



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

11262
14
20

LA RELACION ENTRE ALGUNAS
VARIABLES PSICOLOGICAS
Y EL CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRIA EN PSIQUIATRIA CLINICA
P R E S E N T A :
SARA Alicia REVUELTA ZUÑIGA

ASESOR: HECTOR A. ORTEGA SOTO

México D.F.

MARZO DE 1996

TESIS CON
VALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta 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.

FALTA PAGINA

No. **2**

*Al Doctor Ramón de la Fuente Muñiz,
por su apoyo y confianza
durante mi formación como Psiquiatra
y en el transcurso de mi desarrollo profesional.*

*Mi más sincero agradecimiento por su paciencia,
su comprensión, su apoyo, su confianza y su ayuda
al doctor Héctor Ortega Soto, quien aceptó ser mi asesor
de tesis de la Especialidad y de la Maestría en Psiquiatría Clínica.*

*Al doctor Eduardo García, quien gentilmente
cooperó en el desarrollo de esta tesis, brindándome
la asesoría en los aspectos metabólicos de la diabetes.*

*Al ingeniero José Cortés, de quien aprendí
que las estadísticas, también tienen su encanto.*

*A la doctora Blanca Vargas, por su apoyo
en el inicio, el curso y la terminación de la maestría.*

*Al doctor Salvador Gómez,
por sus enseñanzas y por haberme ayudado a crecer.*

*A todos mis compañeros y amigos
que me brindaron su ayuda en esta investigación,
Mil gracias.*

*Este trabajo es la actualización de algunas de mis potencialidades
ó como expondría Aristóteles, forma parte de mi desarrollo
no tan sólo profesional, sino también personal.
Años de estudio y dedicación han transcurrido para alcanzar este punto
y durante ese proceso, han existido a mi alrededor una cantidad
grande de personas que han confiado, apoyado y que desde luego,
sin el impulso de su cariño y estímulo no lo hubiera logrado.
Gracias muchas , a todos ustedes por su colaboración y fe en mi.*

INDICE

INTRODUCCION.....	7
ANTECEDENTES.....	8
Generalidades de la Diabetes Mellitus.....	8
Locus de control.....	9
Autoconcepto	11
Personalidad y Diabetes	12
Transtornos psiquiátricos y diabetes.....	13
Objetivos.....	18
Hipótesis de Trabajo.....	19
MATERIAL Y METODO.....	20
INSTRUMENTOS DE EVALUACION.....	22
PROCEDIMIENTO	25
ANALISIS ESTADISTICO	27
RESULTADOS.....	28
Variables sociodemográficas.....	28
Locus de control.....	32
Autoconcepto	35
Personalidad.....	38
Ansiedad.....	40
Depresión.....	41
DISCUSION.....	43
BIBLIOGRAFIA.....	48
ANEXO	52

FALTA PAGINA

No. **6**

INTRODUCCION

En 1906, William Osler subrayó la importancia de la autopercepción y la autoobservación del médico en el ejercicio de su práctica clínica. Con frecuencia escuchamos que las fronteras de la medicina radican en la bioquímica y en la ética, y nos esforzamos por encontrar las respuestas en estos campos.

Siguiendo las ideas de Malinowski (1983) acerca de que las instituciones humanas están sustentadas por necesidades biológicas individuales, se puede afirmar que el concepto de enfermedad se define como un fenómeno objetivo caracterizado por la alteración en el funcionamiento del cuerpo, entendido como organismo biológico. Los signos observables por el médico se relacionan con el conocimiento de la enfermedad. Por otro lado, la dolencia o padecer, se entienden como un fenómeno subjetivo, que posibilita que el individuo se percate de que deja de sentirse bien y, en consecuencia tienda a modificar su comportamiento.

Así, la comprensión de la enfermedad depende del entendimiento de los estados normales del organismo y del razonamiento a partir de los cambios en los patrones conductuales y sociales efectuados por el paciente y su entorno.

Por lo general, el sistema médico adopta una actitud paternalista, que fomenta la pasividad del enfermo. Esta conclusión de la sociedad se expresa en una complementaridad (inconsciente) sobre los usos sociales de la enfermedad.

Con esta línea de pensamiento se puede suponer que el incumplimiento en las indicaciones terapéuticas, contiene en el fondo, una cantidad de elementos inconscientes no expresados más que en el acto (transgresión), de esta forma, el

actuar se convierte en uno de los medios para mantener el vínculo personal entre el paciente y aquellos que intenten controlarlo.

El equipo de salud y la familia pueden experimentarse como figuras persecutorias cuando todo lo externo al paciente tiene un significado claro de "control". Así, las acciones de ayuda pueden experimentarse como fenómenos coercitivos y, eventualmente, como actos punitivos por un descuido o mala atención de uno mismo.

De esta manera, es importante responsabilizar al paciente, especialmente al diabético, de su estado de salud, así como hacerle consciente su compromiso con el tratamiento y con la institución a la que asiste. Un vínculo terapéutico adecuado tendrá repercusiones en el bienestar del paciente y en el control de la enfermedad. Para las instituciones de salud; esto probablemente lleve a una disminución en los costos que implica la atención hospitalaria.

Resulta pues fundamental sensibilizar al paciente a través de la educación, guiándolo para desarrollar la capacidad de reconocer, aceptar y tomar una decisión personal en cuanto al control de su diabetes, para que aprenda a vivir con su padecimiento, evitar en la medida de lo posible las complicaciones secundarias al control metabólico inadecuado y la opción de establecer metas realistas de tipo físico, intelectual, emocional y social que le permitan funcionar adaptativamente

Antecedentes

La Diabetes Mellitus (DM), es una enfermedad metabólica crónica, degenerativa, hereditaria y heterogénea, que se caracteriza por la deficiencia absoluta o relativa de insulina, lo que modifica el metabolismo de los carbohidratos, los lípidos, las proteínas, el agua y los minerales, y se asocia a cambios ateroscleróticos en los pequeños y grandes vasos que producen lesiones oculares, renales y nerviosas. La DM es un problema de salud frecuente que tiende al aumento en su incidencia, prevalencia, mortalidad y morbilidad. La DM presenta una prevalencia del 6% en la población general (Popkin, 1988) y del 7.6% en la población urbana del D.F. (Lerman, 1992). Las mujeres tienen un riesgo mayor de padecer la DM (Quibrera, 1994) para lo cual no hay una explicación clara, pero la gestación, el exceso de peso y, posiblemente, la resistencia a la insulina relacionada al sexo sean factores contribuyentes a este fenómeno. Conforme aumenta la edad se incrementa la prevalencia de la enfermedad. (Quibrera, 1994).

Este padecimiento plantea múltiples problemas, entre ellos destaca una adherencia variable a las indicaciones terapéuticas (Dupuis, 1980; Leedom, 1991). Este factor se relaciona con el hecho de que el tratamiento de la DM requiere de múltiples cambios en los hábitos dietéticos y en la actividad física del sujeto. Diversos investigadores han señalado la necesidad de educar al diabético para proveerlo de las destrezas y conocimientos que le permitan aprender a vivir con su padecimiento, logrando, de esta manera, una mejor calidad de vida. En la Clínica de DM del *Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán* (INNSZ) los resultados de los programas de educación dirigidos al paciente diabético suelen ser poco satisfactorios a juicio de los médicos de dicha clínica (García E., comunicación personal). Esto sugiere que no basta con trabajar en el área cognoscitiva del enfermo, siendo necesario el modificar la conducta y las actitudes del enfermo y su entorno. En diversos ámbitos se han realizado estudios encaminados a evaluar la relación entre el grado de control metabólico de la DM y algunas variables psicológicas (Alexander, 1988).

Locus de Control

Incluidas en las variables que se consideran como constituyentes de la personalidad del individuo destaca la dimensión llamada "Locus de Control" (LC), propuesta por Rotter en 1966. Este concepto se refiere al grado en que un individuo cree controlar su vida y los acontecimientos que influyen en ella. Rotter considera un constructo unidimensional, en el que los polos del "continuum" representarían, respectivamente, la máxima intemalidad y la máxima externalidad. Cuanto más interna es una persona menos externa será, y viceversa, cuanto más externa, menos interna será. En la categoría de LC externo, se incluye a los individuos que consideran que su vida depende de los actos de su familia y de su entorno. Así, ante una enfermedad pretenden encontrar la salud, fundamentalmente, a través de las acciones médicas. Por el contrario en la categoría de LC interno se ubican aquellos que consideran que la resolución de sus problemas, sus éxitos o sus fracasos, dependen de ellos mismos. Por lo regular, estos individuos se enfrentan a la enfermedad con una actitud más participativa.

Las creencias son recursos utilizados para el afrontamiento de diversas situaciones. Específicamente, en lo referente al proceso salud enfermedad, la esperanza puede ser alentadora por la creencia de que la situación puede ser controlable, de que uno tiene la fuerza suficiente para cambiarla, de que una persona (médico) o un programa determinado (tratamiento) resultarán eficaces, o bien que, por el hecho de tener fe en

la justicia, la voluntad o en Dios, el resultado será favorable. La esperanza existirá sólo cuando tales creencias hagan posible un resultado positivo, o por lo menos probable. Las creencias que han recibido mayor atención teórica son las que hacen referencia al control. Strickland en 1978 cita algunos estudios que indican que las personas que creen que los resultados dependen de sus propias conductas afrontan de forma distinta los problemas relacionados con la salud comparadas con las que consideran el resultado como fruto del azar, la casualidad, el destino o fuerzas que se encuentran más allá de su control personal. Los que poseen un LC interno tienen más probabilidades de pedir información sobre la enfermedad y la salud cuando se hallan preocupados por la posibilidad de padecer una enfermedad, también tienden a actuar para cambiar sus hábitos, se ocupan más de la prevención de las enfermedades y practican de forma efectiva el control de la natalidad.

Las creencias generales sobre el LC influyen en el afrontamiento: si es interno predominan las estrategias dirigidas al problema y si el locus es externo, predominan las estrategias dirigidas a la emoción (De la Rosa, 1986).

En los diabéticos se ha descrito que un LC externo se asocia con un control metabólico deficiente (Jacobson, 1990). Algunos autores enfatizan que, en los diabéticos insulino-dependientes, los extremos tanto internos como externos de LC se asocian a un control metabólico deficiente (Adrich, 1988). Debe mencionarse que las alternativas de apoyo psicosocial modulan dicha relación y, a menor accesibilidad de apoyo, mayor probabilidad de un control inadecuado. Se ha informado que los niños diabéticos que pertenecen a una familia rígida, sobreprotectora e incapaz de resolver los conflictos internos en el seno familiar se ven limitados en su autonomía lo que con frecuencia conduce a una falta de control metabólico por una adherencia terapéutica deficiente. Así, se propone como un factor fundamental para el control terapéutico una relación madre-hijo adecuada. En otras palabras, una buena adherencia terapéutica se favorece por una información suficiente y pertinente de la enfermedad de sus complicaciones y de su tratamiento; siempre y cuando el funcionamiento del entorno inmediato y del aparato mental del paciente sean razonablemente favorables.

De la Rosa (1986) sugiere que los sujetos con un control interno propenden a evaluar los reforzamientos con base en su habilidad más que en la oportunidad. Los sujetos que exhiben un control interno atribuyen un valor diferente a una misma recompensa que aquellos con un control externo, según se perciba el

reforzamiento ya como fruto del azar o como de las propias habilidades. Asimismo sugieren que la relación entre locus de control y salud se establece a partir de experiencias específicas en la historia del reforzamiento; esto es, las personas que han tenido experiencias afortunadas en el pasado podrán tener un control interno mayor que aquellas que han tenido experiencias desafortunadas. Para de la Rosa (1986) los reforzamientos, sean palabras, actos u objetos tangibles, son también parte de situaciones psicológicas y se asocian estrechamente con la ocurrencia del reforzamientos. La ocurrencia o anticipación de un reforzamiento negativo puede llevar a conductas defensivas o inevitables. Es por esto que el tipo de relación que establece el paciente diabético con el médico estará determinada por el LC del primero, es decir, el tipo vivencial (interno o externo) influirá en el tipo de intervención que el paciente necesite para lograr un control adecuado, basado en una buena relación médico-paciente.

Autoconcepto.

William James (1968) es identificado como uno de los primeros psicólogos en estudiar el sí-mismo. El sí-mismo de un individuo, conforme James, "es la suma de el todo que se puede llamar lo suyo, incluyendo su cuerpo, familia, posesiones, estados de conciencia y reconocimiento social". Se trata además de un fenómeno consciente. Cooley, en 1968, escribió sobre el sí-mismo desde una perspectiva más sociológica, postuló que no tiene sentido pensar en el sí-mismo fuera del medio social en el cual se está inmerso. Cooley es particularmente conocido por su proposición del sí-mismo reflejado ("the looking glass self"), según la cual la concepción que un individuo tiene de sí-mismo, está determinada por la percepción de las reacciones que otras personas manifiestan hacia él.

Mead (1978), integrando las perspectivas de James y de Cooley (1968), hizo uso de los símbolos, los cuales diferencian el comportamiento humano de otras formas de interacción. Siendo el lenguaje una parte esencial del desarrollo y actuación del sí-mismo, o sea, el sí-mismo como un proceso que utiliza símbolos y que es, al mismo tiempo, dependiente de los procesos simbólicos.

Rogers (1950, 1951, 1972, 1980) utiliza extensamente el concepto del sí-mismo (self). El autoconcepto es una "fotografía organizada" y una gestalt organizacional del sí-mismo.

Diversos autores abordaron el autoconcepto desde una perspectiva de la teoría del "rol". Así por ejemplo, Newcomb (1950) y Sherwood (1965, 1967) enfatizan que el sí-mismo y la ocurrencia de autoevaluaciones son el resultado de procesos sociales que involucran apreciaciones reflejadas provenientes de otras personas que son importantes para el sujeto, resaltando también, el desempeño de los roles sociales. Una perspectiva relacionada con lo anterior, es la teoría del grupo de referencia y que encuentra en Sherif (1969) y Mannheim (1966), algunos de sus representantes. Ellos resaltaron el contenido de las identificaciones grupales para el individuo y la función de tales identificaciones como puntos de referencia en la autopercepción y en la autoevaluación.

La identidad de "sí mismo", según es empleada en la psicología actual tiene dos definiciones. La primera se refiere al "sí mismo" como objeto que denota las actitudes, sentimientos, percepciones y evaluaciones que la persona tiene acerca de sí misma. La segunda concibe al "sí mismo" como la resultante de una serie de procesos, que incluyen el pensamiento, los recuerdos y las percepciones. (González, 1989).

Los diabéticos parecen tener una "imagen de sí mismos" inadecuada (Lane, 1988). Swift en 1980 informó que los diabéticos juveniles son más dependientes, y tienen imágenes de sí mismos inadecuadas así como mayores niveles de ansiedad. (Holmes, 1986).

Se ha informado que un autoconcepto alto y un LC interno, especialmente en la vida adulta, propician un mejor control de la enfermedad (Evans, 1987).

Personalidad y Diabetes.

No existe a la fecha, evidencia científica de una "personalidad diabética", a diferencia de lo que se observa en otras enfermedades crónicas (Dunn, 1981); sin embargo, Lustman (1986) encontró que el paciente con DM presenta un mayor grado de psicopatología que la población no diabética.

La DM tipo I (insulino dependiente) interfiere con el desarrollo adecuado de la personalidad y la autoestima. Ryan (1988), al señalar las complicaciones neuroconductuales de la DM tipo I, observa que cuando la enfermedad se presenta en los primeros cinco años de vida, los pacientes pueden presentar disminución en la capacidad de aprendizaje, en la memoria, la atención, la solución de problemas, el rendimiento

escolar, la habilidad visoespacial, la velocidad motora y la mental, así como una disminución en el coeficiente intelectual. Además, el niño con DM tipo I puede experimentar cambios dramáticos en su eficiencia mental durante el transcurso del día, en función del grado de control metabólico (hipo ó hiperglucemia) que incrementan las posibilidades de daño estructural y funcional del Sistema Nervioso Central.

Los pacientes con diabetes no insulino dependiente (DNID) de edad avanzada (55-74 años) presentan fallas de memoria las cuales se agudizan si presentan depresión (Tun, 1987).

En los diabéticos juveniles se describen rasgos de una personalidad dependiente (Lustman, 1991). Además, en evaluaciones con el Inventario Multifacético de la Personalidad de Minnesota (MMPI) ambos tipos de diabéticos, I y II, alcanzan puntuaciones altas en la escala de depresión. En los pacientes que no dependen de insulina esta sintomatología guarda una relación estrecha con las complicaciones propias de la enfermedad, cosa que no sucede en los pacientes insulino dependientes (Leedom, 1991). Lustman y cols (1991), encontraron que un pobre control metabólico se asocia con rasgos de personalidad de tipo oportunista, opositorista y explosiva. Un estudio que utilizó el Cuestionario de Personalidad de Eysenck encontró que los niños con una DM mal controlada tienen calificaciones bajas en las subescalas de extraversión y deseabilidad social (Lane, 1988).

Lloyd (1992) estudió una población de 175 pacientes diabéticos insulino-dependientes diagnosticada desde la niñez y con una evolución de más de 25 años. El objetivo del estudio era determinar si había alguna relación entre depresión, calidad de vida, personalidad tipo A y las complicaciones propias de la enfermedad. Los pacientes que tenían una enfermedad macrovascular o nefropatía reportaron una menor calidad de vida que los pacientes sin complicaciones; así como sintomatología depresiva de mayor severidad. Los pacientes que tenían menos de dos complicaciones presentaban rasgos menos intensos de personalidad tipo A.

Trastornos psiquiátricos y diabetes.

La prevalencia de un trastorno mental en pacientes diabéticos es del 51% (Popkin, 1988), los cuadros más frecuentes son los trastornos de ansiedad y la

depresión (Lustman, 1986). Un estudio en 114 pacientes diabéticos tipo I y II mostró que 71% tenían algún padecimiento psiquiátrico. El trastorno depresivo mayor representaba el 33% de los casos, el trastorno de ansiedad el 41% y el 14% sufrían un episodio depresivo al momento del estudio. Además, en los diabéticos tipo II la agorafobia y la fobia simple fueron más comunes; la frecuencia de trastornos psiquiátricos aumenta la incidencia de los síntomas propios de la diabetes (Lustman, 1986). La prevalencia de depresión en pacientes con DM tipo I y II es más alta que en la población general (20% contra 3 al 10%), con predominio en los sujetos tipo I; la edad de aparición de la depresión en la población general está entre los 27 y 35 años, la edad de presentación de la depresión en pacientes con diabetes tipo II es entre los 30 y 44 años de edad, siendo más frecuente en mujeres, (Lustman, 1986; Robins, 1991). Frerchs y Comstock han mencionado al estrato socioeconómico bajo como una característica en la presentación de la depresión en los pacientes diabéticos. Coyne considera que el sistema de pareja es muy importante dado que si no se realizan los ajustes necesarios a la DM padecida por uno de los miembros de la pareja, es frecuente ver depresión en ambos miembros. Los factores que parecen favorecer la aparición de un síndrome depresivo en los diabéticos son: el inicio de la DM en una edad temprana, un pobre control de la glucemia, una mala adherencia terapéutica, el tiempo de evolución de la enfermedad, la presencia de complicaciones, el impacto social de la enfermedad y las expectativas equivocadas o negativas que el paciente formula sobre el posible curso de su padecimiento. (Friis, 1986; Lustman, 1992; Littlefield, 1992).

Littlefield (1994) estudió una población de pacientes diabéticos insulino dependientes entre los 13 y 18 años de edad y encontró que existe una relación entre el autoconcepto, la depresión y una deficiencia en la adherencia al tratamiento, sobre todo al régimen dietético, sugiriendo la importancia que tienen las intervenciones psicosociales para disminuir estos factores de riesgo en este tipo de pacientes .

La depresión se encuentra asociada con mayor frecuencia a la DM que a otras enfermedades crónicas (Wells, 1989). Los síntomas depresivos más comunes en la diabetes pueden ser: humor disfórico, apatía, baja autoestima, sentimientos de minusvalía y desesperanza, manifestaciones de amenaza a la seguridad, ansiedad ante separaciones y/o pérdidas, una imagen inadecuada de sí mismo, que influye en el control que tenga el paciente de su DM.

Por otro lado, se ha visto que los pacientes diabéticos con diagnóstico de depresión mayor presentan antecedentes familiares de trastornos afectivos en un 27%. (Lustman, 1988).

La evolución de la depresión en los pacientes con DM suele ser crónica y severa y existen evidencias de que se relaciona con el descontrol metabólico del padecimiento. Cuando los pacientes se encuentran deprimidos pueden disminuir su autocontrol, estos pacientes pueden desarrollar una aversión al tratamiento cuando presentan algunos síntomas somáticos secundarios a los cambios psicológicos propios de la depresión. Es importante estar alertas y no dejar pasar el diagnóstico de depresión por una "pseudoempatía", esto es "si usted tuviera diabetes seguramente se sentiría deprimido" (Katon y Sullivan, 1990).

Desde el punto de vista neuroendócrino la depresión en los pacientes diabéticos se asocia a la alteración en la regulación de la actividad en el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, dando como resultado una producción anormal de cortisol (Weyerer, 1989; Popkin, 1988). Aunque los diabéticos sin depresión muestran respuestas anormales a la prueba de supresión con dexametasona, así como los no diabéticos que están deprimidos (Weyerer, 1988; Tun, 1987). Se cree que deficiencias funcionales de serotonina y norepinefrina están asociadas con la depresión, estos neurotransmisores se han visto implicados en modelos animales (roedores) de diabetes (Weyerer, 1988; Friis, 1986). Estos hallazgos nos podrían sugerir una predisposición individual de los pacientes diabéticos que sufren depresión pero no nos explicarían la presencia de otros desórdenes psiquiátricos (Weyerer, 1989).

En cuanto al manejo del estrés, los pacientes con DM tipo II cursan con niveles circulantes de catecolaminas mayores que los individuos no diabéticos, así como de péptidos opioides capaces de bloquear la respuesta cardiovascular durante el estrés (Surwitt, 1983). Es conocida la hipersensibilidad del receptor alfa 2 del páncreas del paciente diabético (Surwitt, 1983). El papel del estrés en la hiperglucemia ha sido mejor justificado en la diabetes tipo II que en la I (Surwitt, 1983). Incluso, se ha demostrado que la administración de benzodiazepinas disminuye la glucemia (Surwitt, 1983). La diabetes tipo II puede ser vista como un problema de homeostasis regulada neuralmente, en la que el estrés por medio del sistema nervioso autónomo interactúa influyendo en el curso de la enfermedad (Surwitt, 1983). Weyerer en 1989, realizó un estudio en el que comparó la historia de depresión a lo largo de la vida de varios padecimientos crónicos como artritis

reumatoide, cardiopatías, hipertensión y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, comparando estos grupos con diabéticos, encontrando que no había diferencias en la presentación de la depresión; este hallazgo lo relaciona con el hecho de que aumenta la presencia de estrés en los pacientes con enfermedades crónicas.

Si consideramos que los diabéticos presentan anomalías en el eje-hipotálamo-hipofisiario-suprarrenal (Weyerer, 1989; Popkin, 1988), y esto está relacionado con la depresión podríamos pensar que la aseveración es correcta en cuanto a una frecuencia mayor de presentación de la depresión en los pacientes diabéticos.

Sabemos que el paciente diabético se enfrenta a múltiples estresores tales como: el inicio y el diagnóstico de su enfermedad, la aceptación de ésta, la hospitalización, las complicaciones médicas, la confrontación con diversos tratamientos, las modificaciones en la esfera social, laboral y el interés intrapersonal.

La alexitimia es un trastorno caracterizado por dificultades en la identificación y descripción de los sentimientos, inhabilidad para expresar las emociones verbalmente así como pensamientos operacionales, con una disminución en las fantasías y una preocupación por los eventos externos. (Nemiah y cols, 1976). Este desorden es más frecuente en sujetos con las enfermedades anteriormente llamadas psicósomáticas como la colitis ulcerativa, la úlcera péptica y la artritis reumatoide, entre otras. En este momento se considera que los factores psicológicos sólo incrementan o desencadenan el trastorno en individuos vulnerables. En cuanto a los diabéticos, se ha relacionado la alexitimia con un control metabólico inadecuado (hiperglucemia) al tener dificultades en expresar sus emociones, vg. sus preocupaciones, sus tristezas, su enojo, su irritación, su temor y su alegría, entre otras (Nemiah y cols, 1976).

Por otro lado, los pacientes diabéticos tienen un menor conocimiento de su enfermedad, lo cual podría estar acompañado de una negación de su enfermedad defensiva, esto no está relacionado con el coeficiente intelectual. Aunque se ignora si antes de ser diabéticos ya eran alexitímicos, la concurrencia de alexitimia y DM puede ser un punto importante en el manejo efectivo de estos pacientes (Abramson, 1991).

La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en hospitales generales es alta, alrededor del 20% (Rush, 1986). Algunas veces el trastorno emocional es el resultado

del estrés causado por problemas físicos, sin embargo, también se presentan síntomas somáticos que requieren atención y que son la manifestación de estados depresivos o de ansiedad (Rodin, 1986, Schulberg, 1988; Zigmond, 1983).

Respecto a la disfunción familiar, se ha encontrado que el 28% de los matrimonios de los pacientes diabéticos son pobremente funcionales, mientras que el 25% de sus familias son consideradas inestables en relación a los controles. Las familias que cuentan con un miembro con DM suelen funcionar en base a características de fusión excesiva, incapacidad para resolver los conflictos, evitación y desviación de estos a través del enfermo de la familia y una excesiva rigidez, propios de lo descrito estructuralmente como " familia psicósomática" por Minuchin (1988).

Cuando se habla de la adherencia terapéutica, nos referimos al proceso mediante el cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones del terapeuta; es decir, cuando sigue las prescripciones. Algunos estudios han encontrado que el fracaso en la toma de medicamentos es hasta del 50% en prácticas de centros hospitalarios en los Estados Unidos (Cole, 1983). Otros aspectos de la adherencia son aún más difíciles de cuantificar pero resulta claro que la mayoría de los hábitos personales son difíciles de modificarse y que las maniobras complejas como el manejo de sondas, catéteres, equipos de diálisis entre otros requieren de una amplia colaboración del paciente, la familia y el entorno social, y esto hace necesaria una comprensión apropiada del fenómeno. El cumplimiento en el tratamiento es un proceso continuo, dinámico que en ningún momento deberá considerarse un hecho concreto. Existen dos grandes problemas en la práctica médica que dificultan la evaluación del cumplimiento terapéutico: el primero se refiere a la especificidad del tratamiento, por ejemplo el grado que interviene un efecto placebo en los resultados terapéuticos. El segundo hace referencia a el grado en que se implementan las indicaciones. Frecuentemente los beneficios de un tratamiento son tan inespecíficos que son poco valorables.

La falla en el cumplimiento del esquema terapéutico tiene enormes repercusiones para el individuo y la sociedad. Son bien conocidas las repercusiones familiares en el caso de un enfermo crónico, así como las consecuencias del mal uso de los sistemas de salud. Un diabético que no comprende porqué debe modificar sus hábitos alimentarios obliga al médico a emprender acciones con fármacos, con actitudes en ocasiones punitivas, lo cual repercute en la vida personal del paciente, en lo que él piensa de su enfermedad y del médico y en su

satisfacción con el tratamiento en la demanda de atención.

Glasgow (1988) relacionó el control metabólico con la adherencia terapéutica del paciente y el grado de apoyo proporcionado por sus familiares a través de determinadas conductas, evaluando el nivel de apoyo que brindan y la satisfacción percibida por el enfermo. Se consideran como conductas de apoyo acompañar al paciente a realizar ejercicio, comer los mismos alimentos que él y ayudarlo a hacer los ajustes a las dosis de insulina, por citar algunas. La importancia del apoyo social ha sido subrayada recientemente, señalándose que los niveles bajos de estrés generados por eventos vitales no dan lugar a diferencias en los niveles de hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}) entre dos grupos, uno con escaso y otro con alto apoyo social; pero bajo niveles altos de estrés (jubilación, divorcio, muerte de familiares, dificultades económicas severas, entre otras), la media de HbA_{1c} en el primer grupo fué mayor que en el segundo grupo (Griffith, 1990). Esto sugiere que durante temporadas de estrés, el apoyo social puede proteger a los pacientes con diabetes de los efectos adversos a nivel fisiológico y conductual, favoreciendo un mejor control (Griffith, 1990). Otro estudio similar consideró la influencia del género, encontrando que los hombres que refirieron eventos vitales negativos, mostraron un control metabólico más pobre que aquellos que refirieron escasos eventos negativos. Mientras que en las mujeres, a mayor número de eventos positivos referidos, mejor fué el control glúcemico evaluado por las concentraciones de HbA_{1c} (Stebstrom, 1993).

En cuanto al costo beneficio paciente institución, Levenson (1990) realizó un estudio con 455 pacientes diabéticos hospitalizados con un promedio 1-2 días de estancia. Determinó si la depresión, la ansiedad, las alteraciones cognocitivas y el dolor aumentaban la estancia hospitalaria y ésto el costo institucional. Encontró que el 51% de los pacientes presentaban altos niveles de psicopatología ó dolor. El 40% tuvo que permanecer mas tiempo en el hospital que el promedio y el 35% representó un costo alto en la hospitalización. La presencia de psicopatología no se relacionó con la edad, el sexo, la raza ó con la severidad de la enfermedad médica. En base a lo anterior nos propusimos investigar, la relación entre algunas variables psicológicas y el grado de control metabólico en una población de pacientes diabéticos que acuden al INNSZ.

Objetivos

Los objetivos del trabajo fueron: 1) determinar si existen diferencias en las categorías y dimensiones del Locus de Control y Autoconcepto entre tres grupos de pacientes

diabéticos, uno considerado como metabólicamente controlado, otro con un descontrol leve y el último con un descontrol metabólico severo; 2) explorar si la presencia de síntomas psiquiátricos (ansiedad y depresión) se asocian con un control inadecuado de la DM; y, 3) determinar si existen diferencias en cada una de las dimensiones de la personalidad según el modelo propuesto por Eynsenck (1975), entre los grupos de diabéticos señalados.

Hipótesis de Trabajo

Si el descontrol metabólico en la diabetes está asociado a variables psicológicas, como el LC, el AC, los rasgos de personalidad, la depresión y la ansiedad, entonces al comparar tres grupos de pacientes diabéticos con diferente grado de control metabólico se encontrarán diferencias.

MATERIAL Y METODO

Se efectuó un escrutinio comparativo, prolectivo y longitudinal (Feinstein, 1985) en el que se estudiaron pacientes del INNSZ que acudían a la consulta externa de la Clínica de Diabetes, con el diagnóstico de DM tipo I y II, establecido en base a los criterios del *Grupo Nacional de Diabetes de los Institutos de los Estados Unidos* (1979). Los criterios de inclusión fueron: a) entre 18 y 65 años de edad; b) cualquier sexo; c) una escolaridad mínima de primaria completa; d) un nivel de creatinina sanguínea menor de 1.7 mg/100 ml; e) que residieran al momento del estudio en el área metropolitana; y, f) que acudieran regularmente a sus citas (no más de dos faltas consecutivas en un promedio de seis meses). Los criterios de exclusión fueron: a) embarazo; b) presencia de cualquier síndrome orgánico cerebral o psicosis; c) carecer de un mínimo de tres glucemias de ayuno en los últimos seis meses.

Se formaron tres grupos de pacientes de acuerdo a los niveles de hemoglobina glucosilada (pacientes controlados, con un descontrol leve y con un descontrol severo).

El tamaño de muestra se calculó de acuerdo a los siguientes criterios estadísticos: el nivel alfa se fijó en 0.05 y el de beta en 0.10 para poder detectar una magnitud del efecto mínima de 0.40, lo que corresponde a un efecto grande. Así, se estimó que la cantidad mínima de pacientes a evaluar por grupo fuera de 27 sujetos, en la comparación de tres grupos (Cohen, 1977).

INSTRUMENTOS DE EVALUACION.

Para medir el tipo de LC de los pacientes diabéticos se utilizó una escala tipo Likert con 51 afirmaciones que corresponden a las dimensiones: fatalismo, poderoso del macrocosmos, afectividad, internalidad y poderosos de microcosmos. Cada reactivo cuenta con cinco opciones de respuesta, variando de completamente en desacuerdo hasta completamente de acuerdo. La subescala de internalidad se refiere a las situaciones en las que el individuo cree controlar su vida debido a su esfuerzo, trabajo y/o capacidades, vg. "Que yo consiga un empleo depende de mis capacidades". La subescala afectiva describe situaciones en las que el individuo cree conseguir sus objetivos a través de las relaciones afectivas con quienes le rodean, vg. "Si le caigo bien a mi jefe puedo conseguir mejores puestos en mi trabajo". La subescala fatalismo/suerte se refiere a la creencia en un mundo no ordenado, es decir los éxitos dependen de factores azarosos tales como la suerte o el destino, vg. "Un buen empleo es cuestión de suerte". La subescala microcosmos se refiere a la creencia de que las personas que tienen el poder, están más cerca del individuo y controlan su vida (jefe, patrón, padre). La subescala macrocosmos hace referencia a las personas que tienen el poder y que están más lejos del sujeto, no obstante su acción y su poder influyen la vida del sujeto por ejemplo los gobernantes.

Esta escala fue desarrollada en la cultura mexicana y para la cultura mexicana (De la Rosa, 1986). Es una escala multidimensional, que permite hacer un perfil del individuo.

Todos los reactivos fueron hechos en la primera persona del singular, de modo que lo que se solicita al individuo es su punto de vista y no la creencia del pueblo en general.

Hay un gran paralelismo en el contenido de los reactivos referentes a las diversas subescalas, de modo que una determinada variable aparece en diversas dimensiones, bajo el control de diferentes agentes.

Para evaluar el Autoconcepto se utilizó una escala multidimensional, tipo diferencial semántico de Osgood. Es una prueba autoaplicable en donde el paciente se describe a sí mismo según su propia percepción y que consta de 72 reactivos bipolares con siete intervalos entre los adjetivos. Las escalas (en la técnica del diferencial semántico cada par de adjetivos bipolares y sus respectivos intervalos constituyen una escala) van mezcladas en forma aleatoria tanto en lo que se refiere a las dimensiones del autoconcepto como en lo concerniente a la direccionalidad de los adjetivos, es decir, el extremo positivo y el negativo están tanto en el lado derecho como en el izquierdo. La calificación va del uno al cinco. Evalúa cinco dimensiones: social, emocional, ocupacional, ética e iniciativa.

La dimensión social se refiere al comportamiento del individuo en la interacción con sus semejantes y goza de una gran universalidad porque abarca tanto las relaciones con los familiares y amigos como la manera en que una persona realiza sus interacciones con sus jefes o subalternos, conocidos o no. La dimensión social se representa por las siguientes subdimensiones: social I) podría llamarse sociabilidad afiliativa porque especifica, en el polo positivo, el estilo afirmativo de relacionarse con los demás. La subdimensión social II podría denominarse sociabilidad expresiva porque se refiere a la comunicación o expresión del individuo en el medio social. Y, por último a la subdimensión social III, que se define en el aspecto positivo, la persona accesible a la cual se aproximan los demás con confianza porque podrán contar con su comprensión, se decidió llamarla "Accesibilidad".

La dimensión emocional abarca los sentimientos de uno, considerados desde un punto de vista de su salud o no. La subdimensión emocional I caracteriza la vida emocional intraindividual, o sea, los estados de ánimo experimentados en la subjetividad. La emocional II considera los sentimientos interindividuales, es decir, el "otro", es el objeto de los sentimientos personales. Y la emocional III enfoca los aspectos intraindividual e interindividual desde el punto de vista de su salud o no, si son o no promotores de salud mental. La dimensión emocional I se le denominó

“estados de ánimo” o “emociones intraindividuales”; la emocional II fué llamada “sentimientos interindividuales”, y finalmente a la emocional III se le nombró “salud emocional”.

La dimensión ocupacional se refiere al funcionamiento y habilidades del individuo en su trabajo, ocupación o profesión y se extiende desde la situación del estudiante a la del trabajador, funcionario o profesionista.

La dimensión ética concierne al aspecto de congruencia con los valores personales y que son, en general, un reflejo de los valores culturales más amplios o de grupos particulares en una cultura dada.

Esta escala también fue desarrollada, para población mexicana por De la Rosa en 1986 y evaluada su validez. Los índices de consistencia interna de las subescalas de autoconcepto variaron desde un $\alpha=0.65$ hasta un $\alpha=0.86$. La consistencia interna de la escala total fué $\alpha=.94$, lo que posibilita una medida global de la autoestima.(De la Rosa, 1986).

La escala que detecta ansiedad y depresión en hospitales generales (HAD), es útil para medir la severidad del trastorno y se puede utilizar para observar el progreso y su evolución. Es un instrumento autoaplicable en el que el paciente elige entre cuatro opciones que considera más adecuada de acuerdo a cómo se ha sentido durante la última semana. Consta de 14 reactivos, siete evalúan ansiedad y el resto depresión, los reactivos se encuentran intercalados (uno valora depresión y el siguiente ansiedad y así sucesivamente). La validez de este instrumento fue evaluada en un hospital general en la Ciudad de México (Whaley, 1992).

El Cuestionario de Personalidad de Eynseck (CPE) consta de 79 reactivos con dos opciones de respuesta: Sí o No. Está basado en un modelo de cuatro dimensiones de la personalidad: Neuroticismo (preocupación, sentimientos de nerviosismo y decaimiento e irritabilidad, sentirse solo y harto), Psicoticismo, (frialdad, impulsividad, oposición a normas sociales y contenidos paranoides), Extroversión y Deseabilidad Social. Las dimensiones de este instrumento se refieren a conductas normales, no a síntomas, pese a que la terminología usada es básicamente de naturaleza psiquiátrica. La escala difiere de aquellos instrumentos que miden patología como el Inventario Multifacético de la Personalidad de Minnesota (MMPI) que consiste en 10 escalas clínicas (hipocondriasis, depresión, histeria, conducta antisocial, masculino y femenino, paranoia, psicastenia, esquizofrenia, manía y sociabilidad), en cuanto que las dimensiones

del CPE se refieren a aquellas variables de personalidad que subyacen a la conducta, las cuales se vuelven patológicas solamente en casos extremos (Eynsenck, 1975). En estudios del CPE en población mexicana todos los factores fueron virtualmente idénticos a aquellos obtenidos en Inglaterra, lo que sugiere que su validez es aceptable. (Eynseck y Lara, 1975; Lara, 1992).

PROCEDIMIENTO

Un médico endocrinólogo se encargó de seleccionar a los enfermos de acuerdo a los criterios descritos. Además, la asignación de los sujetos a los grupos definidos por la variable independiente (control de la glucemia) se hizo al final de la investigación. Se asignaron los sujetos a tres grupos bajo los siguientes criterios: grupo controlado, se asignaron a este grupo todos aquellos sujetos cuya evaluación de hemoglobina glucosilada (HbA_{1C}) fuera menor al 8% (40 pacientes), grupo con un descontrol leve, cuya hemoglobina glucosilada (HbA_{1C}) fue mayor del 8% y menor del 10.4% (27 pacientes), y, por último, un tercer grupo integrado por 37 pacientes que presentaron un descontrol severo con una hemoglobina glucosilada (HbA_{1C}) mayor al 10.4%.

Los puntos de corte de la Hb glucosilada se determinaron arbitrariamente para tratar de conseguir un equilibrio entre el significado clínico de la hemoglobina glucosilada (HbA_{1C}) y el criterio de participación estadístico en los percentiles 33 y 67.

En su oportunidad, se obtuvieron mediante la revisión del expediente y el interrogatorio directo de los enfermos, una serie de datos demográficos (sexo, edad, estado civil y escolaridad), y clínicos (tipo de diabetes, tratamiento, tiempo de evolución de la DM, niveles sanguíneos de glucosa y hemoglobina glucosilada).

Sin conocer el grado de control metabólico se les aplicó a todos los

pacientes los cuestionarios para evaluar: Locus de Control, Autoconcepto, Personalidad (CPE), Ansiedad y Depresión (HAD); todos los instrumentos utilizados son autoaplicables, se eligieron así con el fin de controlar la subjetividad del investigador.

En la primera evaluación se les aplicaron los instrumentos mencionados a excepción del CPE: a los seis meses se les realizó una segunda evaluación tomándoles muestras para la determinación de hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}) como criterio de control metabólico, y se les aplicaron el HAD y el CPE. A los doce meses después de la primera evaluación se les aplicó nuevamente todos los instrumentos psicométricos y se evaluaron los promedios de las glucemias de ayuno de los últimos seis meses.

ANALISIS ESTADISTICO

Las variables cuantitativas fueron examinadas utilizando el análisis de varianza para medidas repetidas, cuando se compararon tres repeticiones, el nivel de significancia de "F" se corrigió con el criterio de Greenhouse. Las comparaciones múltiples se hicieron por el método de Sheeffé. Las variables cualitativas se contrastaron utilizando χ^2 cuadrada.

Aunque aparentemente se violen las premisas para utilizar este tipo de análisis, los estudios de simulación con la técnica de Montecarlo muestran que ésta no se afecta por la violación de dichas premisas; por tanto la estrategia de análisis es adecuada. Por otro lado no existe alternativa no paramétrica para ANOVA de medidas repetidas. Además la corrección de Greenhouse contiene con el problema de la homocedasticidad en el ANOVA para medidas repetidas.(Keppel, 1973).

RESULTADOS

Se evaluó un total de 104 pacientes, divididos en tres grupos de acuerdo al control metabólico ("vide supra"). El grupo I, conformado por 40 pacientes controlados, con una media de edad de 46 años, de los cuales el 60% eran mujeres. El grupo II, formado por 27 pacientes, con una media de edad de 43 años, con un descontrol metabólico leve, 55% eran mujeres y el grupo III con 37 pacientes, con una media de edad de 38 años, que presentaron un descontrol severo, 62% del sexo femenino (tabla 1).

En cuanto al estado civil, el 45% de los pacientes controlados eran solteros, el 60% de los pacientes con un descontrol leve también fueron solteros y más de la mitad de los pacientes con un descontrol severo estaban casados (tabla 1).

TABLA 1

EDAD, SEXO Y ESTADO CIVIL

	n	EDAD X±DE	SEXO FEMENINO	EDO. CIVIL	
				CASADOS	SOLTEROS
CONTROLADO	40	45.8±2.5	60%	45%	55%
DESCONTROL LEVE	27	43.0±3.0	55%	60%	40%
DESCONTROL SEVERO	37	37.9±2.6	62%	38%	62%

El 35% de los pacientes controlados tenía un nivel escolar de estudios profesionales, el 37% de los pacientes del grupo II reportó un nivel de estudios medios, y el 33% de los pacientes con un descontrol severo tuvo un nivel escolar básico [$\chi^2(6)=10.7$; $p=0.10$] (tabla 2).

**TABLA 2
ESCOLARIDAD**

	n	BASICA	MEDIA	M. SUPERIOR	SUPERIOR
CONTROLADO	40	27.5%	17.5%	20.0%	35.0%
DESCONTROL LEVE	27	26.0%	22.0%	37.0%	15.0%
DESCONTROL SEVERO	37	32.0%	30.0%	30.0%	08.0%

En lo referente al tipo de diabetes tenemos que el grupo I se formó con 13 pacientes insulino dependientes y 27 no insulino dependientes. El grupo II, incluyó a 13 pacientes insulino dependientes y a 14 no insulino dependientes. Y por último, el grupo III estuvo formado por 16 pacientes insulino dependientes y 21 pacientes no insulino dependientes. La proporción de pacientes por grupo fue semejante [$\chi^2(2)=1.83$; $p=0.400$] (tabla 3).

De los pacientes con un buen control metabólico, el 65% recibieron tratamiento con hipoglucemiantes orales. Los pacientes con un descontrol leve, el 55% se aplicaban insulina; de los pacientes con un descontrol severo, el 54% eran tratados con insulina, el 19% tenían un tratamiento combinado y el 26% eran tratados con hipoglucemiantes orales. Como era de esperarse, los pacientes con un control inadecuado recibían con mayor frecuencia insulina que los controlados [$\chi^2(2)=18.68$; $p=0.005$] (tabla 3).

TABLA 3
TIPO DE DIABETES Y TRATAMIENTO

	n	DMID	DMNID	HIPOGLUCEMIANTES ORALES	INSULINA	COMBINADA
CONTROLADO	40	13	27	65.0%	27.5%	7.5%
DESCONTROL LEVE	27	13	14	55.5%	33.3%	11.2%
DESCONTROL SEVERO	37	16	21	27.0%	54.0%	19.0%

DMID: Diabetes Mellitus Insulino-Dependiente

DMNID: Diabetes Mellitus No Insulino-Dependiente

No se encontraron diferencias entre los grupos en el tiempo de evolución de la diabetes [$F(2,101)=0.36$; $p=0.701$]. La duración promedio de la diabetes en los tres grupos fue mayor de nueve años y menor de once (tabla 4).

TABLA 4
TIEMPO DE EVOLUCION

	n	MEDIA	DE
CONTROLADO	40	09.3	1.1
DESCONTROL LEVE	27	10.7	1.4
DESCONTROL SEVERO	37	10.3	1.2

Las diferencias observadas entre los grupos en las variables de los niveles sanguíneos de glucosa y HbA_{1c} eran de esperarse pues éstas eran los criterios utilizados para la selección de los pacientes de cada grupo. Para la glucemia se encontraron diferencias entre grupos [F(2,101)=26.76; p<0.001]. La comparación entre la evaluación inicial y la final no fue significativa [F(1,101)=1.26; p=0.264]. La interacción entre los grupos y las evaluaciones inicial y final no fueron significativas [F(2,101)=0.61; p=0.543] (Tabla 5). También, se encontraron diferencias entre los grupos para la HbA_{1c} [F(2,101)=171.91; p<0.001]. (Tabla 5).

TABLA 5

NIVELES SANGUINEOS DE GLUCOSA

	MEDICION n	BASAL*		12 MESES*	
		MEDIA	DE	MEDIA	DE
CONTROLADO	40	130.8	9.1	141.9	7.0
DESCONTROL LEVE	27	161.5	11.0	173.3	9.7
DESCONTROL SEVERO	37	211.8	9.4	209.3	8.3

* Promedio de la primera y última determinación de glucosa.

TABLA 6
HEMOGLOBINA GLUCOSILADA (HbA_{1c})

	n	MEDIA	DE
CONTROLADO	40	6.8	0.2
DESCONTROL LEVE	27	9.6	0.2
DESCONTROL SEVERO	37	11.9	0.2

LOCUS DE CONTROL

El análisis de la variable Locus de Control, se efectuó para cada una de sus dimensiones. A continuación se presentan los resultados para cada subescala en los tres grupos (tabla 7).

Fatalismo.

Las medias y desviaciones estándar obtenidas para los tres grupos se presentan en la tabla 7. No se encontró diferencias entre los grupos [$F(2,101)=0.42$; $p=0.656$]. La comparación entre la evaluación inicial y la final tampoco resultó significativa [$F(1,101)=2.33$; $p=0.130$]. La interacción entre los grupos y las evaluaciones inicial y final no fue significativa [$F(2,101)=0.32$; $p=0.731$].

TABLA 7

MEDIAS Y DESVIACIONES ESTANDAR PARA CADA UNA DE LAS DIMENSIONES DE LOCUS DE CONTROL

TIPO DE CONTROL N MEDICION	CONTROLADO		DESCONTROL LEVE		DESCONTROL SEVERO	
	40		27		37	
	BASAL	12 MESES	BASAL	12 MESES	BASAL	12 MESES
FATALISMO	32.3±8.2	32.4±8.2	33.1±7.8	32.8±7.8	33.3±9.1	33.2±8.0
AFFECTIVIDAD	35.4±7.0	35.5±7.0	35.9±6.8	35.9±6.8	37.3±6.7	37.6±6.7
PODEROSO DEL MICROCOSMOS	19.8±8.2	19.3±8.9	17.6±8.3	17.7±8.9	17.8±8.5	18.5±8.5
PODEROSO DEL MACROCOSMOS	29.5±6.3	29.5±6.3	30.6±6.2	30.3±6.2	32.2±6.8	32.1±6.0
INTERNALIDAD	154.6±23.0	153.2±22.1	155.9±22.8	155.3±22.3	158.5±22.5	158.4±21.9

Afectividad.

Las medias y desviaciones estándar obtenidas para los tres grupos se presentan en la tabla 7. No se encontraron diferencias entre grupos [F(2,101)=1.87; p=0.160]. La comparación entre la evaluación inicial y la final no mostró significancia [F(1,101)=0.09; p=0.772]. La interacción entre los grupos y las evaluaciones inicial y final no fue significativa [F(2,101)=0.04 ; p=0.959].

Poderoso del Microcosmos.

Las medias y desviaciones estándar obtenidas para los tres grupos se presentan en la tabla 7. No se encontraron diferencias entre grupos [F(2,101)=0.79; p=0.458]. La comparación entre la evaluación inicial y la final no resultó significativa [F(1,101)=1.75; p=0.188]. La interacción entre los grupos y las evaluaciones inicial y final no fue significativa [F(2,101)=0.70; p=0.497].

Poderoso del Macrocosmos

Las medias y desviaciones estándar obtenidas para los tres grupos se presentan en la tabla 7. No se encontraron diferencias entre grupos [F(2,101)=0.13; p=0.878]. La comparación entre la evaluación inicial y la final no mostró significancia. [F(1,101)=0.27; p=0.604]. La interacción entre los grupos y las evaluaciones inicial y final no fue significativa [F(2,101)= 0.43; p=0.655].

Internalidad.

Las medias y desviaciones estándar obtenidas para los tres grupos se presentan en la tabla 7. No se encontraron diferencias entre grupos [F(2,101)=0.47; p=0.627]. La comparación entre la evaluación inicial y la final tampoco resultó significativa [F(1,101)=0.08; p=0.781]. La interacción entre los grupos y las evaluaciones inicial y final no fue significativa [F(2,101)=0.72; p=0.488].

AUTOCONCEPTO

El análisis de la variable Autoconcepto, se efectuó para cada una de sus dimensiones. Se presentan los resultados obtenidos para cada subescala en los tres grupos en la tabla 8.

Social I.

Las medias y desviaciones estándar obtenidas para los tres grupos se presentan en la tabla 8. No se encontraron diferencias entre grupos [$F(2,101)=1.63$; $p=0.201$]. La comparación entre la evaluación inicial y la final no resultó significativa [$F(1,101)=0.35$; $p=0.554$]. La interacción entre los grupos y las evaluaciones inicial y final no fue significativa [$F(2,101)=0.75$; $p=0.475$].

Emocional I.

Las medias y desviaciones estándar obtenidas para los tres grupos se presentan en la tabla 8. No se encontraron diferencias entre grupos [$F(2,101)=0.20$; $p=0.819$]. La comparación entre la evaluación inicial y la final tampoco resultó significativa [$F(1,101)=1.46$; $p=0.230$]. La interacción entre los grupos y las evaluaciones inicial y final no fue significativa [$F(2,101)=0.48$; $p=0.618$].

Social II.

Las medias y desviaciones estándar obtenidas para los tres grupos se presentan en la tabla 8. No se encontraron diferencias entre grupos [$F(2,101)=2.50$; $p=0.087$]. La comparación entre la evaluación inicial y la final tampoco resultó significativa [$F(1,101)=1.64$; $p=0.203$]. La interacción entre los grupos y las evaluaciones inicial y final no fue significativa [$F(2,101)=0.40$; $p=0.67$].

TABLA 8

MEDIAS Y DESVIACIONES ESTANDAR PARA CADA UNA DE LAS DIMENSIONES DE AUTOCONCEPTO

TIPO DE CONTROL N MEDICION	CONTROLADO		DESCONTROL LEVE		DESCONTROL SEVERO	
	40		27		37	
	BASAL	12 MESES	BASAL	12 MESES	BASAL	12 MESES
SOCIAL I	47.0±8.9	47.1±8.9	44.6±8.9	44.7±8.9	43.7±8.5	43.1±9.1
EMOCIONAL I	34.6±6.3	34.7±6.3	34.3±6.2	34.3±6.2	35.3±6.1	35.3±6.1
SOCIAL II	33.2±6.3	33.0±6.3	33.5±6.2	33.5±6.8	36.4±6.7	36.3±6.7
EMOCIONAL II	32.9±5.7	33.1±5.0	33.1±5.1	33.1±5.1	32.7±5.5	32.7±5.5
OCUPACIONAL *	41.9±6.3	41.9±6.3	40.2±6.2	40.2±6.2	38.1±6.1	38.2±6.7
EMOCIONAL III	40.5±7.3	40.5±7.3	38.7±7.8	38.7±7.8	37.4±7.9	37.4±7.9
ETICO**	29.8±5.7	30.0±5.7	28.9±5.8	28.9±5.8	26.9±5.5	26.7±5.5
INICIATIVA***	22.5±4.4	22.6±4.4	23.0±4.7	23.6±4.7	25.0±4.9	25.3±4.2

*ANOVA, EFECTO DEL GRUPO [F(2, 101)=3.04; P=0.050]
 **ANOVA, EFECTO DEL GRUPO [F(2,101)=2.65; P=0.075]
 ***ANOVA, EFECTO DEL GRUPO [F(2,101)=3.47; P=0.035]

Emocional II.

Las medias y desviaciones estándar obtenidas para los tres grupos se presentan en la tabla 8. No se encontraron diferencias entre grupos $[F(2,101)=0.06; p=0.944]$. La $[F(1,101)=0.49; p=0.485]$. La interacción entre los grupos y las evaluaciones inicial y final no fue significativa $[F(2,101)=0.54; p=0.587]$.

Ocupacional.

Las medias y desviaciones estándar obtenidas para los tres grupos se presentan en la tabla 8. Sí se encontraron diferencias entre grupos $[F(2,101)=3.04; p=0.050]$. La comparación entre la evaluación inicial y la final tampoco resultó significativa $[F(1,101)=0.85; p=0.358]$. La interacción entre los grupos y las evaluaciones inicial y final no fue significativa $[F(2,101)=0.90; p=0.408]$.

Emocional III.

Las medias y desviaciones estándar obtenidas para los tres grupos se presentan en la tabla 8. No se encontraron diferencias entre grupos $[F(2,101)=1.49; p=0.231]$. La comparación entre la evaluación inicial y final no resultó significativa $[F(1,101)=0.56; p=0.457]$. La interacción entre los grupos y las evaluaciones inicial y final no fue significativa $[F(2,101)=0.18; p=0.839]$.

Ético.

Las medias y desviaciones estándar obtenidas para los tres grupos se presentan en la tabla 8. Se encontró una tendencia hacia las diferencias entre grupos $[F(2,101)=2.65; p=0.075]$. El grupo de pacientes descontrolados obtuvo puntuaciones más bajas que el controlado. La comparación entre la evaluación inicial y la final no resultó significativa $[F(1,101)=0.13; p=0.725]$. La interacción entre los grupos y las evaluaciones inicial y final no fue significativa $[F(2,101)=1.26; p=0.289]$.

Iniciativa.

Las medias y desviaciones estándar obtenidas para los tres grupos se presentan en la tabla 8. Sí se encontraron diferencias entre grupos, el grupo con descontrol severo mostró puntuaciones más altas, el grupo con un descontrol leve puntuaciones intermedias y el grupo controlado mostró las puntuaciones más bajas [F(2,101)=3.47; p=0.035]. La comparación entre la evaluación inicial y final tampoco resultó significativa [F(1,101)=0.79; p=0.377]. La interacción entre los grupos y las evaluaciones inicial y final no fue significativa [F(2,101)=0.08; p=0.925].

PERSONALIDAD.

El análisis de la variable personalidad (CPE), se efectuó para cada una de sus dimensiones. En la tabla 9 se presentan los resultados obtenidos para los tres grupos.

Extroversión.

Las medias y desviaciones estándar obtenidas para los tres grupos se presentan en la tabla 9. No se encontraron diferencias entre grupos [F(2,101)=0.44; p=0.648]. La comparación entre la evaluación inicial y la final tampoco resultó significativa [F(1,101)=0.02; p=0.900]. La interacción entre los grupos y las evaluaciones inicial y final no fue significativa. [F(2,101)=0.25; p=0.783].

Psicoticismo.

Las medias y desviaciones estándar obtenidas para los tres grupos se presentan en la tabla 9. No se encontraron diferencias entre grupos [F(2,101)=2.15; p=0.122]. La comparación entre la evaluación inicial y la final tampoco resultó significativa [F(1,101)=0.85; p=0.358]. La interacción entre los grupos y las evaluaciones inicial y final no fue significativa [F(2,101)=0.90; p=0.408].

TABLA 9

MEDIAS Y DESVIACIONES ESTANDAR PARA CADA UNA DE LAS DIMENSIONES DE LA PERSONALIDAD (CPE)

TIPO DE CONTROL N MEDICION	CONTROLADO		DESCONTROL LEVE		DESCONTROL SEVERO	
	40		27		37	
	BASAL	12 MESES	BASAL	12 MESES	BASAL	12 MESES
EXTROVERSION	10.0±3.8	10.0±3.8	10.2±3.6	10.2±3.6	10.8±3.6	10.7±3.6
DESEABILIDAD SOCIAL	11.7±3.8	11.8±3.8	12.3±3.6	12.4±4.2	10.6±3.6	10.7±3.6
PSICOTICISMO	2.9±1.3	2.9±1.3	2.2±1.0	2.2±1.0	2.4±1.2	2.3±1.2
NEUROTICISMO	10.5±3.8	10.5±3.8	9.0±4.2	9.1±4.2	11.1±4.2	11.2±4.2

39

Neuroticismo.

Las medias y desviaciones estándar obtenidas para los tres grupos se presentan en la tabla 9. No se encontraron diferencias entre grupos [$F(2,101)=1.92, p=0.152$]. La comparación entre la evaluación inicial y la final mostró una tendencia hacia la diferencia [$F(1,101)=3.62; p=0.060$]. La interacción entre los grupos y las evaluaciones inicial y final no fue significativa [$F(2,101)= 1.05; p=0.355$].

Deseabilidad social.

Las medias y desviaciones estándar obtenidas para los tres grupos se presentan en la tabla 9. No se encontraron diferencias entre grupos [$F(2,101)=1.47; p=0.234$]. La comparación entre la evaluación inicial y la final si resultó significativa [$F(1,101)=4.56; p=0.035$].

La interacción entre los grupos y las evaluaciones inicial y final no fue significativa [$F(2,101)=1.11; p=0.335$].

ANSIEDAD

Las medias y desviaciones estándar obtenidas para los tres grupos se presentan en la tabla 10.

Se encontraron diferencias entre los grupos, el grupo controlado presentó niveles inferiores de severidad que el grupo con un descontrol severo [$F(2,101)=4.62; p=0.012$]. La comparación entre la evaluación inicial, media y final mostró una tendencia hacia la diferencia [$F(2,202)=2.98; p=0.068$]. Lo mismo que la interacción entre los grupos y las evaluaciones [$F(4,202)=6.13; p=0.001$]. Se observa que en el grupo controlado la intensidad de la ansiedad disminuyó con el tiempo en tanto que en el grupo con un descontrol severo la ansiedad se incremento, esto explica el efecto de las medidas repetidas y la interacción.

TABLA 10

ANSIEDAD

	n	INICIAL*	SEIS MESES*	UN AÑO*
CONTROLADO	40	6.4±3.2	6.0±3.2	5.4±2.5
DESCONTROL LEVE	27	7.1±3.6	7.0±3.6	7.0±3.1
DESCONTROL SEVERO	37	7.9±3.6	8.3±3.6	8.3±3.6

* Medias y desviaciones estándar obtenidas para los tres grupos.

DEPRESION

Las medias y desviaciones estándar obtenidas para los tres grupos se presentan en la tabla 11.

Se encontraron diferencias entre los grupos, el grupo con un descontrol severo mostró niveles más altos del síndrome que los pacientes del grupo controlado [F(2,101)=5.94; p=0.004]. La comparación entre la evaluación inicial media y final resultó significativa [F(2,202)=4.36; p=0.025]. Lo mismo que la interacción entre los grupos y las evaluaciones [F(4,202)=3.30; p=0.023]. En el grupo controlado la intensidad de los síntomas tendió hacia la disminución; en contraste con los grupos descontrolados la magnitud de los síntomas aumento explicando el efecto de las medidas repetidas y de la interacción.

TABLA 11

DEPRESION

	n	INICIAL*	SEIS MESES*	UN AÑO*
CONTROLADO	40	4.6±3.2	4.5±3.2	4.2±2.5
DESCONTROL LEVE	27	4.7±3.1	5.2±3.1	5.5±2.6
DESCONTROL SEVERO	37	6.1±3.0	6.8±3.0	6.9±3.0

*Medias y desviaciones estándar obtenidas para los tres grupos de pacientes.

DISCUSION

Los 104 pacientes que participaron en el estudio, fueron adultos entre 37 y 46 años de edad, los más jóvenes se situaron en los grupos con un mal control metabólico. Más del 50% de los pacientes fueron mujeres. No hubo diferencias entre los grupos en cuanto al estado civil y la escolaridad, aunque el nivel de educación del grupo con un descontrol severo fue menor. En cuanto al tipo de DM la proporción de pacientes por grupo fue semejante. Los pacientes no controlados recibieron tratamiento con insulina con mayor frecuencia que los pacientes controlados, estos pacientes presentan mayor dificultad en la adherencia terapéutica tal vez por fallas para llevar adecuadamente las indicaciones médicas ocasionadas por una probable alteración de los procesos cognitivos que les permitan integrar su enfermedad y tratamiento como parte de su vida. La forma como se integre este proceso depende de las experiencias previas que tenga el sujeto, del proceso salud-enfermedad y de los mecanismos propios de su personalidad con los que afronte el proceso. Otro pilar importante en el afrontamiento y aceptación de la DM es el apoyo social que el individuo tenga así como, la relación terapéutica. Siguiendo esta línea de pensamiento podemos acercarnos al análisis de algunas variables psicológicas que repercuten en la adherencia al tratamiento médico. En la literatura existen diversos estudios donde se asocia un locus de control externo con un control metabólico deficiente, así como un LC interno extremo (Adrich, 1988). En el afrontamiento de cualquier padecimiento, no sólo de la DM intervienen una serie de elementos mágicos que tienen que ver con el LC externo, como la búsqueda de las respuestas a su padecimiento en el exterior, en ocasiones esta dificulta la relación

médico-paciente al tenerse algunas expectativas falsas por parte del paciente. Cuando no se efectúa el proceso de internalización del padecimiento probablemente las maniobras externas fracasen, llámese tratamiento médico ó medidas educacionales. En la población estudiada no se encontraron diferencias en las dimensiones del LC, aunque en general los pacientes descontrolados tendieron a presentar rasgos de externalidad.

El autoconcepto hace referencia a la percepción del "sí-mismo", este concepto engloba las actitudes, sentimientos, percepciones y evaluaciones que el individuo tiene de sí mismo. El LC y el AC puede ser variantes de la personalidad. Un LC externo, un AC disminuido y una personalidad dependiente son factores que contribuyen a un control metabólico deficiente (Lustman, 1991). Los resultados de las diferentes subescalas que valoran el autoconcepto mostraron diferencias entre los grupos en la subescala de iniciativa. Los pacientes con un descontrol severo tuvieron una mayor puntuación en esta subescala, probablemente este factor contribuya a la falta de apego al tratamiento, al decidir los diabéticos sobre su manejo terapéutico no siguiendo las prescripciones médicas; y en ocasiones buscando otras alternativas paralelas a su padecimiento, desde lo mágico hasta lo biológico. Así como en la subescala ocupacional es decir los pacientes con un descontrol severo presentaron mayor dificultad en su desempeño laboral y profesional. Probablemente secundario algunos de los síntomas físicos y psíquicos que acompañan a la DM, como serían la fatiga, la hipersomnia y la disminución en la actividad psicomotriz y los trastornos en el estado de ánimo. No hubo diferencias en las evaluaciones de esta variable (AC) a lo largo del tiempo de estudio. En general esta población interacciona socialmente de manera similar. La expresión de sus emociones no presenta variaciones entre los grupos. Sus valores éticos fueron similares entre los grupos. No se exploró la influencia de la escolaridad, puesto que la distribución proporcional del nivel educativo en los grupos fué semejante.

Al analizar los resultados dimensionales de la personalidad utilizando el CPE no se encontraron diferencias en la comparación de la evaluación inicial y la final. Cabe señalar que este instrumento no mide patología como otros instrumentos que se han utilizado en diversas investigaciones tales como el MMPI. En algunas de estas investigaciones se ha reportado que los pacientes diabéticos alcanzan puntuaciones altas en la escala de depresión. El CPE se refiere a aquellas variables de personalidad que subyacen a la conducta. Se vuelven éstas patológicas solamente en casos extremos. Lane en 1988 encontró que los niños con una DM mal controlada presentaban puntajes

bajos en la subescala de extroversión y deseabilidad social.

Al utilizar otros instrumentos de evaluación de personalidad se ha reportado que los diabéticos presentan rasgos dependientes, oportunistas y explosivos (Leedom, 1991). A la fecha no existe evidencia de una personalidad diabética a diferencia de lo que se observa en otras enfermedades crónicas (Dunn, 1988) sin embargo Lustman en 1986 encontró que el paciente con una DM presenta mayor grado de psicopatología en comparación con la población no diabética.

Dentro de los padecimientos psiquiátricos más frecuentes en los pacientes diabéticos se encuentran los trastornos de ansiedad y la depresión. La presentación más frecuente de los trastornos de ansiedad es la agorafobia y la fobia simple. (Lustman, 1986; Robins, 1991).

Se observó que en el grupo controlado la intensidad de la ansiedad disminuyó con el tiempo en tanto que en el grupo con un descontrol severo la ansiedad se incrementó. Probablemente estos pacientes estuvieron sujetos a mayores niveles de estrés propios de su padecimiento como serían las complicaciones médicas, las hospitalizaciones, la confrontación con diferentes tratamientos, las modificaciones en la esfera social, laboral y en el interés intrapersonal, que los hacen más susceptibles a presentar trastornos de ansiedad.

En cuanto a la depresión hubo diferencias entre los grupos, los pacientes con un descontrol severo presentaron mayor nivel de depresión. La prevalencia de un trastorno psiquiátrico en los pacientes con DM es del 51% (Popkin, 1988). Los padecimientos más frecuentes son los trastornos de ansiedad y depresión (Lustman, 1986). La prevalencia de depresión de estos pacientes es más alta que la de la población general (20% contra 3 al 10%) con predominio en la presentación en los pacientes DMID (Lustman, 1986). El rango de edad de nuestra población fueron de 37-46 años, en su mayoría mujeres y más de la mitad tuvieron el diagnóstico de DMID. Estos datos concuerdan con los reportados por Lustman en 1986 y Robins en 1991; estos señalan que es más frecuente la presentación de la depresión entre los 30 y 44 años de edad, y que predomina en el sexo femenino.

Los factores que parecen favorecer la presencia de un síndrome depresivo en los diabéticos son: el inicio de la DM en edad temprana, un pobre control de la glucemia, una mala adherencia terapéutica, el tiempo de evolución de la enfermedad, la presencia de complicaciones, el impacto social de la enfermedad y las expectativas equivocadas o negativas que el paciente formula sobre el posible curso de su padecimiento (Friis, 1986; Lustman, 1992; Littlefield, 1992).

Si tomamos en cuenta que el tiempo de evolución de la DM en la población estudiada fue de 9 años en los pacientes controlados y de 10 años en los pacientes con algún tipo de descontrol metabólico, podemos deducir que el inicio del padecimiento fue entre los 28-39 años. En esta edad el individuo se encuentra en pleno desarrollo laboral y social así como en la etapa reproductiva. El apoyo social y familiar es muy importante dentro de este contexto. La importancia del apoyo social ha sido recientemente subrayada al observar que los niveles de estrés generados por eventos vitales (jubilación, divorcio, muerte de un ser querido, dificultades económicas, entre otras) pueden contribuir a un descontrol metabólico y que la evolución puede modificarse hacia la mejoría a través de una red de apoyo social adecuada. (Schwartz, 1991)

Como hemos visto el grado de control metabólico de un diabético depende de múltiples variables. La gravedad del defecto metabólico está determinado por:

- La reserva pancreática ó la capacidad de secretar insulina; y,
- La resistencia de los tejidos periféricos a la acción de insulina.

Influyen en la posibilidad del control:

-La adherencia a las recomendaciones terapéuticas tales como: dieta, ejercicio y el empleo adecuado de los fármacos;

-La participación del enfermo en el control de su padecimiento, lo que depende de su deseo y capacidad de aprender sobre la DM y la autovigilancia de su glucemia; y,

-Su estado anímico (particularmente en los pacientes con DMNID ha quedado claro que la prevalencia de depresión es mayor a la observada en la población general).

En relación al problema qué es primero la depresión o el descontrol metabólico la pregunta es difícil de responder, sin embargo pensamos que las intervenciones terapéuticas de diversa índole que inciden sobre la depresión podrían mejorar el control metabólico, para comprobar esta hipótesis será necesario el plantear otros estudios sobre la línea del tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico en los pacientes diabéticos.

Entre las limitaciones del presente estudio está el que las variables AC y LC solamente pueden evaluarse con escalas ordinales en las que se establecen un punto de corte para convertirlas en categóricas o dicotómicas, ésto es prácticamente imposible, por tanto únicamente permiten la comparación de los promedios entre grupos. Por esto, calcular una "n" mínima "a priori" es poco factible pue se desconoce la variabilidad de cada medición en la población estudiada; así, sólo puede calcularse la potencia del estudio "a posteriori" para las diferentes comparaciones efectuadas. La mayor probabilidad de encontrar una diferencia de dos unidades estandarizadas fué de 0.40, es decir el valor de β fué de 0.10. En otras palabras con el número de pacientes estudiados se tuvo una posibilidad de cometer un error tipo II (rechazar la hipótesis alterna cuando es verdadera) del 10% valor que esta de acuerdo con los estándares comunes en la investigación clínica (Feinstein, 1985).

No puede descartarse que algunas de las variables registradas como la escolaridad, la edad, el tipo DM y otras no registradas como el estado físico general, los antecedentes familiares psiquiátricos, entre otras, ejerzan algún efecto en el AC, el LC, la depresión, la ansiedad y la personalidad. De hecho lo más probable es que todas las variables interactúen entre sí dando lugar a los resultados observados. Sin embargo, la posibilidad de llegar a conclusiones erróneas aumenta en función del número de pruebas de hipótesis efectuadas.

Es importante que el equipo de salud tenga presente que existen diversas variables que participan en el control de la diabetes, tanto médicas como psicológicas. En este trabajo sólo se abordaron algunas de ellas, las cuales nos parece importante que el médico no psiquiatra conozca. Que piense en la existencia de las diferencias propias de la personalidad tanto del paciente como del médico y que éstas puedan ser tomadas en cuenta con la finalidad de tener una mayor comprensión de las enfermedades como la DM. Esto permitirá ofrecer mejores alternativas terapéuticas que logren aumentar la calidad de vida de los pacientes diabéticos.

El presente trabajo se limitó a alcanzar los objetivos planteados "a priori". Indudablemente el problema de interacción entre la evolución de la enfermedad física y los aspectos psicológicos de la DM son un terreno extremadamente amplio que deberá abordarse en estudios específicos posteriores.

BIBLIOGRAFIA

1. Abramson, L., McClelland, D., Brown D, Kelner S. **Alexithymic characteristics and metabolic control in diabetic and healthy adults.** *J Nerv Ment Dis* 179: 490-494, 1991.
2. Adrich, D., Schoubroeck, L. **The general health questionnaire: a psychometric analysis using latent trit theory.** *Psychol Med* 19:469-485, 1989.
3. Alexander, V. **The physician's guide to noinsulin dependent (type II) diabetes. Dignosis and treatment.** American Diabetes Association, 2a ed, 1988.
4. Calobrisi, A. **Biopsychosocial study of diabetes mellitus.** *Psychosomatics* 39: 193-200, 1983.
5. Cohen, J. **Power analysis for the behavioral sciences.** New York. Academic Press. 210-214, 1977.
6. Comstock, G., Helsing, K. **Symptoms of depression in two communities.** *Psichol Med* 6:551-563, 1976.
7. Cooley, C. **The social self: On the meaning of "I".** In Gordon, C, Ger gen, K. J. (Eds), *The self in social interaction* (vol. 1) New York: John Wiley, Inc. 1968.
8. Coyne, J., Kessler, R., Tal, M., Tumbul, J., Wortman, C., Greden, J., **Living whit a depressed person.** *J Consult Clin Psychol* 55: 347-352, 1987.
9. Davis, W., Hess, G. **Psychosocial correlates of survival in diabetes.** *Diabetes Care*, 11: 7-9, 1988.
10. De la Rosa, J. **Escalas de locus de control y autoconcepto. Construcción y validación.** Tesis doctoral. Facultad de Psicología UNAM, México, D.F., 1986.
11. Dunn, S., Turtle, J. **The myth of the diabetic personality.** *Diabetes Care*, 4: 640-646, 1981.
12. Dupuis, A. **Assessment of the psychological factors and responses in self-managed patients.** *Diabetes Care*. 3: 1, 1980.
13. Evans, C., Hughes, I. **The relationship between diabetic control and individual and family characteristics.** *J Psychosom Res* 31: 367-374, 1987.

14. Eysenck, B., Lara Cantu, Ma. **Un estudio transcultural de la personalidad en los adultos mexicanos e ingleses.** Salud Mental 12: 14-20, 1989.
15. Feinstein, A. R. **Clinical Epidemiology. The Architecture of Clinical Research.** W. B. Saunders Co. Philadelphia USA, 1985.
16. Freirchs, R., Aneshensel, C., Clark, V. **Prevalence of depression in Los Angeles County.** Am J Epidemiol 113: 691-699, 1981.
17. Friis, R., Nanjundappa, G. **Diabetes, depression and employment status.** Soc Sci Med 23: 471-475, 1986.
18. Glasgow, R., Toobert, D. **Social environment and regimen adherence among type II diabetic patients.** Diabetes Care 11:377-386;1988.
19. González, A. **Locus de control y autoconcepto en menores infractores y no infractores.** Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad del Valle de México. Mex. D.F., 1989.
20. Griffith, L., Field, B., Lustman, P. **Lifes stress and social support in diabetes: Association with glycemic control.** Int J Psychol Med 20:365-372, 1990.
21. Guzmán, J. **La valoración de la calidad de vida en estudios clínicos controlados.** Tesis de especialidad en Medicina Interna, Facultad de Medicina, UNAM. México. D.F., 1991.
22. Holmes, D. **The person and diabetes in psychosocial context.** Diabetes Care 9: 2, 1986.
23. Jacobson, A., Adler, A. **Psychological characteristics of adults whit IDDM. Comparason of patients in poor and good glycemic control.** Diabetes Care 13: 4, 1990.
24. Jacobson, I. Barofsky, P. **Reliability and validity of a diabetes quality of life mesure for the diabetes control and complications trial (DCCT).** Diabetes Care 11: 9, 1988.
25. James, W. **The self.** In Gordon, C. **The self in social interaction** (vol. 1). New York: Jonh Wiley, Inc. 1968.
26. Keppel, G. **Design and analysis. A researcher's hand book.** Practice-Hall Inc. Nueva Jersey, 1973.

27. Lane, J., Stabler, B., Ross, S. **Psychological predictors of glucose control in patients with IDDM.** *Diabetes Care* 11: 10, 1988.
28. Lara Cantú M., Cortés, J, Verduzco, M. **Datos adicionales sobre la validez y confiabilidad del cuestionario de personalidad de Eysenck en México.** *Rev Mex Psicol* 9: 1, 45-50,1992.
29. Leedom, L., Meehan, W., Procci, W., Zeidler, A. **Symptoms of depression in patients with type II Diabetes Mellitus.** *Psychosomatics* 32: 280-286, 1991.
30. Lerman, I., Yamamoto, L., Cardoso, G., García Peniche, C., Velázquez, L., Zamora, J. **Prevalencia de diabetes mellitus en población urbana del D.F. y su asociación con otros factores de riesgo coronario.** XXXII Reunión Anual de la S.M.N.E., Acapulco 1992.
31. Levenson, J., Hamer, R., Rossiter, L. **Relation of psychopathology in general medical inpatients to use and cost of service.** *Am J Psychiatry* 147: 498-503, 1990.
32. Littlefield, C., Craven, J., Rodin, G., Daneman, D., Murray, M., Rydall, C. **Relationship of self-efficacy and bingeing to adherence to diabetes regimen among adolescents.** *Diabetes Care* 15: 90-94, 1992.
33. Lustman, P., Frank, B., McGill, J. **Relationship of personality characteristics to glucose regulation in adults diabetes.** *Psychosom Med* 53: 305-312, 1991.
34. Lloyd, C., Matthews, K., Wing, R., Orchard, T. **Psychosocial factors and complications of IDDM: the Pittsburg epidemiology of diabetes complications study VIII.** *Diabetes Care* 15: 166-172, 1992.
35. Malinowski, E. **Sociology of Medicine.** New York, 1983.
36. Mannheim, B. **Reference groups, membership groups and the self image.**
37. *Sociometry*, 29: 263-279, 1966.
38. Mead, G. **Mind, self and society.** Chicago: University of Chicago Press. 1978.
39. Minuchin, S., Fishman, H. **Técnicas de Terapia Familiar.** Argentina: Paidós, 1981.

40. National Diabetes Data Group. **Classification and diagnosis of diabetes mellitus and other categories of glucose intolerance.** *Diabetes* 28: 24-32, 1979.
41. Nemiah, J., Freyberger, H. **Alexithymia: A view of the psychosomatic process.** In O Hill (Ed), *Modern trends in psychosomatic medicine* 3: 430-439, London: Butterworths, 1976.
42. Newcomb, T. **Social Psychology.** Holt Rinehart y Winston, New York., 1950.
43. Peyrot, M., Murry, J. **Psychosocial factors in diabetes control: adjustment of insulin-treated adults.** *Psychosom Med* 47: 6, 1985.
44. Popkin, M., Callies, A., Lentz, R., Colon, E., Sutherland, D. **Prevalence of mayor depression, simple phobia, and other psychiatric disorders in patients with long-standing type I diabetes mellitus.** *Arch Gen Psychiatry* 45: 64-68, 1988.
45. Quibrera, I., Hernández, R., Aradillas, G., González R., Calles, E. **Prevalencia de diabetes, intolerancia a la glucosa, hiperlipemia y factores de riesgo en función de nivel socioeconómico.** *Rev Invest Clin* 46: 25-36, 1994.
46. Rogers, C. **El poder de la persona.** El Manual Moderno. México, 1980.
47. Rush, J., Giles, D., Schlessor, M. **The inventory for depressive symptomatology (IDS): preliminary findings.** *Psychiatry Res* 18: 65-87, 1986.
48. Sherwood, J. **Increased self-evaluation as function of ambiguous evaluations by referent others.** *Sociometry* 30: 404-409, 1967.
49. Schulberg, H., Burns, B. **Mental disorders in primary care: epidemiologic diagnostic and treatment research directions.** *Gen Hosp Psychiatry* 10: 79-87, 1988.
50. Schwartz, L., Russell Couloson, L. **Biopsychosocial tratment approach to the management of diabetes mellitus.** *Gen Hosp Psychiatry* 13: 19-26, 1991.
51. Sherif, M., Sherif, C. **Social Psychology.** Harper, New York, 1969.
52. Surwit, R., Feinglos, M. **Stress and autonomic nervous system in type II diabetes: hypothesis.** *Diabetes Care* 11: 83-85, 1988.

53. Tun, P., Perlmutter, L., Russo, P., Nathan, D. **Memory self-assessment and performance in aged diabetics and non-diabetics.** *Exp Aging Res* 13: 151-157, 1987.
54. Viederman, M., Hymowitz, P. **Developmental-psychodynamic model for diabetic control.** *Gen Hosp Psychiatry* 10: 34-40, 1988.
55. Wells, L., Marwill, G. **Self-esteem-Its conceptualization and measurement.** Beverly Hills, California: Sage Publications. 1991.
56. Weyerer, S., Hewer, W., Pfeifer-Kurda, M., Dilling, H. **Psychiatric disorders and diabetes-results from a community study.** *J Psychosom Res* 33: 633-640, 1989.
57. Whaley, A. **Validación del Hamilton para ansiedad y depresión en pacientes quemados.** Tesis de especialidad en Psiquiatría, Facultad de Medicina, UNAM. México D.F. 1992
58. Zigmond, A., Snaith, R. **The hospital anxiety and depression scale.** *Acta Psychiatrica Scand* 67: 361-370, 1983.

ANEXOS

REGISTRO DE DATOS DEMOGRAFICOS

Por favor responda, lo mas verazmente posible, a las aseveraciones que aparecen a continuación completando o marcando con una "X" en el espacio correspondiente
La información es totalmente confidencial.

1. NOMBRE: _____

2. EDAD: años 3. SEXO: 1 F 2 M

4. DOMICILIO: _____
CALLE Y NUMERO COLONIA CIUDAD ESTADO C.P

5. TELEFONO: _____

6. ESTADO CIVIL:

1 soltero 2 casado 3 divorciado 4 unión libre

7. ESCOLARIDAD :

1 SIN EDUCACION ESCOLAR 2 PRIMARIA INCOMPLETA

3 PRIMARIA 4 SECUNDARIA

5 PREPARATORIA O EQUIVALENTE

8. OCUPACION

1 EMPLEADO 2 OBRERO 3 TECNICO

- 4 PROFESIONISTA 5 SUBEMPLEADO 6 CAMPESINO
7 HOGAR 8 ESTUDIANTE

10 OTROS, ESPECIFIQUE: _____

9. SITUACION ECONOMICA:

INGRESO MENSUAL TOTAL (aproximado) de su familia: _____ PESOS

NUMERO DE PERSONAS QUE DEPENDE DE ESTE INGRESO: _____

PROVEE EL MAYOR INGRESO FAMILIAR: 1 USTED

2 ESPOSO/A 3 SU(S) HIJO(S) 4 OTROS

CUESTIONARIO

EDAD: _____ SEXO _____ ESCOLARIDAD _____

A CONTINUACION HAY UNA LISTA DE AFIRMACIONES. INDICA EN QUE MEDIDA ESTAS DE ACUERDO O EN DESACUERDO CON CADA UNA. HAY CINCO RESPUESTAS POSIBLES

CD= COMPLETAMENTE EN DESACUERDO; D=EN DESACUERDO; N=NI ACUERDO NI EN DESACUERDO; A=ACUERDO; CA= COMPLETAMENTE DE ACUERDO.

ESPECIFICA TU RESPUESTA ENCERRANDO EN UN CIRCULO LA LETRA QUE MEJOR EXPRESE TU OPINION.

NO HAY RESPUESTAS CORRECTAS O INCORRECTAS; SOLO PUNTOS DE VISTA DIFERENTES.

CONTESTA TODAS LAS PREGUNTAS. GRACIAS.

- | | | | | | |
|--|----|---|---|---|----|
| 1. El que yo llegue a tener éxito dependerá de la suerte que yo tenga | CD | D | N | A | CA |
| 2. El caerle bien a la gente me ayuda a resolver muchos problemas | CD | D | N | A | CA |
| 3. Que yo obtenga un buen empleo es una cuestión de suerte | CD | D | N | A | CA |
| 4. Puedo mejorar mi vida si le caigo bien a la gente | CD | D | N | A | CA |
| 5. Siento que las cosas que me pasan se debe a la gente que tiene poder | CD | D | N | A | CA |
| 6. El que yo llegue a tener mejores puestos en mi trabajo dependerá mucho de la suerte | CD | D | N | A | CA |
| 7. Mi futuro depende de mis acciones presentes | CD | D | N | A | CA |
| 8. El hecho de que yo tenga pocos o muchos amigos se debe al destino | CD | D | N | A | CA |

9. El puesto que yo ocupe en una empresa dependerá de las personas que tienen el poder	CD	D	N	A	CA
10. Que yo tenga éxito en mi empleo (ocupación) depende de mi	CD	D	N	A	CA
11. Que yo tenga mucho o poco dinero es cosa del destino	CD	D	N	A	CA
12. Normalmente soy capaz de defender mis intereses personales	CD	D	N	A	CA
13. Los problemas mundiales están en las manos de los poderosos	CD	D	N	A	CA
14. Si le caigo bien a mi jefe puedo conseguir mejores puestos en mis trabajos	CD	D	N	A	CA
15. Yo siento que la gente que tiene poder sobre mi (padres, jefes, familiares) tratan de decidir lo que sucederá en mi vida	CD	D	N	A	CA
16. Casarme con la persona adecuada es cuestión de suerte	CD	D	N	A	CA
17. Mi éxito dependerá de lo agradable que soy	CD	D	N	A	CA
18. Mi vida esta determinada por mis propias acciones	CD	D	N	A	CA
19. Siento que es difícil influir en lo que los políticos hacen	CD	D	N	A	CA
20. El éxito en el trabajo dependerá de las personas que están arriba de mi	CD	D	N	A	CA
21. Me va bien en la vida porque soy simpático	CD	D	N	A	CA
22. Como estudiante siento (sentí) que las calificaciones dependen mucho de la suerte	CD	D	N	A	CA
23. El que yo llegue a tener éxito depende de mi	CD	D	N	A	CA
24. Mi país está dirigido por pocas personas en el poder y lo que yo haga no cambia nada	CD	D	N	A	CA
25. Mi éxito en el trabajo dependerá de que tan agradable sea yo	CD	D	N	A	CA
26. El que mejoren mis condiciones de vida depende principalmente de las personas que tienen poder	CD	D	N	A	CA

27. Si soy buena gente con mis profesores puedo mejorar mis calificaciones	CD	D	N	A	CA
28. No siempre es bueno para mi planear el futuro porque muchas cosas son cuestión de suerte	CD	D	N	A	CA
29. Que yo mejore mis condiciones de vida es una cuestión de lucha y esfuerzo personal	CD	D	N	A	CA
31. El problema del hambre esta en manos de los poderosos y no hay mucho que yo pueda hacer al respecto	CD	D	N	A	CA
31. La gente como yo tiene muy pocas oportunidades de defender sus intereses personales cuando estos son opuestos a los de las personas que tiene en poder	CD	D	N	A	CA
32. Que yo tenga el dinero suficiente para vivir depende de mi	CD	D	N	A	CA
33. No tengo influencias en las decisiones que se toman respecto al destino de mi país	CD	D	N	A	CA
34. Cuando logro lo que quiero es porque he tenido suerte	CD	D	N	A	CA
35. El hecho de que conserve mi empleo depende principalmente de mi jefe	CD	D	N	A	CA
36. Mis calificaciones dependen de mi esfuerzo	CD	D	N	A	CA
37. La cantidad de amigos que tengo depende de lo agradable que soy	CD	D	N	A	CA
38. Los precios en general dependen de los empresarios y no tengo influencia al respecto	CD	D	N	A	CA
39. Cuando lucho por conseguir algo en general lo logro	CD	D	N	A	CA
40. Yo siento que mi vida esta controlada por gente que tiene el poder	CD	D	N	A	CA
41. La paz entre los pueblos dependen de los gobiernos y mi contribución al respecto es insignificante	CD	D	N	A	CA

42. Si tengo un accidente automovilístico ello se debe a mi mala suerte	CD	D	N	A	CA
43. Como alumno siento que las calificaciones dependen del profesor	CD	D	N	A	CA
44. No puedo influir en la solución del problema de la vivienda ya que depende del gobierno	CD	D	N	A	CA
45. En la vida puedo conseguir muchas cosas si soy buena gente	CD	D	N	A	CA
46. Las guerras dependen de los gobiernos y no hay mucho que yo pueda hacer al respecto	CD	D	N	A	CA
47. Mi sueldo depende (dependerá) de las personas que tienen el poder económico	CD	D	N	A	CA
48. El problema de la contaminación esta en manos de los poderosos y lo, que yo haga yo haga no cambia nada	CD	D	N	A	CA
49. Que yo obtenga las cosas que quiero depende principalmente de mi	CD	D	N	A	CA
50. La mejoría de las condiciones de vida dependen de los poderosos y no tengo influencias sobre esto	CD	D	N	A	CA
51. Puedo conseguir lo que quiero si agrado a los demás.	CD	D	N	A	CA

A continuación encontrará un conjunto de adjetivos que sirven para describirle.

Ejemplo:

	X							
Flaco	Muy	bastante	poco	ni	poco	bastante	muy	obeso
	flaco	flaco	flaco	flaco	obeso	obeso	obeso	
				ni				
				obeso				

En el ejemplo de arriba se puede verificar como hay siete espacios entre "flaco" y "obeso". El espacio, cuanto mas cerca esta de un adjetivo, indica un grado mayor en que se posee dicha característica. El espacio central indica que el individuo no es ni flaco ni obeso.

Si usted se cree muy obeso, podrá una "X" en el espacio mas cercano de la palabra obeso; si se percibe como "bastante flaco" pondrá la "X" en el espacio correspondiente; si no se percibe flaco ni obeso podrá la "X" en el espacio de enmedio. O, si es el caso, en otro espacio.

Conteste en los renglones de abajo como en el ejemplo de arriba, tan rápido como le sea posible, sin ser descuidado, utilizando la primera impresión.

Conteste en todos los renglones, dando una UNICA respuesta en cada renglón.

Acuérdese que, en general, hay una distancia entre lo que somos y lo que nos gustaría ser. Conteste, aquí, como usted es y no como le gustaría ser. Gracias.

YO SOY

1. Introverso(a)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Extroverso (a)
2. Angustiado (a)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Relajado
3. Amoroso (a)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	odioso (a)
4. Callado (a)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Comunicativo
5. Accesible	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Inaccesible
6. Rencoroso (a)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Noble
7. Comprensivo (a)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Incomprensivo
8. Incumplido (a)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cumplido
9. Leal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Desleal

10. Desagradable	—	—	—	—	—	—	—	Agradable
11. Honesto (a)	—	—	—	—	—	—	—	Deshonesto (a)
12. Afectuoso (a)	—	—	—	—	—	—	—	Seco (a)
13. Mentiroso (a)	—	—	—	—	—	—	—	Sincero (a)
14. Tratable	—	—	—	—	—	—	—	Intratable
15. Frustrado (a)	—	—	—	—	—	—	—	Realizado (a)
16. Temperamental	—	—	—	—	—	—	—	Calmado (a)
17. Animado (a)	—	—	—	—	—	—	—	Desanimado (a)
18. Irrespetuoso (a)	—	—	—	—	—	—	—	Respetuoso (a)
19. Estudioso (a)	—	—	—	—	—	—	—	Perezoso(a)
20. Corrupto (a)	—	—	—	—	—	—	—	Recto (a)
21. Tolerante	—	—	—	—	—	—	—	Intolerante
22. Agresivo (a)	—	—	—	—	—	—	—	Pacífico (a)
23. Feliz	—	—	—	—	—	—	—	Triste
24. Malo (a)	—	—	—	—	—	—	—	Bondadoso (a)
25. Tranquilo (a)	—	—	—	—	—	—	—	Nervioso (a)
26. Capaz	—	—	—	—	—	—	—	Incapaz
27. Afligido (a)	—	—	—	—	—	—	—	Despreocupado (a)
28. Impulsivo (a)	—	—	—	—	—	—	—	Reflexivo (a)
29. Inteligente	—	—	—	—	—	—	—	Inepto (a)
30. Apático (a)	—	—	—	—	—	—	—	Dinámico (a)
31. Verdadero (a)	—	—	—	—	—	—	—	Falso (a)
32. Aburrido (a)	—	—	—	—	—	—	—	Divertido (a)
33. Responsable	—	—	—	—	—	—	—	Irresponsable
34. Amargado (a)	—	—	—	—	—	—	—	Jovial
35. Estable	—	—	—	—	—	—	—	Voluble
36. Inmoral	—	—	—	—	—	—	—	Moral
37. Amable	—	—	—	—	—	—	—	Grosero (a)
38. Conflictivo (a)	—	—	—	—	—	—	—	conciliador (a)
39. Eficiente	—	—	—	—	—	—	—	Ineficiente
40. Egoísta	—	—	—	—	—	—	—	Generoso
41. Cariñoso (a)	—	—	—	—	—	—	—	Frío (a)
42. Decente	—	—	—	—	—	—	—	Indecente
43. Ansioso (a)	—	—	—	—	—	—	—	Sereno (a)
44. Puntual	—	—	—	—	—	—	—	Impuntual

45. Tímido (a)	---	---	---	---	---	---	---	Desenvuelto
46. Democrático (a)	---	---	---	---	---	---	---	Autoritario (a)
47. Lento (a)	---	---	---	---	---	---	---	Rápido (a)
48. Desinhibido (a)	---	---	---	---	---	---	---	Inhibido (a)
49. Amigable	---	---	---	---	---	---	---	Hostil
50. Reservado (a)	---	---	---	---	---	---	---	Expresivo (a)
51. Deprimido (a)	---	---	---	---	---	---	---	Contento (a)
52. Simpático (a)	---	---	---	---	---	---	---	Antipático (a)
53. Sumiso (a)	---	---	---	---	---	---	---	Dominante
54. Honrado (a)	---	---	---	---	---	---	---	Deshonrado (a)
55. Deseable	---	---	---	---	---	---	---	Indeseable
56. Solitario (a)	---	---	---	---	---	---	---	Amiguero (a)
57. Trabajador (a)	---	---	---	---	---	---	---	Flojo (a)
58. Fracasado (a)	---	---	---	---	---	---	---	Triunfador (a)
59. Miedoso (a)	---	---	---	---	---	---	---	Audaz
60. Tierno (a)	---	---	---	---	---	---	---	Rudo (a)
61. Pedante	---	---	---	---	---	---	---	Sencillo (a)
62. Educado (a)	---	---	---	---	---	---	---	Malcriado (a)
64. Cortés	---	---	---	---	---	---	---	Descortés
65. Romántico (a)	---	---	---	---	---	---	---	Indiferente
66. Pasivo (a)	---	---	---	---	---	---	---	Activo (a)
67. Sentimental	---	---	---	---	---	---	---	Insensible
68. Inflexible	---	---	---	---	---	---	---	Flexible
69. Atento (a)	---	---	---	---	---	---	---	Desatento (a)
70. Celoso (a)	---	---	---	---	---	---	---	Seguro (a)
71. Sociable	---	---	---	---	---	---	---	Insociable
72. Pesimista	---	---	---	---	---	---	---	Optimista

VERIFIQUE SI CONTESTO EN TODOS LOS RENGLONES. GRACIAS.

ESCALA H. A. D.

NOMBRE:

FECHA:

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de enfermedades. Si el médico sabe cual es el estado emocional del paciente puede prestarle entonces mayor ayuda.

Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa como se siente usted afectiva y emocionalmente.

Lea cada pregunta y marque con una "X" la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la ultima semana.

No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen mayor valor que las que piensan mucho.

Me siento tenso/a o nervioso/ a:

- Casi todo el día
- Gran todo el día
- De vez en cuando
- Nunca

Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre:

- Definitivamente igual que antes
- No tanto como antes
- Solamente un poco
- Ya no disfruto con nada

Siento un especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

- Si muy intenso
- Si, pero no muy intenso
- Si, pero no me preocupa
- No siento nada de eso

Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

- Igual que siempre
- Actualmente algo menos
- Actualmente mucho menos
- Actualmente en absoluto

Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

- Casi todo el día
- Gran parte del día
- De vez en cuando
- Nunca

Me siento alegre:

- Nunca
- Muy pocas veces
- En algunas ocasiones
- Gran parte del día

Soy capaz de permanecer sentado/a tranquila y relajadamente:

- Siempre
- A menudo
- A veces
- Nunca

Me siento lento/a y torpe:

- Gran parte del día
- A menudo
- A veces
- Nunca

Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueos" en el estómago:

- Nunca
- Sólo en algunas ocasiones
- A menudo
- Muy a menudo

He perdido el interés por mi aspecto personal:

- Completamente
- No me cuido como debería hacerlo
- Es posible que no me cuide como debería
- Me cuido como siempre lo he hecho

Me siento inquieto/a como si no pudiera dejar de moverme:

- Realmente mucho
- Bastante
- No mucho
- No, en lo absoluto

Espero las cosas con ilusión:

- Como siempre
- Algo menos que antes
- Mucho menos que antes
- No, en lo absoluto

Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

- Muy a menudo
- Con cierta frecuencia
- Raramente
- Nunca

Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de televisión:

- A menudo
- Algunas veces
- Pocas veces
- Casi nunca

CPE Adultos (2a. versión)

SEXO: EDAD: ESTADO CIVIL:
OCUPACION: ESCOLARIDAD:

INSTRUCCIONES:

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

(RECUERDE CONTESTAR CADA PREGUNTA)

- | | | |
|--|----|----|
| 1. ¿Tiene usted muchos pasatiempos o entretenimientos? | SI | NO |
| 2. ¿Tiene a menudo altibajos en su estado de ánimo? | SI | NO |
| 3. ¿Se ha atribuido alguna vez el mérito de algo que sabía le correspondía a otra persona? | SI | NO |
| 4. ¿Es usted una persona platicadora? | SI | NO |
| 5. ¿Se siente alguna vez cansado sin ninguna razón? | SI | NO |
| 6. ¿En alguna ocasión ha tomado más de lo que le corresponde por ambicioso? | SI | NO |
| 7. ¿Es usted una persona animada? | SI | NO |
| 8. ¿Se entristecería mucho si viera sufrir a un niño o a un animal? | SI | NO |
| 9. ¿Se preocupa a menudo por cosas que no debería haber dicho o hecho? | SI | NO |
| 10. Cuando se compromete a algo. ¿Cumple siempre su promesa a pesar de las dificultades que le ocasione? | SI | NO |
| 11. ¿Normalmente, puede usted relajarse y disfrutar de una reunión animada? | SI | NO |
| 12. ¿Es usted una persona irritada? | SI | NO |
| 13. ¿Le ha echado alguna vez la culpa a alguien de algo que usted era responsable? | SI | NO |
| 14. ¿Le gusta conocer gente nueva? | SI | NO |
| 15. ¿Se siente fácilmente herido en sus sentimientos? | SI | NO |

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

16. ¿Son buenos y convenientes todos sus hábitos?	SI	NO
17. ¿Tiende usted a mantenerse en segundo plano en reuniones sociales?	SI	NO
18. ¿Tomaría drogas que pudiesen tener efectos extraños o peligrosos?	SI	NO
19. ¿Se siente a menudo harto?	SI	NO
20. ¿Ha tomado alguna vez algo (aunque sea un alfiler o un botón) que no fuera suyo?	SI	NO
21. ¿Le gusta mucho salir?	SI	NO
22. ¿Le gusta herir a las personas que quiere?	SI	NO
23. ¿Le atormentan a menudo sentimientos de culpa?	SI	NO
24. ¿Tiene enemigos que quieren hacerle daño?	SI	NO
25. ¿Se considera una persona nerviosa?	SI	NO
26. ¿Tiene muchos amigos?	SI	NO
27. ¿Le gusta hacer bromas que a veces puedan realmente lastimar a las personas?	SI	NO
28. ¿Se considera una persona que se preocupa demasiado?	SI	NO
29. Cuando era niño, ¿hacía lo que le ordenaban inmediatamente y sin protestar?	SI	NO
30. ¿Le importan mucho los buenos modales y la limpieza?	SI	NO
31. ¿Se preocupa de cosas terribles que puedan suceder?	SI	NO
32. ¿Ha roto o perdido algo que perteneciera a otra persona?	SI	NO
33. ¿Usualmente toma usted la iniciativa de hacer nuevos amigos?	SI	NO
34. ¿Se considera una persona tensa o "nerviosa"?	SI	NO
35. Cuando esta con otras personas, ¿permanece generalmente callado?	SI	NO
36. ¿Considera que el matrimonio es anticuado y debiera eliminarse?	SI	NO
37. ¿Siente algunas veces lástima, por usted mismo?	SI	NO
38. ¿Es usted de los que a veces tiende a presumir?	SI	NO
39. ¿Le resulta fácil animar una fiesta que esta aburrida?	SI	NO
40. ¿Le molestan las personas que manejan con cuidado?	SI	NO
41. ¿Ha dicho alguna vez algo malo o desagradable acerca de alguien?	SI	NO

42. ¿Le gusta contar chistes y anécdotas a sus amigos?	SI	NO
43. ¿Le cuesta trabajo interesarse con lo que sucede a su alrededor?	SI	NO
44. De niño, ¿fue alguna vez grosero con sus padres?	SI	NO
45. ¿Le gusta estar con gente?	SI	NO
47. ¿Se lava siempre las manos antes de comer?	SI	NO
48. ¿Se ha sentido a menudo desanimado y cansado sin ninguna razón?	SI	NO
49. ¿Ha hecho alguna vez trampa a un juego?	SI	NO
50. ¿Le gusta hacer cosas en las que tenga que actuar con rapidez?	SI	NO
51. ¿Es o fue su madre una buena mujer?	SI	NO
52. ¿Se ha aprovechado alguna vez de alguien?	SI	NO
53. ¿Ha tenido personas que traten de evitarlo?	SI	NO
54. ¿Piensa usted que la gente pierde demasiado tiempo asegurando su futuro con ahorros y seguros?	SI	NO
55. ¿Siente a menudo que la vida es aburrida?	SI	NO
56. ¿Dejaría de pagar sus impuestos si supiera que nunca lo iban a descubrir?	SI	NO
57. ¿Es usted capaz de poner ambiente en una fiesta?	SI	NO
58. ¿Se preocupa demasiado después de una experiencia vergonzosa?	SI	NO
59. ¿Ha insistido alguna vez en salirse con la suya?	SI	NO
60. Cuando viaja por autobús, tren o avión ¿llega a menudo en el último minuto?	SI	NO
61. ¿Sufre usted de los "nervios"?	SI	NO
62. ¿Ha dicho usted algo a propósito para ofender a alguien?	SI	NO
63. ¿Terminan fácilmente sus amistades sin que usted tenga la culpa?	SI	NO
64. ¿Se siente a menudo solo?	SI	NO
65. ¿Practica usted siempre lo que predica?	SI	NO
66. ¿Le gusta a veces molestar a los animales?	SI	NO
67. ¿Se ofende fácilmente cuando la gente encuentra errores en usted o en su trabajo?	SI	NO
68. ¿Ha llegado alguna vez tarde al trabajo o alguna cita?	SI	NO

- | | | |
|--|----|----|
| 69. ¿Le gusta que haya mucho bullicio y animación a su alrededor? | SI | NO |
| 70. ¿Le gustaría que la gente tuviera miedo? | SI | NO |
| 71. ¿Se siente algunas veces lleno de energía y otras perezoso y desanimado? | SI | NO |
| 72. ¿Deja a veces para mañana lo que pueda hacer hoy? | SI | NO |
| 73. ¿Piensan otras personas que usted es una gente "llena de vida"? | SI | NO |
| 74. ¿Le cuentan a usted muchas mentiras? | SI | NO |
| 75. ¿Es usted muy susceptible para ciertas cosas? | SI | NO |
| 76. ¿Esta siempre dispuesto a admitir sus errores? | SI | NO |
| 77. ¿Sentiría compasión si viera a un animal atrapado en una trampa? | SI | NO |
| 78. ¿Le ha molestado llenar este cuestionario? | SI | NO |

ASEGURESE DE QUE HA CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS.