus reservas de grasas; lo que quiere decir, que la glucosa no se metaboliza en los músculos y en el hígado. En estas condiciones, los ácidos grasos sirven como fuente energética y, la oxidación de éstos, se hace en forma incompleta, por lo que se acumulan cetoácidos en la sangre y en la orina, condición conocida como cetosis, que de no ser tratada oportunamente, conduce al coma o a la muerte.

### 2.1.3. Tipos de diabetes

Existen varias causas de la diabetes y una amplia diversidad en cuanto a la definición, características y curso de la enfermedad. Sin embargo los Institutos de Salud de Estados Unidos en 1979 propusieron la siguiente clasificación:

1. Diabetes mellitus espontánea:

- a. de tipo I, ó dependiente de la insulina (IDDM), anteriormente llamada juvenil.
- b. de tipo II, ó no dependiente de la insulina (NIDDM), antes llamada del adulto.

2. Diabetes secundarias:

- a. Enfermedades pancreáticas.
- b. Hormonal .
- c. Provocada por medicamentos.
- d. Asociada con síndromes genéticos complejos.

3. Trastorno de la tolerancia a la glucosa (anteriormente conocida como diabetes química, asintomática, latente ó subclínica)

4. Diabetes gestacional.

Un cinco a 10% de las personas con diabetes padecen la variante tipo I, o sea, la diabetes insulino dependiente. En ésta el páncreas produce insulina en cantidades insuficientes, lo que origina la necesidad de la administración de insulina exógena

Un 90 a 95% de los enfermos padece la variante tipo II, diabetes no insulino dependiente. Esta puede obedecer a una disminución en la cantidad de insulina producida, ó a una insensibilidad de las células a la hormona, en cuyo caso, es factible que haya insulina circulante en exceso

La siguiente relación muestra las características generales de la diabetes tipo I y tipo II.



	<u>IDDM</u>	<u>NIDDM</u>
Locus genético:	Cromosoma 6	Cromosoma 11 (?)
Edad de aparición:	Antes de los 40 años.	Después de los 40 años.
Hábito corporal:	Normal a delgado.	Obesos.
Insulina en el plasma:	Baja ó ausente.	Normal a elevada.
Tratamiento con insulina:	Necesario.	No necesario.
Complicación aguda:	Cetoacidosis	Coma hiperosmolar.
Tratamiento con sulfonilurea:	No responde.	Responde.

La evolución es otra característica fundamental, pues en la diabetes IDDM aparece en forma brusca; en tanto que, en la diabetes no insulino dependiente, el curso de los síntomas es lento, de tal forma que con frecuencia el padecimiento pasa inadvertido.

#### 2.1.4. Etiología

La etiología de la diabetes no es del todo conocida. Es probable que haya varios factores causales de cada tipo de diabetes, mismos que varían de un paciente a otro. Queda por demostrar si el origen del trastorno se relaciona con un efecto hereditario, un factor ambiental, o la interacción de ambos tipos de factores.

Se piensa que en la diabetes tipo I (insulino dependiente) los factores son hereditarios, virales o inmunitarios; solos o en combinación.

En la diabetes tipo II (no insulino dependiente) la herencia y la obesidad tienen funciones más significativas.

Sin embargo, es más frecuente encontrar la diabetes mellitus en:

- 1.- Individuos con antecedentes familiares de diabetes.
- 2.- Obesos.
- 3.- Madres que dan a luz productos de gran talla, con peso mayor de 4.5 Kg, ó que tengan antecedentes obstétricos anormales.
- 4.- Personas con arteriosclerosis de inicio a edad relativamente temprana.
  - a) premenopáusicas con infarto del miocardio.
  - b) varones que sufran infarto del miocardio antes de los 40 años.
- 5.- Personas con infecciones frecuentes o crónicas.
- 6.- Pacientes con disminución transitoria de la tolerancia a la glucosa durante períodos de estrés.
- 7.- Enfermos en que surja intolerancia a la glucosa durante regímenes farmacotrópicos.
- 8.- Personas con retinopatía, nefropatías, neuropatías u otras manifestaciones vasculares de la diabetes.

### 2.1.5. Sintomatología

En cuanto a las manifestaciones clínicas de la enfermedad, en la mayoría de los pacientes el inicio es repentino, la persona empieza a sentir mucha sed (polidipsia); a orinar frecuente y copiosamente (poliuria); se fatiga con facilidad; casi siempre tiene mucha hambre (polifagia) y por mucho que coma, baja de peso; tal vez notará que una pequeña herida tarda en cicatrizar; sensaciones de hormigueos, calambres, ardores, piquetes y entumecimiento de las pieles; comezón en diferentes partes del cuerpo; visión borrosa; principalmente.

Sin embargo, pese que el paciente claramente sintomático, es probable que presente hiperglucemia tanto en ayunas como en estado posprandial, el diagnóstico de la diabetes depende de que se demuestre a través de pruebas de laboratorio:

1) Hiperglucemia en ayunas (glucosa plasmática en la sangre venosa mayor ó igual 140mg/100ml al menos en dos determinaciones hechas por separado).

2) Después de la ingestión de 75 g de glucosa, la concentración de glucosa plasmática en sangre venosa mayor ó igual 200 mg/100ml a las dos horas y por lo menos en otra ocasión.

Cuando el valor a las dos horas es de 140 a 200mg/ml, ello indicará trastorno de la tolerancia a la glucosa.

#### **2.1.6. Tratamiento**

1.- La dieta constituye la piedra angular del tratamiento de todos los enfermos diabéticos. Es importante mencionar que no sólo basta el consumo de una alimentación apropiada, sino que además requiere de una cierta disciplina en cuanto al horario, cantidad y tipo de alimento. El exceso de comida o carbohidratos, favorece la aparición de síntomas cetoacidóticos, y el alterar el horario habitual de ingesta, tiene como consecuencia los síntomas hipoglucémicos.

2.- Hipoglucemiantes orales: La diabetes NIDDM, que no puede controlarse mediante tratamiento dietético cuidadoso, responde a menudo a ciertos medicamentos (sulfonilureas).

3.- Tratamiento con Insulina: Este se requiere para todos los pacientes del tipo I, y en muchos casos con enfermedad no insulino dependiente. Si el médico no utiliza medicamentos por vía bucal, todos los sujetos con NIDDM, que no responden a la dieta deben recibir esta hormona. Actualmente, existen diferentes tipos de insulina, reduciendo el azúcar en plazos que van desde las dos horas, hasta las 24 horas.

4.- Regulación del ejercicio físico, ya que es necesario para el metabolismo del azúcar. Su ausencia, favorece la hiperglucemia; en tanto que el exceso, la hipoglucemia.

5.- Análisis periódicos de sangre, para determinar el nivel de glucosa.

6.- Riguroso y periódico control médico.

### 2.1.7. Complicaciones

#### A) Complicaciones tardías en la diabetes:

El paciente diabético es susceptible a una serie de complicaciones que causan morbilidad y mortalidad prematuras. Mientras que algunos pacientes tal vez nunca presenten estos problemas, en otros, aparecen desde un principio. Estas complicaciones son:

- Anormalidades circulatorias, como la arterioesclerosis.
- Retinopatías diabéticas.
- Nefropatías diabéticas.
- Complicaciones infecciosas.
- Úlceras en los pies y gangrena.

#### B) complicaciones metabólicas agudas

Si bien la diabetes mellitus suele presentarse como un padecimiento crónico, en ciertas ocasiones los aumentos acentuados de glucosa, y los ácidos cetónicos pueden provocar una emergencia, que pone en peligro la vida de quien la padece.

Además de la hipoglucemia, los diabéticos están propensos a dos importantes complicaciones metabólicas agudas: la cetoacidosis diabética y el coma hiperosmolar no cetónico. La primera es una complicación de la IDDM, mientras que la última, se presenta por lo común en los no insulino dependientes.

## DIABETES Y MEDICINA PSICOSOMÁTICA

El papel de los factores psicosociales en la diabetes, ha sido un tópico enormemente considerado, pero al mismo tiempo, controvertido. Por un lado, hay quienes otorgan un rol causal en el ataque de la enfermedad, como Helz (1990) y Schwartz (1991); y por otro, quienes opinan que estos aspectos juegan un papel mínimo, como Tattersall (1981).

López-Ibor (1985) sugiere que la evaluación de los aspectos psicológicos de la diabetes mellitus, debe hacerse a partir de la revisión de la llamada medicina psicosomática:

A fines del siglo pasado, la filosofía del dualismo cartesiano consideraba a la mente y al cuerpo como entidades separadas. Las religiones organizadas reclamaban para su dominio la mente y el espíritu; en tanto que el cuerpo, se le concedía a los médicos.

Esta dicotomía se intensificó con el progreso científico de la época; pues el descubrimiento de las bacterias, como agentes causales de las enfermedades, marcó la evidencia de los aspectos físicos de la medicina, pero sobre todo, subrayó el concepto de "causalidad lineal", es decir, un factor específico, produce directamente una enfermedad específica; lo que influyó en el desarrollo de la teoría psicosomática. (Goldman, 1989).

Dicha teoría, es aquella orientación de la medicina que centra su atención, en la influencia de las emociones sobre el cuerpo humano. Uno de sus iniciadores fué W. Cannon en 1935, al estudiar experimentalmente los fenómenos fisiológicos, que regularmente siguen a ciertas emociones, como el temor y la ira. Concluyó, que los cambios observados, preparaban al organismo para la fuga ó la lucha.

En la década de los 40's, Dunbar y cols. prestaron más atención a los rasgos manifiestos de la personalidad encontrados comunmente, en pacientes con ciertas enfermedades, tales como: hipertensión, artritis reumatoide, infarto al miocardio y diabetes.

Sus estudios no lograron demostrar ninguna conexión causal específica entre los procesos psicológicos y los orgánicos. Recientemente Goldman (1989) menciona que ello se debió en parte, a que casi todos los datos se basaban en análisis retrospectivos. Guamer (1984) por su parte, lo atribuye a que Dunbar se dedicó a observar frecuentes y típicas reacciones de defensa, contra algunos conflictos básicos, que aparecen en ciertas enfermedades orgánicas.

Posteriormente, Alexander y cols. en la década de los 50's llegaron a la conclusión de que cada estado emocional específico, provoca una respuesta fisiológica específica, y que la correlación no se da entre los rasgos manifiestos de la personalidad y la respuesta vegetativa; sino entre ésta última y ciertas constelaciones emocionales, por lo común inconscientes, y que pueden estar presentes en diferentes personalidades. (Alexander, 1979). Según este autor, los conflictos emocionales no resueltos, producen alteraciones patológicas del sistema orgánico.

En la década de los 60's, Engel observó que la iniciación o exacerbación de una enfermedad precedía a menudo a la pérdida de una persona importante en la vida del paciente.

Según Engel, ante una situación tal, era probable que el paciente entrara en estados de desesperanza y apatía, que dieran lugar, a que ciertos procesos fisiológicos se volvieran hipoactivos. No creyó que este trastorno fuera condición indispensable para que ocurriera la enfermedad, pero sí, que volviera al sujeto más propenso a ella.

Experimentos con animales, estudios epidemiológicos, y otras investigaciones, se inclinan en favor de esta postura. (Goldman, 1989).

En el caso particular del diabético, es frecuente encontrar en los antecedentes psicológicos, privaciones afectivas importantes. (Carrillo, 1989) (Hinckle y Wolf, citado en López-Ibor, 1985) (Stein y Charles, citado en Helz y Templeton 1990).

En la década de los 70's, Engel sintetizó los progresos de la medicina psicosomática al desarrollar el modelo biopsicosocial de la enfermedad; que reconoce, que todas las enfermedades tienen componentes biológicos, psicológicos y sociales; que predisponen los padecimientos, los inician, ó los conservan.

Este modelo, ofrece una comprensión más amplia de los procesos patológicos, y anima a los facultativos a pensar en tratamientos más amplios; que tomen en cuenta no sólo los elementos que afectan directamente la salud del sujeto; sino también, aquéllos que repercuten en el diagnóstico y cumplimiento del tratamiento, como son: el tipo de personalidad; el estilo de vida y adaptación; además del entorno familiar y social.

Sin embargo, es menester mencionar que en ciertos ámbitos, la orientación psicosomática no es bien acogida, debido a que consideran, que las observaciones psicológicas pueden parecer, no sólo imprecisas y difíciles, sino también imposibles de cuantificar, careciendo por ello, de una claridad estrictamente científica. (López-Ibor, 1985).

No obstante esta postura, la medicina psicosomática continúa desarrollándose, y pese a que su objetivo fundamental sigue siendo conocer las causas psicológicas de las enfermedades, el enfoque ha evolucionado con el tiempo, y lo que actualmente se averigua, es: cómo se transforma la experiencia psicológica en un cambio corporal.

Al parecer, las respuestas se están encontrando en el campo de la psiconeuroinmunología, es decir, aquella parte que investiga las interrelaciones entre los cuatro sistemas integradores de la naturaleza

humana: la vida psíquica, y los sistemas nervioso, endócrino e inmunitario. Estudios preliminares sugieren, que el estrés puede tener efectos sobre esta función (Goldman, 1989)

En este sentido, Helz y Templeton (1990), y Schleifer, Keller y Stein (Citado en López-Ibor 1985.) mencionan que en la diabetes insulino-dependiente, el sistema nervioso central tiene un papel importante a través de su influencia en el sistema inmunológico. Por otro lado, existe evidencia de que la diabetes no insulino-dependiente, sea el resultado de una sensibilidad heredada a cierto neurotransmisor (enkefalin) que puede ser afectado por el estrés.



## DIABETES Y FACTORES PSICOLOGICOS

La diabetes mellitus, es considerada generalmente como una enfermedad crónica, que si es controlada adecuadamente, permite a quién la padece, llevar una vida "relativamente normal".

Sin embargo, numerosas investigaciones mencionan que los síntomas diabéticos, frecuentemente interrumpen la vida del paciente, afectando muchos aspectos de su vida cotidiana; reduciendo su capacidad funcional; alterando la dinámica familiar y perturbando la adolescencia de aquéllos que fueron detectados a una temprana edad. (Alba, Betule, y Moreno, 1985)(Evans y Hughes, 1987)(Mayou, Peveler, Davies, Mann y Fairburn, 1991)(SurrIDGE Williams, et al. 1984)(Wilkinson, 1987)

Por ello, se puede esperar que la diabetes, especialmente la del tipo I (insulinodependiente), puede predisponer a los pacientes a manifestar ciertas características emocionales.

Por otro lado, se sabe que los diabéticos, presentan cambios metabólicos importantes que repercuten en su personalidad; de manera tal, que cada paciente tiene un panorama propio de su enfermedad, lo que dependerá esencialmente, de su estructura de personalidad, y del momento mismo de la aparición de la diabetes. (Tattersall, 1981).

En este sentido, Holmes (1986) menciona algunos cambios emocionales que se dan junto con el surgimiento de la diabetes y que parecen ser universales:

Tanto los adolescentes como los adultos, atraviesan por una serie de etapas en los primeros meses después del diagnóstico. Con ó sin, una incredulidad inicial transitoria, hay un primer impacto al creer que están encarando una vida potencialmente incapacitante y amenazante. Ocasionalmente, ésto es levemente aminorado por el consuelo de conocer que la enfermedad puede ser llevadera.

Después del impacto inicial (seguido del diagnóstico), los pacientes experimentan una sensación de profunda ansiedad, impotencia e ira. Frecuentemente, éstos, ó sus progenitores, culpan a otros o a sí mismos.

Cuando la diabetes es diagnosticada antes de los cinco años de edad, los padres adoptan una actitud de sobreprotección para con el hijo, pues al conocer la vulnerabilidad de éste y las consecuencias de las crisis propias de la enfermedad, temen que el niño muera, si no lo "cuidan bien", ó, si lo dejan solo. Así, la madre --generalmente-- responde rápida, pero angustiadamente, ante la menor fluctuación de la enfermedad.

Allen, (Citado en López Ibor, 1985) menciona que los padres de los diabéticos juveniles, se preocupan fundamentalmente, por el control inmediato de la enfermedad, y poco sobre el futuro; lo que puede ser vivenciado por los hijos como que el futuro no exista.

En consecuencia, el niño diabético recoge estas sensaciones, dudas e inseguridades de los padres; convirtiéndose esta situación en un problema significativo en la adolescencia, etapa en la cual tiene que asumir cierta independencia.

El adolescente con diabetes, enfrenta cambios especiales: en lugar de sentirse indestructible, suertudo y confiado; el joven tiene la sensación de infortunio, vulnerabilidad o incapacidad. La enfermedad, lo encara con la muerte, justo cuando cualquier muchacho (a) sano (a) de su edad, se encuentra en un momento pleno de vitalidad.

Cuando la diabetes es diagnosticada después de los 40 años de edad, la mayoría de los adultos han alcanzado cierta autonomía y han vivido por décadas, sin una "calástrafe de salud personal". Muchos, ya han alcanzado gran parte de sus objetivos y han comenzado a disfrutarlos.

En este caso, la confrontación, tiene que ver más directamente con la mortalidad. Generalmente saben que, en comparación con la gente joven, ó con sus contemporáneos, son más vulnerables a las enfermedades; a perder ciertas funciones ó partes del cuerpo, y a estar más incapacitados. Por ello, la gente de ambos sexos, teme profundamente el tener que depender de alguien, en algún momento dado.

También, se sabe, que pueden presentar un detrimento en su autoestima y que es posible que emerjan conflictos personales no resueltos; especialmente si en esta coyuntura, han sufrido más pérdidas que eventos positivos en su vida.

Es común que surja mucha inseguridad en torno al futuro de sus trabajos, —no saben si los podrán mantener, ó, si los correrán al enterarse de su enfermedad— y de su vida en pareja; pues las mujeres se preguntan si podrán seguir siendo atractivas, y los hombres, si se convertirán impotentes con el tiempo.

Hofling (1981) considera que las series psicológicas de los pacientes diabéticos, se originan en dos facetas del padecimiento: en la enfermedad misma (como ya se mencionó), y en el tratamiento; pues este último demanda un alto grado de autocuidado, sobre todo para el tipo insulínodependiente.

El hecho que el mismo paciente tenga que: 1) seguir una dieta estricta, fijando la cantidad de la misma y juzgando la elección de los alimentos adecuados para sí; 2) inyectarse la insulina y 3) llevar a cabo análisis de su orina, una ó más veces al día, pone al paciente —en opinión del autor— en la posición de evasión, de cohecho, ó de castigo. Es decir, puede presentar actitudes de irresponsabilidad, intentando engañar al médico tratante y a sí mismo; ó, puede comportarse como "paciente modelo", siguiendo estrictamente las instrucciones recibidas, pero, sintiendo que por ello, se ha ganado el derecho de ciertos privilegios; ó, puede expiar sus sentimientos de culpa, expresando indirectamente hostilidad y llenándose de reproches.

Así pues, como el tratamiento que necesita el diabético es de por vida, pone a prueba tanto la fortaleza, como las debilidades de su personalidad.

### 2.3.1. Personalidad

Como ya se refirió en el apartado de diabetes y medicina psicosomática, durante la década de los 40's proliferaron los estudios de personalidad y ciertas enfermedades, dentro de las cuales se encontraba la diabetes.

En este sentido, el principal investigador fué F. Dunbar, quién encontró, que la inconstancia y la indecisión son rasgos característicos de la personalidad diabética. Son débiles, irritables, tipocondríacos y lábiles. Manifiestan conflictos de dependencia-independencia y signos de angustia social. Tienen semejanzas con los caracteres compulsivos, e incluso a las reacciones psicóticas de tipo ciclotímico y paranoide. (Dunbar, citado en Tattersall, 1981 y en Fenichel, 1991)

Cabe mencionar que, Dunbar llevó a cabo sus investigaciones siguiendo el modelo lineal-causal de la época (tal personalidad, provoca tal enfermedad) y en este sentido, sus estudios fracasaron, al no poder diferenciar los efectos de la diabetes en sí misma, de las características pre-existentes; es decir, no podía determinar, si los rasgos observados ya se encontraban antes del ataque de la enfermedad y por tanto, favorecían de alguna forma, la aparición de ésta; ó si en su defecto, estas manifestaciones eran consecuencia de la diabetes.

Empero, el enfoque psicoanalítico apoya la existencia de una personalidad diabética.

Agustín Palacios (Citado en Araujo, 1988) sostiene que el diabético no sólo presenta características de personalidad que le son propias, sino que el padecimiento tiene su origen en las etapas primitivas del desarrollo humano, etapas donde el sujeto se fija, debido a su necesidad de afecto y seguridad.

Este autor define el trastorno, como una melancolía que se expresa a nivel somático, y que el momento en que ésta se presenta, está determinado por factores psicológicos, tales como: el número de frustraciones, un yo pobremente integrado y el grado de psicopatología de los padres.

J. Cremerius (Citado en Guamer, 1984) estudió 100 casos de diabéticos mayores de 35 años de edad. Encontró que durante su infancia, la comida era un aspecto exageradamente importante en sus hogares. Las madres de los futuros diabéticos, favorecían las fijaciones orales y la regresión. Toda capacidad para relaciones de objeto maduras, quedaban dañadas y los pacientes se sentían siempre amenazados por separaciones, que creaban angustia. Habitualmente comían en exceso para disminuir la depresión.

Así pues, Guamer (1984) menciona que el factor oral y el aspecto depresivo juegan un papel fundamental.

Alba et al. (1985) llevó a cabo un estudio con 40 pacientes diabéticos, escogidos aleatoriamente. En lo referente a la personalidad, no logró aislar características específicas, pues éstas se distribuyeron entre obsesivos, histéricos, esquizoides y paranoides.

Tattersall (1981) concluye que lejos de haber una personalidad típica del diabético, la enfermedad es tan común, que una clínica grande, contiene pacientes con casi todos los tipos de personalidad conocida. Sin embargo, es menester continuar explorando los factores que pueden influir en el grado de control de la enfermedad. En este sentido, la personalidad sigue contando con un papel importante, pues continúa desconociéndose qué tipo resulta más afectado.

### **2.3.2. Control diabético.**

Duclaud (1984) llevó a cabo un estudio para determinar posibles diferencias de personalidad entre diabéticos con buen y pobre control. Encontró una personalidad alterada en los diabéticos juveniles,

con características de ansiedad, impulsividad y dependencia. Concluyó que los sujetos con mal control, tendían a negar más su problemática, a manifestar su agresión y a presentar sentimientos de minusvalía. Los sujetos con buen control, presentaron mayor tendencia a la seguridad.

Delamater et al. (1987) estudió grupos de adolescentes diabéticos con buen, regular y mal control, para determinar si la fortaleza y los recursos contra el estrés variaban entre los grupos.

Los sujetos fueron apareados por edad, duración de la enfermedad y nivel económico. Encontró que los sujetos con buen control, reportaron más estrés académico, en tanto que los que pertenecían al grupo de mal control, manifestaron un estrés más relacionado con la enfermedad.

Otra diferencia que resultó particularmente importante, fué la manera en que los pacientes manejaban su estrés, pues los de mal control, usaban más pensamientos deseosos y evitativos, que aquéllos con un mejor control.

Grant, Kyle, Teichman y Mendels (Citado en Tattersall 1981) y Bradley (Citado en Tattersall, 1981) mostraron que los eventos de vida estresantes, están asociados con disturbios en el control diabético. Sin embargo, aún no se sabe qué tipo específico de estrés, es el que tiene mayor efecto.

En algún tiempo se pensó que las familias poco privilegiadas, con un bajo nivel económico, podían ser menos capaces para luchar con el estrés cotidiano, y por lo tanto, se esperaba que tuvieran más dificultades con el control diabético.

Tattersall (1981) revisó la literatura al respecto, y tropezó con resultados contradictorios; pues por un lado, algunos reportes mencionaban que sí existía correlación entre el control diabético y la clase social; y, por otro, que no había tal. El autor encontró que la aparente diferencia se localizaba en la manera de medir la clase socioeconómica: Si ésta se consideraba en función del ingreso

exclusivamente, no había correlación; pero si se definía en términos de armonía familiar, ó frecuencia de problemas mayores, el resultado cambiaba. Así, concluyó que, el factor perjudicial, no es la pobreza económica, sino el ambiente familiar inadecuado.

En opinión de Schwartz, Coulson, Teovy, Lyons y Flaherty (1991), el soporte familiar es un factor muy importante en el manejo de la enfermedad, tanto para niños, adolescentes, y adultos.

Si bien es cierto que los pacientes insulinodependientes parecen tener más problemas con el control de la diabetes, la importancia del apoyo, no excluye a los no insulinodependientes.

Duclaud (1984) menciona específicamente que el factor más relevante en la distinción entre sujetos diabéticos bien y mal controlados, lo constituye la familia, y en particular, la ubicación jerárquica claramente definida del paciente.

Otra variable psicosocial estudiada en conexión con la diabetes, es el locus de control. Este, se refiere al grado en el cual un individuo se siente capaz de controlar los eventos y/o circunstancias de su vida. Hay una dimensión interna y otra externa. En el primer caso, la persona cree que tiene algún control sobre lo que le pasa, y, que hay un enlace entre su comportamiento y el evento. En el locus de control externo, el sujeto considera que, lo que le sucede, es el resultado de fuerzas que se encuentran fuera de su entendimiento y gobierno, como la suerte y el destino.

Evans y Hughes (1987) reportaron en su investigación con 38 niños y adolescentes, entre 10 y 17 años, que los jóvenes con locus de control externo y una organización familiar rígida, presentaron un buen cuidado metabólico. Sin embargo, ésto puede suceder, gracias a las estrictas reglas familiares, pero no por el individuo en sí mismo. Por otro lado, se ha visto que esta situación, no conduce al desarrollo de la autonomía e independencia del adolescente.

En un estudio longitudinal llevado a cabo con 112 varones diabéticos, tipo I y II, entre 38 y 80 años de edad, se observó que los sujetos con locus de control externo empeoraban su cuidado metabólico con el tiempo. En opinión de los autores, este tipo de personas son muy sugestionables, y por tanto, más propensos al estrés, y más dependientes del apoyo familiar. (Schwartz, et al. 1991).

Continúan los autores, que es importante para la conducción del tratamiento, el conocer si el paciente presenta locus de control interno ó externo; pues para el diabético puede resultar estresante trabajar con un médico, que espera que su paciente haga sus propios ajustes; cuando, dentro de las expectativas del enfermo, se encuentra el ser dirigido constantemente por el galeno. Lo mismo sucede en el caso contrario.

Así pues, al parecer de Schwartz, et al., los individuos que presentan un locus de control interno, cuentan con más recursos propios, para enfrentar las diversas variables que afectan el control diabético, y, a la larga sacan mejor provecho del tratamiento.

Otro tipo de variable investigada en torno al control diabético, son las enfermedades psiquiátricas.

En un estudio que Mayou et al. (1991) llevaron a cabo en 113 insulino dependientes, entre 17 y 25 años de edad, encontraron que el control del azúcar fué significativamente peor en sujetos con niveles altos de angustia.

Lustman et al. (1986) estudiaron la relación de enfermedades psiquiátricas y el control de la diabetes en 114 pacientes tanto insulino dependientes como no insulino dependientes, seleccionados fortuitamente.

Se formaron dos grupos: en uno se encontraban los pacientes con una enfermedad psiquiátrica reciente, y en otro, aquéllos que nunca estuvieron psiquiátricamente enfermos. El primer grupo



reportó una diferencia significativa en los niveles de la hemoglobina glucosilada, más síntomas de un pobre control metabólico, y más angustia, en comparación con los pacientes del segundo grupo.

Sin embargo, Helz y Templeton (1990) sostienen que pese a los estudios de este tipo; no se sabe si los síntomas psiquiátricos conducen, ó por el contrario, resultan de un pobre control diabético.

### **2.3.3. Patología psiquiátrica.**

Los diversos autores emplean el término de morbilidad psiquiátrica, para aludir la presencia de rasgos, ó desórdenes psiquiátricos específicos, que pudiesen requerir una intervención adecuada. (Wilkinson, 1987)

Mayou et al. (1991) refieren que los médicos que tratan pacientes diabéticos están concientes, que algunos de éstos presentan dificultades psiquiátricas y sociales, que van desde una leve a una moderada severidad, y aún cuando la prevalencia de tales problemas es desconocida --por cuestiones metodológicas-- el hecho es innegable.

En una investigación llevada a cabo por estos autores, con 113 sujetos insulino dependientes, entre 17 y 25 años de edad, encontró que el 40% de las mujeres y el 47% de los hombres, reportaron problemas sociales mayores; siendo los más comunes, la no satisfacción ni en la ocupación, ni en las actividades sociales, especialmente aquéllas que se llevan a cabo fuera de casa, y que incluyen de alguna forma, comida y bebida. Les resultaba difícil la espontaneidad, a causa de la diabetes y su tratamiento, particularmente en las vacaciones y los días de fiesta.

Por otro lado --concluye el autor-- la gente joven insulino dependiente, describe más angustia y problemas sociales, que los manifestados por la población general.

En otro estudio, realizado por López-Ibor (1985), con 40 pacientes diabéticos, escogidos aleatoriamente; los hallazgos sugirieron que, por cada diez diabéticos que controlan su ansiedad, hay uno con un nivel muy alto de la misma.

Lustman et al. (1986) realizaron una investigación para determinar el transcurso común de las enfermedades psiquiátricas, en 114 pacientes con diabetes tipo I y II, seleccionados fortuitamente. El 71% de los pacientes tuvo una historia de vida de al menos un criterio definido como enfermedad psiquiátrica, en donde la depresión y la ansiedad fueron las más comunes. Cabe mencionar que la mayoría de los estudios al respecto, confirman este hallazgo.

Los autores, no encontraron diferencias significativas entre el tipo I y el tipo II de diabéticos, en lo que refiere a la prevalencia de sujetos con una enfermedad psiquiátricamente diagnoscible.

Leedom, Meehan, Procci, Zeidler, (1991) evaluaron los síntomas de depresión en una muestra de pacientes no insulino dependientes, que clasificó de acuerdo a la presencia ó ausencia de complicaciones diabéticas. Ambos grupos fueron comparados con un grupo control (sanos). Encontraron que:

- Los pacientes con complicaciones diabéticas, calificaron significativamente más alto en depresión, que aquéllos sin complicaciones y los de control.
- De los pacientes con complicaciones, el 74% puntuó en un rango de depresión clínica y el resto, en el de una depresión severa.
- Las mujeres diabéticas presentaron una correlación alta entre depresión y disfunción sexual.

Sumidge, et al. (1984) llevó a cabo un estudio con 50 diabéticos insulino dependientes, entre 18 y 80 años de edad. Entre los síntomas reportados, estuvieron una marcada reducción en el nivel de energía, una fatiga incrementada e irritabilidad, depresión y un retraso en la maduración sexual.

En cuanto a este último síntoma, el autor menciona que el consenso, entiende que ello puede ser, debido a un ligero retraso en la pubertad entre los diabéticos juveniles, en comparación con los no diabéticos; aún, cuando consideran que otro tipo de factores pueden estar inmiscuidos, como es el nivel educativo de los pacientes.

Por otro lado, López-Ibor (1985) menciona que uno de los trastornos más frecuentes, es el de la impotencia sexual, como consecuencia de los trastornos de inervación vasomotora.

Sin embargo, Leedom, et al. (1991) refieren que si bien el enlace entre las complicaciones diabéticas y la disfunción sexual, es bien descrita para los hombres; en el caso de las mujeres es pobremente entendida.

Estos autores suponen que más que una complicación de la enfermedad, la disfunción sexual en las mujeres diabéticas puede ser el resultado de una depresión.

Recientemente, ha llamado la atención otro rasgo psicopatológico asociado con la diabetes: la anorexia nerviosa y la bulimia.

La anorexia es un trastorno que se caracteriza por un miedo mórbido a la gordura y búsqueda pertinaz de la delgadez; quienes la padecen pueden llegar a extremos increíbles con objeto de perder peso. Comienzan por reducir drásticamente su ingestión calórica y por hacer ejercicio de manera incesante. Algunos pacientes alternan el ayuno con la bulimia, que es una crisis de glotonería no controlada. Después de estas comilonas, a menudo, la propia persona se induce el vómito, y frecuentemente consume cantidades enormes de laxantes.

Así pues, si se considera que la dieta es una condición sine-quantum del tratamiento de la diabetes, algunos pacientes pueden comenzar a pensar en la comida como si ésta fuera veneno. (Tattersall, 1981).

Este tipo de conductas es más común en las mujeres adolescentes con sobrepeso; que además hacen mal uso de la dosis de insulina. (Mayou et al. 1991).

Se ha observado que estas pacientes presentan pobre control metabólico y que la polineuropatía es más común entre ellas; debido aparentemente, a una deliberada baja dosis de insulina (Wing, citado en Carrillo, 1989)

La restricción autoimpuesta por las diabéticas-anoréxicas y la gran actividad física que suelen desarrollar, puede hacer muy difícil el tratamiento de la diabetes. Esta situación se complica por la presencia de: mecanismos autodestructivos, un exagerado ascetismo y por una intelectualización, que en consecuencia, conduce a una conducta negligente hacia el propio cuerpo, llegando a ser una verdadera amenaza para su vida misma. (López-Ibor, 1985).

**C A P I T U L O   I I I**

**M E T O D O L O G I A**

## METODOLOGÍA

### 3.1. Problema

¿Existe alguna relación entre el control de las diabetes mellitus y los rasgos de personalidad?

### 3.2. Objetivo general

Determinar si existe alguna relación entre el control de la diabetes mellitus y los rasgos de personalidad.

#### Objetivo específico

- Comparar los perfiles de personalidad obtenidos entre los diabéticos controlados y los no controlados.
- Comparar los perfiles de personalidad obtenidos entre los diabéticos tipo I (insulinodependiente, ó, IDDM), y tipo II (no insulinodependiente, ó, NIDDM).

### 3.3. Hipótesis

H<sub>0</sub> Existe relación entre el perfil de personalidad y el control diabético.

H<sub>0</sub> No existen diferencias significativas en las puntuaciones de la subescala de psicoticismo entre los diabéticos controlados y los no controlados.

H<sub>1</sub> Existen diferencias significativas en las puntuaciones de la subescala de psicoticismo entre los diabéticos controlados y los no controlados.

H<sub>0</sub> No existen diferencias significativas en las puntuaciones de la subescala de extraversión entre los diabéticos controlados y los no controlados.

H2 Existen diferencias significativas en las puntuaciones de la subescala de extraversión entre los diabéticos controlados y los no controlados.

Ho No existen diferencias significativas en las puntuaciones de la subescala de neuroticismo entre los diabéticos controlados y los no controlados.

H3 Existen diferencias significativas en las puntuaciones de la subescala de neuroticismo entre los diabéticos controlados y los no controlados.

Ho No existen diferencias significativas en las puntuaciones de la subescala de deseabilidad social entre los diabéticos controlados y los no controlados.

H4 Existen diferencias significativas en las puntuaciones de la subescala de deseabilidad social entre los diabéticos controlados y los no controlados.

Ho No existen diferencias significativas en las puntuaciones de la subescala de psicoticismo entre los diabéticos tipo I y tipo II.

H5 Existen diferencias significativas en las puntuaciones de la subescala de psicoticismo entre los diabéticos tipo I y tipo II.

Ho No existen diferencias significativas en las puntuaciones de la subescala de extraversión entre los diabéticos tipo I y tipo II.

H6 Existen diferencias significativas en las puntuaciones de la subescala de extraversión entre los diabéticos tipo I y tipo II.

Ho No existen diferencias significativas en las puntuaciones de la subescala de neuroticismo entre los diabéticos tipo I y tipo II.

H7 Existen diferencias significativas en las puntuaciones de la subescala de neuroticismo entre los diabéticos tipo I y tipo II.

Ho No existen diferencias significativas en las puntuaciones de la subescala de deseabilidad social entre los diabéticos tipo I y tipo II.

H8 Existen diferencias significativas en las puntuaciones de la subescala de deseabilidad social entre los diabéticos tipo I y tipo II.

### **3.4. Definición de términos.**

#### **Personalidad:**

Es la suma total de patrones culturales, actuales y potenciales del organismo, determinados por la herencia y el medio social; se origina y desarrolla a través de la interacción funcional de los cuatro sectores principales dentro de los cuales están organizados estos patrones de conducta: cognitivo, conativo, afectivo y somático (Eysenck, HJ y Eysenck, MW, 1987). Operacionalmente, se define como la interrelación entre las puntuaciones de las subescalas PEN y L del Cuestionario de Personalidad de Eysenck.

#### **Perfil de Personalidad:**

Es el resultado de una autodescripción del sujeto, en una situación controlada, que permite realizar inferencias acerca de elementos conscientes e inconscientes, que forman parte de la organización psicodinámica de la personalidad. (Rivera, 1991). Operacionalmente, son todas las puntuaciones obtenidas a través del EPQ.

#### **Control Diabético:**

Operacionalmente se define como aquel paciente diagnosticado como diabético, cuya última glicemia mensual, presenta una concentración menor o igual a 140mg/dl.



**Diabetes Tipo I (IDDM, ó insulino dependiente):**

Es aquélla que se presenta generalmente de forma brusca antes de los 40 años; en donde la insulina en el plasma se encuentra en niveles bajos ó ausentes, lo que origina la necesidad de la administración de insulina exógena.

**Diabetes Tipo II (NIDDM ó no insulino dependiente)**

Es aquélla que se presenta generalmente después de los 40 años; en donde la insulina en el plasma, se encuentra en niveles bajos, ó elevados (en este caso, las células son insensibles a la hormona). El curso de los síntomas es lento y existe respuesta al tratamiento con hipoglucemiantes orales (sulfonilureas).

**3.5. Población.**

Estuvo formada por personas que padecen diabetes mellitus tipo I y II, que acuden a la consulta externa de la Clínica de diabetes del Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, y que no presentaron complicaciones metabólicas agudas, ni tardías.

**3.6. Muestra.**

La consulta externa de la Clínica de diabetes, cuenta con un gabinete de médicos, a los cuales les son asignados los pacientes que acuden a la misma (previa aceptación por parte de la institución). Así, la selección de la muestra se llevó a cabo a partir de la lista de pacientes que atiende uno de los médicos de este gabinete, quedando conformada por 67 sujetos: 35 mujeres y 32 varones; cuyas edades oscilaron entre los 15 y 70 años de edad.

De acuerdo al tipo de diabetes, 32 sujetos pertenecieron al tipo I, y 35 sujetos al tipo II, y en cuanto al control de glucosa: 28 la controlaron y 41 no la controlaron.

La condición civil de los varones fué la siguiente: 20 casados, 11 solteros, 1 viudo. La condición civil de las mujeres fué: 17 casadas, 12 solteras, 2 viudas, 2 divorciadas y 2 en unión libre.

#### **Tipo de muestreo.**

No probabilístico, por estar basado en las apreciaciones del investigador. Propositivo, porque el estudio se llevó a cabo en una población específica (Pick, S y López, A. 1990) y obligado porque solo participaron aquéllos que aceptaron.

#### **3.7. Variables.**

Variable independiente atributiva: personalidad.

Variable dependiente: control diabético.

#### **3.8. Diseño de investigación**

Es Exploratorio, porque el fenómeno estudiado ha sido poco abordado, de manera tal, que se pretendió lograr una primera aproximación del mismo. Es Ex post facto, porque fué una investigación empírica y sistemática en donde el experimentador no tuvo control sobre la variable independiente, no pudiendo asignar tratamiento alguno, pues sus manifestaciones ya habían ocurrido. Es transversal, porque se estudio el fenómeno, en un momento determinado, y también es de dos grupos independientes, es decir dos grupos diferentes de sujetos de la misma población.

#### **3.9. Descripción del instrumento.**

El cuestionario de personalidad de Eysenck (EPQ) está basado en un modelo de tres dimensiones de la personalidad: Neuroticismo (N), Psicoticismo (P), y Extraversión (E). Este modelo se puede considerar como Jerárquico, ya que describe tres grandes dimensiones que, subdivididas en un nivel

más bajo, evalúan rasgos más específicos, que, a su vez, pueden subdividirse en hábitos de reacción ó en instancias conductuales.

Es importante subrayar que, las tres dimensiones que mide el instrumento se refieren a conductas normales y no a síntomas. Esta condición lo hace diferente de aquellas escalas que miden patología, como las del MMPI. En este sentido, el cuestionario de personalidad de Eysenck, se refiere a aquellos rasgos de personalidad que subyacen a la conducta, los cuales se consideran patológicas solamente en casos extremos.

El EPQ, cuenta con una versión para niños y otra para adultos. Ambas versiones son similares en cuanto a las dimensiones que miden, solo que las preguntas, han sido adaptadas para ambos grupos, de acuerdo a la edad.

Para la adecuada administración del instrumento, se sugiere lo siguiente:

Para las personas que saben leer, las instrucciones están incluidas en cada copia del EPQ. Estas pueden ser leídas en voz alta, ó se puede dejar que cada persona las lea para sí misma. De cualquier manera, no deberán ser amplificadas o alteradas de ninguna forma.

Para las personas sin escolaridad, ó invidentes, las preguntas podrán ser leídas y las respuestas ser registradas.

Cuando se regresan los cuestionarios ya contestados, se debe checar que todas las preguntas hayan sido contestadas; en caso de que no lo estén, se le debe señalar al sujeto.

Los cuestionarios se evalúan empleando una guía de calificación, misma que indica en cuáles casos la respuesta es "sí" y en cuáles corresponde "no". Solo cuando la respuesta coincida por lo señalado

en la guía, se le otorgará un punto al reactivo. La suma de los valores de cada escala, proporciona la calificación de cada una de ellas.

**Guía de calificación:**

**Psicoticismo (22 reactivos)**

SI: 3, 18, 22, 24, 25, 28, 31, 37, 41, 44, 55, 56, 61, 64, 67, 71, 75, 79

NO: 8, 10, 52, 78

**Extraversión (17 reactivos)**

SI: 1, 4, 7, 11, 14, 21, 27, 34, 40, 43, 46, 51, 58, 70, 74

NO: 17, 36

**Neuroticismo: (21 reactivos)**

SI: 2, 5, 9, 12, 15, 19, 23, 26, 29, 32, 35, 38, 47, 49, 53, 59, 62, 65, 68, 72, 78

**Deseabilidad Social (19 reactivos)**

SI: 16, 30, 48, 66, 77

NO: 6, 13, 20, 33, 39, 42, 45, 50, 54, 57, 60, 63, 69, 73

Es importante mencionar que este instrumento básicamente es aplicable a grupos, dado que Eysenck buscó regularidades interindividuales, estudiando grandes conjuntos de sujetos al mismo tiempo, para encontrar qué aspectos ó factores se encuentran presentes en todos, con más ó menos regularidad. De ahí que, para evaluar los resultados, se empleen métodos estadísticos como las medias y desviaciones estandard.

**3.10. Procedimiento.**

Para poder obtener los grupos necesarios de esta investigación, se contó con la colaboración tanto del personal de laboratorio de la Clínica de diabetes del Instituto Nacional de la Nutrición, como del médico responsable de los pacientes de la muestra, durante cuatro meses (febrero-mayo 1993).

De esta manera, cuando los pacientes acudían a la consulta externa, el galeno los evaluaba médicamente, y posteriormente les comentaba que se estaba llevando a cabo una investigación sobre aspectos psicológicos de los diabéticos; acto seguido, les preguntaba si querían participar voluntaria y anónimamente.

La investigadora, recibía una relación semanal de aquellos pacientes que se mostraron interesados en el estudio. Se les llamaba por teléfono, para citarlos de nueva cuenta, explicándoles que únicamente tenían que acudir en ayunas al laboratorio de la Clínica de la diabetes, para tomarles una muestra de sangre y contestar un cuestionario; todo ello, con el fin de poder conocer mejor la forma de ser del paciente diabético y poderles brindar un mayor apoyo a la larga.

El personal del laboratorio, practicaba el análisis sanguíneo conocido como glucosa plasmática en ayunas, en donde se determinaba el nivel de glucosa de cada paciente, al momento de contestar el cuestionario.

Así pues, primero se les tomaba la muestra, e inmediatamente después, se les hacía pasar a un cubículo acondicionado con pupitres y lápices para que pudieran contestar el Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQ).

Cada persona leyó las instrucciones por sí misma. Cuando entregaban el cuestionario, se revisaba que no faltara ningún reactivo por contestar. Si sucedía así, se le señalaba que había alguna (s) preguntas (s) que no había respondido y que era necesario que lo hiciera.

En tanto se realizaba la recolección de la muestra y de los datos, se llevó a cabo un registro de los pacientes, en donde se anotaba: sexo, edad, estado civil, tipo de diabetes (información proporcionada por el médico tratante), nivel de glucosa, y calificación de cada dimensión del Cuestionario de Personalidad de Eysenck.

### **3.11. Estrategia de análisis estadístico.**

Para analizar los datos de la presente investigación, se empleó la prueba "t" de student para grupos independientes, a fin de poder contrastar los promedios entre los grupos, ya que los puntajes estuvieron expresados a nivel intervalar.

La región de rechazo quedó constituida por todas aquellas probabilidades que fueron menores o iguales al nivel de significancia. El valor de ésta fué de .05 con un 95% de confianza.

**C A P I T U L O   I V**

**RESULTADOS**

**RESULTADOS.**

Los cuestionarios se evaluaron empleando la guía de calificación sugerida por Lara, Cortés y Verduzco (1992).

A partir de los resultados de los niveles de glucosa y de la evaluación médica, se determinaron los dos grupos de investigación:

- diabéticos controlados / diabéticos no controlados
- insulín dependiente (tipo I) / no insulín dependiente (tipo II)

Las calificaciones obtenidas de cada una de las dimensiones de personalidad de Eysenck se compararon en ambos grupos.

Los resultados obtenidos para el grupo diabéticos controlados / diabéticos no controlados, fueron los siguientes:

En la dimensión de Psicoticismo (P):

Los controlados diabéticamente obtuvieron una media de 2.61 puntos, con una desviación estándar de 1.44 puntos.

Los no controlados diabéticamente obtuvieron una media de 2.80 puntos, con una desviación estándar de 1.30 puntos.

Se obtuvo una  $T = -0.54$  y una probabilidad asociada de 0.59. Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula, es decir, no existen diferencias significativas entre diabéticos controlados y no controlados en lo referente a la dimensión de Psicoticismo.

En la dimensión de Extraversión (E):

Los controlados diabéticamente obtuvieron una media de 11.42 puntos, con una desviación estándar de 3.68 puntos.



Los no controlados diabéticamente obtuvieron una media de 10.83 puntos, con una desviación estandard de 3.57 puntos.

Se obtuvo una  $T = 0.86$  y una probabilidad asociada de 0.39. Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula, es decir, no existen diferencias significativas entre diabéticos controlados y no controlados en lo referente a la dimensión de Extraversión.

En la dimensión de Neuroticismo (N):

Los controlados diabéticamente obtuvieron una media de 10.34 puntos, con una desviación estandard de 4.55 puntos.

Los no controlados diabéticamente obtuvieron una media de 11.87 puntos, con una desviación estandard de 4.65 puntos.

Se obtuvo una  $T = -1.33$  y una probabilidad asociada de 0.18. Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula, es decir, no existen diferencias significativas entre diabéticos controlados y no controlados en lo referente a la dimensión de Neuroticismo.

En la dimensión de Deseabilidad Social ó Mentiras (L):

Los controlados diabéticamente obtuvieron una media de 12.96 puntos, con una desviación estandard de 5.13 puntos.

Los no controlados diabéticamente obtuvieron una media de 12.19 puntos, con una desviación estandard de 3.84 puntos.

Se obtuvo una  $T = 0.22$  y una probabilidad asociada de 0.82. Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula, es decir, no existen diferencias significativas entre diabéticos controlados y no controlados en lo referente a la dimensión de Deseabilidad Social.

Los resultados obtenidos para el grupo Insulnodependiente (tipo I) / No Insulnodependiente (tipo II) fueron los siguientes:

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

**En la dimensión de Psicoticismo (P):**

Los insulino dependientes (tipo I) obtuvieron una media de 2.90 puntos, con una desviación estandar de 1.42 puntos.

Los no insulino dependientes (tipo II) obtuvieron una media de 2.57 puntos, con una desviación estandar de 1.29 puntos.

Se obtuvo una  $T = -1.00$  y una probabilidad asociada de 0.31 Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula, es decir, no existen diferencias significativas entre diabéticos insulino dependientes y no insulino dependientes en lo referente a la dimensión de Psicoticismo.

**En la dimensión de Extroversión (E):**

Los insulino dependientes (tipo I) obtuvieron una media de 11.18 puntos, con una desviación estandar de 3.56 puntos.

Los no insulino dependientes (tipo II) obtuvieron una media de 10.71 puntos, con una desviación estandar de 3.68 puntos.

Se obtuvo una  $T = -0.53$  y una probabilidad asociada de 0.59 Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula, es decir, no existen diferencias significativas entre diabéticos insulino dependientes y no insulino dependientes en lo referente a la dimensión de Extraversión.

**En la dimensión de Neuroticismo (N):**

Los insulino dependientes (tipo I) obtuvieron una media de 10.53 puntos, con una desviación estandar de 4.56 puntos.

Los no insulino dependientes (tipo II) obtuvieron una media de 11.97 puntos, con una desviación estandar de 4.66 puntos.

Se obtuvo una  $T = 1.27$  y una probabilidad asociada de 0.20 Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula, es decir, no existen diferencias significativas entre los diabéticos insulino dependientes y no insulino dependientes en lo referente a la dimensión de Neuroticismo.

En la dimensión de Deseabilidad Social ó Mentiras (L):

Los insulino dependientes (tipo I) obtuvieron una media de 11.31 puntos, con una desviación estandar de 4.38 puntos.

Los no insulino dependientes (tipo II) obtuvieron una media de 13.20 puntos, con una desviación estandar de 4.19 puntos.

Se obtuvo una  $T = 1.79$  y una probabilidad asociada de 0.07. Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula, es decir, no existen diferencias significativas entre los diabéticos insulino dependientes y no insulino dependientes en lo referente a la dimensión de Deseabilidad Social ó Mentiras.

Así pues, las medias (M), desviaciones estandar (SD) y probabilidades asociadas obtenidas a través de la prueba "t", revelaron que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las dimensiones de personalidad y el control diabético; así como tampoco, con el tipo de diabetes.

La tabla 1, muestra los resultados de las medias y desviaciones estandar de cada dimensión en ambos grupos.

La tabla 2 muestra los resultados de la prueba t de student, así como la probabilidad asociada de cada dimensión en ambos grupos.

Del total de sujetos empleados en la muestra, sólo el 38.81% controló su nivel de glicemia, en tanto que el 61.19% no la controló.

Del grupo perteneciente a diabéticos insulino dependientes, el 31.25% controló su nivel de glicemia, en tanto que el 68.75% de los mismos, no se controló.

Del grupo perteneciente a diabéticos no insulino dependientes el 45.71% controló su nivel de glicemia, en tanto que el 54.28% no la controló.

**VALORES DE LAS MEDIAS Y DESVIACIONES ESTANDAR**

	P		E		N		L	
	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS
CONTROLADOS	2.815	1.444	11.423	3.668	10.346	4.551	12.482	5.132
NO CONTROLADOS	2.805	1.308	10.834	3.576	11.878	4.654	12.195	3.849
TIPO 1	2.906	1.442	11.188	3.560	10.531	4.565	11.313	4.381
TIPO 2	2.571	1.290	10.714	3.883	11.971	4.668	13.200	4.192

**TABLA 1**

Medias (M) y desviaciones estandar (DS) de las dimensiones de Psicoticismo (P), Extraversión (E), Neuroticismo (N), y Deseabilidad Social (L), para el grupo de Diabéticos controlados-diabéticos no controlados y el grupo del Tipo I (insulinodependiente)-Tipo II (no insulinodependiente).

**VALORES DE LA PRUEBA "t" Y PROBABILIDAD ASOCIADA**

	P		E		N		L	
	T	P(x)	T	P(x)	T	P(x)	T	P(x)
GPO. CONTROL DIABETICO	-0.54	0.59	0.86	0.39	-1.33	0.18	0.22	0.82
GPO. TIPO DIABETICO	-1.00	0.31	-0.53	0.59	1.27	0.20	1.79	0.07

**TABLA 2**

Resultados de la prueba "t" (T) y probabilidad asociada P(x) de cada una de las dimensiones: Psicoticismo (P), Extraversión (E), Neuroticismo (N), y Deseabilidad Social (L), para el grupo de Diabéticos controlados-diabéticos no controlados y el grupo de Insulinodependientes (tipo I)-no insulinodependientes (tipo II).

**PORCENTAJE DEL CONTROL DIABETICO**

	CONTROLADOS	NO CONTROLADOS
POBLACION TOTAL	38.81%	61.19%
TIPO 1	31.25%	68.75%
TIPO 2	45.71%	54.28%

**TABLA 3**

Porcentaje de sujetos que controlaron su glicemia de acuerdo al tipo de diabetes: Tipo I (insulinodependientes) y Tipo II (no insulinodependientes).

**CARACTERISTICAS DE LOS RESULTADOS**

	Características:
DIABETICOS CONTROLADOS	Más extrovertidos
DIABETICOS NO CONTROLADOS	Más neuróticos

	Características:		
TIPO I	Menos mentirosos	Más extrovertidos	Menos control de glucosa
TIPO II	Más mentirosos	Más neuróticos	Más control de glucosa

**TABLA 4**

La tabla 3, muestra los porcentajes de sujetos que controlaron ó no su glicemia, de acuerdo al tipo de diabetes que presentaron.

La concentración de glucosa promedio para los sujetos no controlados fué de 224 mg/dl; en tanto que para los sujetos controlados fué de 115 mg/dl.

#### 4.2. Discusión y conclusiones.

Los resultados mostraron las siguientes características entre los grupos:

- Los pacientes insulino dependientes (tipo I) se mostraron menos mentirosos, más extrovertidos y presentaron menor control de su nivel de glucosa que los no insulino dependientes (tipo II).
- Los pacientes no insulino dependientes (tipo II) se mostraron más mentirosos, más neuróticos y presentaron más control de su nivel de glucosa que los insulino dependientes (tipo I).
- Los pacientes que controlaron su nivel de glucosa se manifestaron más extrovertidos que los que no la controlaron.
- Los pacientes que no controlaron su nivel de glucosa, se manifestaron más neuróticos en relación a los que sí la controlaron.

(Estas características se pueden observar en la tabla 4)

Ahora bien, pese a que los resultados de esta investigación demostraron que no existe relación entre el control de la diabetes mellitus y los rasgos de personalidad; se observó una tendencia de los sujetos no insulino dependientes (tipo II) a ser más mentirosos que los insulino dependientes (tipo I).

Aún cuando en este estudio no se controló la edad, esta situación llama la atención, debido a que el momento de aparición de la diabetes no insulino dependiente (tipo II), es generalmente en la edad adulta; etapa en la cual, se esperaría que las personas actuaran con más autenticidad y realidad. Sin

embargo, ello no sucede así, probablemente porque presenten más temor e inseguridad, sobre todo en sus relaciones interpersonales.

Si esta interpretación fuera verdadera, se podría apoyar lo expuesto por Holmes (1988) en cuanto a los cambios emocionales que experimentan los pacientes diabéticos, en función de la edad de aparición de la enfermedad.

Sin embargo, desde otro punto de vista, Michaelis y Eysenck (Citado en Balzaretti y López, 1981) consideran que la puntuación de la escala de deseabilidad social ("L") disminuye con la edad en los niños, pero, en los adultos, ésta aumenta.

En cuanto a las pequeñas diferencias percibidas entre los grupos, se encontró que los diabéticos no controlados y los no insulino dependientes (tipo II) se mostraron ligeramente más neuróticos que los controlados y los insulino dependientes (tipo I). De la misma forma, resultaron un poco más extrovertidos los sujetos insulino dependientes (tipo I), y los del grupo de diabéticos controlados.

Con ello, se pudiera pensar que los pacientes que mantienen su glicemia por debajo de los 140 mg/dl, son un poco más extrovertidos, debido a que al sentirse bien físicamente, presentan mayor control sobre sí mismos y sobre su medio ambiente; lo que les permite tener mejores interrelaciones personales.

Por otro lado, al retomar la teoría biológica de Eysenck sobre extraversión, se podría especular, que la capacidad reactiva del sistema nervioso central, es menor en los diabéticos y que para producir una respuesta, necesitan incrementar la estimulación externa. De comprobarse este planteamiento, se podría entender el por qué necesitan estar rodeados de gente; ó su labilidad, pero ésto sería menester de otro estudio de tipo neurofisiológico.

Al analizar cuáles fueron los rasgos prevaletentes en los diabéticos, con base en la frecuencia de las respuestas, se encontró que habitualmente:

- Son muy susceptibles para ciertas cosas.
- Les importa mucho los buenos modales y la limpieza
- Tienen altibajas en su estado de ánimo, algunas veces se encuentran llenos de energía y otras, perezosos y desanimados.
- Se preocupan demasiado.
- Les gusta estar rodeados de gente.

Ahora bien, dentro del sector salud, la atención médica que reciben los pacientes, se encuentra clasificada en tres niveles principalmente. El primero de ellos, corresponde a las Clínicas, que reciben en consulta externa a toda clase de enfermos, que no requieren de hospitalización, pues estos lugares no cuentan con camas para ello.

El segundo nivel, corresponde a los Hospitales; en donde se cuenta con personal más especializado, y con el mobiliario adecuado, en caso de que el paciente requiera ser internado.

El tercer nivel, se encuentra integrado por aquellos lugares que además de contar con las características del nivel anterior; dispone de más equipo y personal dedicado a la investigación. Dentro de este nivel se encuentra el Instituto Nacional de la Nutrición.

Esta situación, es particularmente importante, al considerar los resultados de esta investigación, pues el hecho de no haber encontrado relación entre la personalidad y el control diabético, quizás se deba al tipo de población elegida.

Otro punto que pudiera tener relación con los resultados obtenidos, es el tipo de análisis sanguíneo empleado para esta investigación.



La glucosa plasmática en ayunas, es un exámen de laboratorio que mide el nivel de azúcar del paciente; pero en un momento determinado, es decir, cuando se toma la muestra.

En cambio, la hemoglobina glucocilada, es otro exámen de laboratorio, que también mide el nivel de azúcar sanguínea, pero, el valor de la concentración que reporta, es un promedio de los últimos 3 ó 4 meses; pudiendo revelar de esta manera, un resultado más real y confiable, que pueda conducir a la verdadera actitud del paciente para con su control de glicemia.

No obstante estas limitaciones, la presente investigación representó un acercamiento, a un problema de salud latente en México, pues pese a que la diabetes ocupa el cuarto lugar como causa de mortalidad en el país, son pocos los estudios que se han llevado a cabo sobre el tema.

Desde otro punto de vista, el cuestionario de personalidad de Eysenck, es un instrumento poco común en México, y su empleo, representa una alternativa de enfoque de los rasgos de personalidad, pues independientemente que otros estudios lo reporten como un instrumento altamente sensible (Araiza y Servín, 1979), (Balzaretto y López, 1979), (Hoyos, 1982), es bastante rescatable el hecho de que se refiera a conductas normales y no a síntomas.

#### **4.3. Sugerencias.**

Para estudios posteriores, se sugeriría tomar en cuenta estas observaciones en tomo a la población y al análisis de laboratorio. Quizás, resultasen contrastes significativos, si se empleara la glucosa plasmática en ayunas en pacientes de primer nivel (clínicas), y, hemoglobina glucocilada en diabéticos que acudan al tercer nivel.

Por otro lado, sería importante considerar en cada paciente: la edad de aparición de la diabetes, así como, el tiempo de padecimiento de la enfermedad (a partir del diagnóstico clínico).

Otros estudios sugeridos en torno al control de la diabetes son, en relación al conocimiento de la enfermedad y en torno a la familia.

Aún cuando en esta investigación se desconoció el nivel de información, se podría pensar que: a mayor información, mayores posibilidades de conciencia de la enfermedad; por tanto, presentarían mayor control, lo que redundaría en una mejor calidad de vida.

En cuanto a la familia, la literatura reporta que es de suma importancia que el paciente diabético encuentre apoyo en ella. (Duclaud, 1984) (Schwartz, 1991) (Tattersall, 1981). Con base en esta información, se podría realizar un estudio en donde se lleve a cabo una terapia familiar, tomando muestras de hemoglobina glucosilada antes y después de la misma, para ver si se encuentran cambios significativos.

Finalmente, a fin de comprobar lo expuesto por Eysenck, en tanto que sólo calificaciones altas en la dimensión de psicoticismo revelarían alguna patología, resultaría interesante poder investigar el control diabético en pacientes diabético-anoréxicas, relación que recientemente tiende a incrementarse.

## BIBLIOGRAFIA

## BIBLIOGRAFIA

Alba, L., Batule, M.E., y Moreno, E. (1985). Diabetes Mellitus. Factores psicosociales. Boletín de Psicología de Cuba, 8 (2), 63-83

Alexander, F., Ross, H., et al. (1979). Psiquiatría Dinámica. Buenos Aires: Paidós.

Araiza, M., y Servin, E. (1979). Estudio psicológico de la estructura de la personalidad de los morfínómanos y su valor en la psicología clínica. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Araujo, C. (1968). Problemas emocionales en pacientes diabéticos juveniles. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Ardila, R. (1988). Psicología del aprendizaje. (20o. ed.). México: Siglo XXI.

Balzaretti, M., y López, G. (1981). Estudio comparativo de personalidad en adolescentes farmacodependientes (inhaladores vs. no inhaladores) a través del MMPI y del EPQ. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Bischof, L.S. (1975). Interpretación de las teorías de la personalidad. México: Trillas.

Brody, N. (1977). Investigación y teoría de la personalidad. México: Manual Moderno.

Brunner, L.S., y Suddarth, D.S. (1991). Enfermería médico quirúrgica, (vol.2, 6a. ed.). México: Interamericana.

Carrillo, M. (1989). La agresión en pacientes con diabetes juvenil. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Cuell, J., Reidl, L., Martí, C., Lartigue, T., y Michaca, P. (1990). Teorías de la personalidad. (3a. ed.). México: Trillas.

Duclaud, I., y Aguilar, S. (1984). Factores personales y/o familiares que participan en el control de la diabetes juvenil. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Evans, Ch.L., y Hughes, I.A. (1987). The relationship between diabetic control and individual and family characteristic. Journal of Psychosomatic Research, 31 (3), 367-374

Eysenck, H.J. (1982). Fundamentos biológicos de la personalidad. (5a. ed.). España: Fontanelia.

Eysenck, H.J. y Eysenck, M.W. (1987). Personalidad y diferencias individuales. España: Buenos Aires.

Eysenck, S.B.J. y Lara, A. (1989). Un estudio transcultural de personalidad en adultos mexicanos e ingleses. Salud Mental, 12 (3), 14-20

Fadiman, J. y Frager, R. (1979). Teorías de la personalidad. México: Harta.

Felig, P., Baxter, J., Broadus, A.E., y Frohman, L. (1983). Endocrinología y metabolismo. México: Mc Graw Hill.

Fenichel, O. (1991). Teoría psicoanalítica de la neurósis. México. Paidós.

- Goldman, H. (1989). Psiquiatría general, (2a. ed.). México: Manual Moderno.
- González, J. (1987). Psicología de la personalidad, España: Biblioteca Nueva.
- Guamer, E. (1984). Psicopatología clínica y tratamiento analítico, (2a. ed.). México: Pomúa.
- Hall, C.S. (1987). Compendio de psicología freudiana, México: Paidós.
- Harrison, (1986). Principios de medicina interna, (tomo 1, 6a. ed.) México: Mc Graw Hill.
- Hetz, J.W., y Templeton, B. (1990). Evidence of the role of psychosocial factors in diabetes mellitus. A review. American Journal of Psychiatry, 147 (10), 1275-1282
- Hofling, Ch. (1981). Tratado de Psiquiatría, (2a. ed.). México: Interamericana.
- Holmes, D.M. (1988). The person and diabetes in psychosocial context. Diabetes Care, 9 (2), 194-206
- Hoyos, M.C. (1982). Estudio comparativo de dos grupos de estudiantes de preparatoria de diferentes áreas a través de los instrumentos MMPI y EPQ. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Kimble. (1961). Condicionamiento y aprendizaje, México: Trillas.
- Lara, A., Cortés, J., y Verduzco, MA. (1992). Datos adicionales sobre la validez y confiabilidad del cuestionario de personalidad de Eysenck en México. Revista Mexicana de Psicología, 9 (1), 45- 50

Leedom, L., Meehan, W., Procci, W., y Zekler, A. (1991). Symptoms of depression in patients with type II diabetes mellitus. The Academy of Psychosomatic Medicine, **32** (3), 280-288

López-Ibor, J.J. (1985). Aspectos psicológicos y psiquiátricos de la diabetes mellitus. Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines, **13** (5), 321-328

Lustman, P.J., Griffith, L.S., Clouse, R.E., y Cryer, P.E. (1986). Psychiatric illness in diabetes mellitus. Journal of Nervous and Mental Disease, **174** (12), 736-742

MacKinnon y Michels. (1988). Psiquiatría clínica aplicada. México: Interamericana.

Mandolini, R.G. (1985). De Freud a Fromm. Historia general del psicoanálisis. (2a. ed.). Buenos Aires: Clordia.

Mayou, R., Peveler, R., Davies, B., Mann, J., y Fairbum. (1991). Psychiatric morbidity in young adults with insulin-dependent diabetes mellitus. Psychological Medicine, **21** (3), 639-645

Mischael, W. (1979). Introducción a la personalidad. (2a. ed.). México: Interamericana.

Nason, A. (1976). Biología. México: Limusa.

Palavecino, J.C. (1988). Psicopatología y personalidad. (1a. ed.). Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.

Pick, S., y López, A. (1990). Cómo investigar en ciencias sociales. México. Trillas.

Rivera, O. (1990). Interpretación del MMPI en psicología clínica, laboral y educativa. México. Manual moderno.

Schwartz, L.S., Coulson, R., Toovy, D., Lyons, J., y Flaherty, J. (1991). A biopsychosocial treatment approach to the management of diabetes mellitus. General Hospital Psychiatry, 13 (1), 19-26

Surrige, D.H.C., Williams, E., et al. (1984). Psychiatric aspects of diabetes mellitus. British Journal of Psychiatry, 145, 269-276

Tattersall, R.B. (1981). Psychiatric aspects of diabetes. A physicians view. British Journal of Psychiatry, 139, 485-493

Wilkinson, G. (1987). The influence of psychiatric, psychological and social factors on the control of insulin-dependent diabetes mellitus. Journal of Psychosomatic Research, 31 (3), 367-374



**A N E X O S**

EPQ. (Adultos)

SEXO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_

OCUPACION \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:**

Por favor conteste cada pregunta tachando "SI" ó "NO" según su caso. En este cuestionario no hay respuestas correctas ni incorrectas. Conteste con rapidez y no piense demasiado en el significado de las preguntas.

- 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 ó a un animal? ..... SI NO
- 9.- Se preocupa a menudo por cosas que no debería haber dicho ó 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 hechado 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 ó 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.- Habla a veces de cosas de las que usted no sabe nada? ..... SI NO
- 25.- Tiene enemigos que quieren hacerle daño? ..... SI NO
- 26.- Se considera una persona nerviosa?..... SI NO
- 27.- Tiene muchos amigos? ..... SI NO
- 28.- Le gusta hacer bromas que a veces puedan realmente lastimar a las personas? ..... SI NO
- 29.- Se considera una persona que se preocupa demasiado? ..... SI NO
- 30.- Cuando era niño, hacía lo que le ordenaban inmediatamente y sin protestar? ..... SI NO
- 31.- Le importan mucho los buenos modales y la limpieza? ..... SI NO
- 32.- Se preocupa de cosas terribles que puedan suceder? ..... SI NO
- 33.- Ha roto o perdido alguna vez algo que perteneciera a otra persona?..... SI NO
- 34.- Usualmente toma usted la iniciativa de hacer nuevos amigos? ..... SI NO
- 35.- Se considera una persona tensa ó "nerviosa"? ..... SI NO
- 36.- Cuando está con otras personas, permanece generalmente callado? ..... SI NO
- 37.- Considera que el matrimonio es anticuado y debiera eliminarse? ..... SI NO
- 38.- Siente algunas veces lástima por usted mismo? ..... SI NO
- 39.- Es usted de los que a veces tienden a presumir? ..... SI NO
- 40.- Le resulta fácil animar una fiesta que esté aburrida? ..... SI NO
- 41.- Le molestan las personas que manejan con cuidado? ..... SI NO
- 42.- Ha dicho alguna vez algo malo o desagradable acerca de alguien? ..... SI NO
- 43.- Le gusta contar chistes y anécdotas a sus amigos? ..... SI NO
- 44.- Le cuesta trabajo interesarse por lo que sucede a su alrededor? ..... SI NO
- 45.- De niño, fué alguna vez grosero con sus padres? ..... SI NO
- 46.- Le gusta estar con la gente? ..... SI NO
- 47.- Sufre de insomnio? ..... SI NO
- 48.- Se lava siempre las manos antes de comer?..... SI NO
- 49.- Se ha sentido a menudo desanimado y cansado sin ninguna razón? ..... SI NO
- 50.- Ha hecho alguna vez trampa en un juego?..... SI NO

- 51.- Le ha gustado hacer cosas en las que tenga que actuar con rapidez? ..... SI NO
- 52.- Es (ó fué) su madre una buena mujer? ..... SI NO
- 53.- Siente a menudo que la vida es aburrida? ..... SI NO
- 54.- Se ha aprovechado alguna vez de alguien? ..... SI NO
- 55.- Hay varias personas que tratan de evitarlo? ..... SI NO
- 56.- Piensa usted que la gente pierde demasiado tiempo asegurando su futuro con ahorros y seguros? ..... SI NO
- 57.- Dejaría de pagar sus impuestos si supiera que nunca lo iban a descubrir? ..... SI NO
- 58.- Es usted capaz de poner ambiente en una fiesta? ..... SI NO
- 59.- Se preocupa demasiado después de una experiencia vergonzosa? ..... SI NO
- 60.- Ha insistido alguna vez en salirse con la suya? ..... SI NO
- 61.- Cuando viaja por autobús, tren o avión, llega a menudo en el último minuto? ..... SI NO
- 62.- Sufre usted de los "nervios"? ..... SI NO
- 63.- Ha dicho alguna vez algo a propósito para ofender a alguien? ..... SI NO
- 64.- Terminan fácilmente sus amistades sin que usted tenga la culpa? ..... SI NO
- 65.- Se siente a menudo solo? ..... SI NO
- 66.- Practica usted siempre lo que predica? ..... SI NO
- 67.- Le gusta a veces molestar a los animales? ..... SI NO
- 68.- Se ofende fácilmente cuando la gente le encuentra errores a usted ó a su trabajo? ..... SI NO
- 69.- Ha llegado alguna vez tarde al trabajo ó a una cita? ..... SI NO
- 70.- Le gusta que haya mucho bullicio y animación a su alrededor? ..... SI NO
- 71.- Le gustaría que la gente le tuviera miedo? ..... SI NO
- 72.- Se encuentra algunas veces lleno de energía y otras perezoso y desanimado? ..... SI NO
- 73.- Deja a veces para mañana lo que podría hacer hoy?..... SI NO
- 74.- Piensan otras personas que usted es una gente "llena de vida"?..... SI NO
- 75.- Le cuentan a usted muchas mentiras? ..... SI NO
- 76.- Es usted muy susceptible para ciertas cosas? ..... SI NO
- 77.- Está siempre dispuesto a admitir sus errores? ..... SI NO
- 78.- Sentiría compasión si viera un animal atrapado en una trampa? ..... SI NO
- 79.- Le ha molestado llenar este formulario? ..... SI NO

ASEGURESE DE HABER CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS.