

11241
23
30

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

DIVISIÓN DE ESTUDIOS SUPERIORES

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA MÉDICA Y SALUD MENTAL

SECRETARÍA DE SALUD

" FRAY BERNARDINO ALVAREZ "

***RASGOS DE PERSONALIDAD Y CARACTERÍSTICAS DE AFRONTAMIENTO
EN LA EVOLUCIÓN DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II.***

***TESINA DE POSTGRADO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
PSIQUIATRÍA QUE PRESENTA LA:***

DRA. ROSA MATEHUALA BÁRCENAS

MÉXICO, D.F. 1995.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1996



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

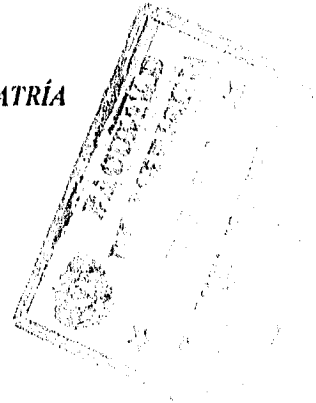
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

ASESOR CLÍNICO:

DR. JORGE A. REÑA ORTEGA

**JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA
HOSPITAL GENERAL
MANUEL GEA GONZÁLEZ**



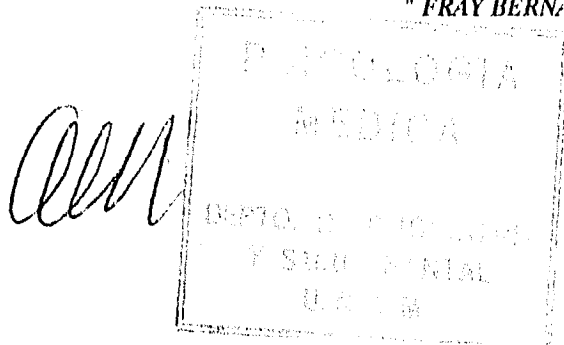
ASESOR METODOLÓGICO:

DR. HECTOR ALEJANDRO ORTEGA SOTO

**MÉDICO ADSCRITO
INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRÍA**

DRA. ROSA MATEHUALA BÁRCENAS

**MEDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
" FRAY BERNARDINO ALVAREZ "**



INDICE

<i>ÍNDICE</i>	1
<i>ANTECEDENTES</i>	2
<i>MARCO DE REFERENCIA</i>	5
<i>JUSTIFICACIÓN</i>	8
<i>OBJETIVO</i>	8
<i>HIPÓTESIS</i>	8
<i>DISEÑO</i>	8
<i>MATERIAL Y MÉTODOS</i>	8
<i>PARÁMETROS DE MEDICIÓN</i>	9
<i>RESULTADOS</i>	12
<i>Tablas de Resultados</i>	13
<i>DISCUSIÓN Y ANÁLISIS</i>	16
<i>CONCLUSIONES</i>	16
<i>BIBLIOGRAFÍA</i>	19

ANTECEDENTES.

Diversos factores psiquiátricos juegan un papel importante en las complicaciones de la Diabetes Mellitus Tipo II (DMTII) en el adulto la ansiedad, la depresión, las interacciones familiares, las características de personalidad y los estresores ambientales pueden facilitar o impedir un apropiado seguimiento de régimen terapéutico para tal enfermedad.

Cómo hace frente cada persona a una enfermedad es resultado de la naturaleza del problema, así como de los recursos mentales, emocionales físicos y sociales de que este dispone para el proceso.

"Hacer frente", se define como una conducta de resolución a problemas que tiene como fin proporcionar alivio, recompensa, tranquilidad y equilibrio.

El psiquiatra de enlace evalúa la magnitud de la enfermedad física y como interfiere en la conducta de la vida del paciente, comprobando cómo los aspectos psicosociales que dificultan el curso de la enfermedad y de la recuperación; esto se logra conociendo, que problemas psicosociales tienen prioridad, que síntomas físicos son los más molestos, y qué relaciones interpersonales apoyan o mina el hecho de hacer frente a la enfermedad. De acuerdo a la respuesta de afrontamiento, los individuos se pueden clasificar como buenos afrontadores ó malos.

Buenos afrontadores.

Los que afrontan bien la enfermedad pueden ser considerados como individuos con una habilidad especial o con rasgos personales que les capacitan, para dominar las dificultades.

¿Qué es lo que caracteriza a los que afrontan bien la enfermedad? 1-Son optimistas en cuanto a como dominar los problemas inmediatos, incluso de preveer una solución ideal o remota, 2-Son prácticos para dominar los problemas, mantienen un alto nivel moral. 3- Sus normas consisten en no quedarse perplejos sí fallan sus métodos . 4.- Se enfrentan mejor a la enfermedad pues permanecen

atentos a las consecuencias. 5- Son flexibles a las sugerencias sin perder la capacidad crítica de decir la última palabra en las decisiones. 6- Son tranquilos y evitan cualquier extremo emocional que pueda alterar el juicio.

Los que afrontan bien la enfermedad no pretenden tener conocimiento que no poseen y por consiguiente se sienten cómodos dirigiéndose a los expertos en los cuales confían.

Malos afrontadores.

Los que no pueden hacer frente a la enfermedad, son los que tienen más problemas en las dificultades inusuales, intensas o inesperadas, debido a los rasgos siguientes: 1- Suelen ser autoexigentes, rígidos e inflexibles reacios a hacer compromiso o pedir ayuda. 2- Dejan poco espacio para la tolerancia. 3- Pueden presentar un comportamiento inesperado o ser muy "sugestionables" con asuntos engañosos y de poco fundamento. 4- Presentan negación elaborada y la capacidad de enfocar los problemas sobresalientes. 5- Les resulta difícil sopesar las alternativas factibles, pueden ser más pasivos de lo normal, no logran iniciar la acción en su propio beneficio. 6- En ocasiones, la inflexibilidad desaparece y se someten a sí mismos a juicios impulsivos o a conducta atípica que no consigue ser efectiva.

En el contexto Médico:

Hacer frente se refiere, cómo un paciente responde y maneja los problemas dentro del complejo de factores relacionados con la patología, la enfermedad, y la vulnerabilidad.

La patología: Es la razón categorica de estar doliente y encontrarse en dificultades para hacer frente a aquella.

La enfermedad: Es el estilo individual de enfermar y su proceso.

La vulnerabilidad: Es la tendencia a estar alterado y desarrollar extremos emocionales durante el intento de hacer frente a la enfermedad.

La discrepancia entre las culturas, que a veces separa al personal profesional de los pacientes, no es solo un ejemplo de los diferentes códigos sociales en acción sino puede generar también problemas psicosociales específicos, a los que ambos deben hacer frente.

La enfermedad de larga evolución tiene sus problemas psicosociales especiales, que merecen valoración e intervención, ya que la capacidad para enfrentarse a la enfermedad suele estar alterada en esta situación. Las enfermedades crónicas evocan asuntos existenciales tales como la muerte, la incapacidad, baja autoestima propia, dependencia, alienación, entre otras.

Estar enfermo es, por supuesto, más fácil para algunos pacientes que para otros y para ciertos pacientes es preferible enfermar que permanecer en el mundo exterior. Hay demasiada ansiedad, miedo al fracaso, incapacidad, timidez patológica, esperanza, frustración e hipocondría como para llevar a cabo una lucha. Tales pacientes prosperan en una atmósfera de queja, e incluso culpan a sus médicos. Sus demandas se exceden con mucho de lo que se les puede proporcionar.

Hacer frente a la enfermedad y apoyo social:

Cada paciente necesita, o al menos se merece, una cierta cantidad de apoyo, sustenta, seguridad y autoestimación. Nadie va muy lejos ni se siente muy bien durante mucho tiempo sin recurrir, a alguien importante o a algo que se considera valiosa, y que servirá de soporte en los esfuerzos para encararse con la enfermedad. Los pacientes que dan muestra de recuperación necesitan, simplemente, más apoyo, sostén, seguridad y autoestimación.

El psiquiatra puede ayudar identificando los puntos potenciales de la presión, donde pueden sugerir dificultades, dichos puntos son:

*1-Salud y bienestar. 2-Responsabilidad familiar.3- Roles maritales y sexuales
4-Fuentes de trabajo y dinero. 5- Expectativas y aprobación de la comunidad. 6-
Exigencias religiosas y culturales. 7- Autoimagen y sentido de inadecuación.
Asuntos existenciales.(1)*

Marco de referencia.

Se reconocen actualmente que la conducta humana y sus determinantes sociales son variables críticas para entender la etiología, tratamiento y evolución y prevención de ciertas complicaciones.

En este trabajo se evaluarán las características de personalidad de afrontamiento y de personalidad en pacientes con DMTH.

Rishun Sinzato en 1985. Realizaron estudios en relación entre personalidad y desarrollo de retinopatía en pacientes con Diabetes Mellitus. Se estudió un grupo de pacientes con diabetes severa y un grupo de pacientes sin complicaciones, Aplicando pruebas psicológicas, entrevistas para evaluar personalidad, de Yatabe-Guilford Personality Test. (YG) y el inventario de rasgos de personalidad de Spilbergers.

Encontraron que el en grupo severo la característica de afrontamiento fué de descuido en el tratamiento médico y la dieta por largo tiempo, los cuales desarrollaron retinopatía y otras complicaciones. (2)

Patrick J. Lustman en 1991. En 139 pacientes, 84 eran Diabéticos Insulino-dependientes y 55 eran Diabéticos no insulino-dependientes, la interrelación de la personalidad, trastornos de personalidad y los grados variables de control de la Diabetes Mellitus, se usó el cuestionario de personalidad tridimensional (TPQ) para determinar personalidad y para valorar el control de la glucemia, la cual se realizó con la hemoglobina glicosilada (gHb) encontrándose que los que tenían rasgos de personalidad extremos podrían tener un control de glucosa más pobre, que aquellos en que no se reconocieron anomalías de personalidad. (3)

Marrk F. Peyrot en 1992. En su trabajo con 189 pacientes observó que el estrés psicosocial crónico se ha relacionado con un deterioro en el control metabólico en adultos y niños con Diabetes Mellitus. En este análisis, los elevados niveles de estrés resultan en altas cifras de glucemia aquellos en quienes no se enfrentan de manera afectiva al estrés, en tanto que el control de glucemia de aquellos que se enfrentan de una manera más adecuada al estrés no es afectada. Estos autores encontraron 6 estilos de afrontamiento (estoicismo, negación, pragmatismo, cólera, impaciencia y ansiedad) El pragmatismo mostró el grado más pequeño de amortiguación al estrés.

Por otro lado se ha demostrado que las características de personalidad pueden afectar el control glucémico en forma diferente, de acuerdo al grado de reacción a la presencia del estrés. El cual podrá mediante dos vías. 1- Fisiológicamente (estimulando la liberación de hormonas contrarreguladoras) 2- Vía conductual (Mediante la ruptura de regímenes de autocuidado). (4)

Christine L. Evans en 1987. Estudiaron a un grupo de 38 familias de niños y adolescentes de 10-17 años. Este estudio sugiere una posible interrelación entre un control de glucemia moderado y salud psicológica y también presenta un hallazgo paradójico de que los niños con buen control de glucemia son los menos sanos psicológicamente. Se sugiere además que existen dos vías de alcanzar un buen control de la glucemia, ya sea en relación al niño por sí mismo, o mediante su familia. Un importante factor involucrado en este proceso es el funcionamiento familiar. (5)

Jhonson SB, concluyó tras una revisión de la literatura que existen pocos hallazgos constituyentes, pero la mayoría de los estudios han sugerido que la pobre adaptación psicosocial del individuo y la familia se asocia con mayor frecuencia, al pobre control diabético, pero los problemas podrían ser el resultado, en lugar de ser la causa de ella, sugiere una compleja interrelación entre el conocimiento acerca de la enfermedad, el régimen terapéutico, la salud psicosocial y familiar. (6)

Brian Stabler, PHD, Richard S. En 1987, estudiaron a un grupo de niños y adolescentes entre 8-16 años con DMID. para observar la interrelación entre el patrón de conducta tipo A el cual está relacionado a una hiperreactividad autonómica y la respuesta glucémica al estrés. La evaluación de la glicemia se realizó con hemoglobina glicosilada (gHb) mediante cromatografía. En un período de 6 a 8 semanas siguientes al primer día de evaluación. La (gHb) media en no diabéticos fue de 6.4 +/- 0.2%, la media en diabéticos fue de 12.5 +/- 0.5%.

La presencia de conducta tipo A ó B fue determinada mediante la Prueba de Salud Juvenil de Matheews (PPSJM) la cual identifica confiablemente el logro competitivo de oposición, impaciencia, y agresión-hostilidad, las características más evidentes del patrón de conducta tipo A. (7)

Sus hallazgos fueron que los pacientes con DMID muestran una marcada respuesta de hiperglucemia a la tensión psicológica. Aquellos con conducta tipo A mostraron un incremento en la glicemia, la cual no fué vista en pacientes tipo B. Esta variabilidad es claramente debida a una respuesta diferencial al estrés per-se, ya que no existió diferencia entre sujetos tipo A y B, en la respuesta postprandial a las 1, 2, y 3 horas a su alimento estándar cuando el estrés ó tensión no estuvo presente.

O. Ryden, L. Nevander. En 1990 Investigaron los factores asociados con el buen control metabólico de niños y adolescentes, entre 8-18 años y a sus padres.

Se realizaron pruebas para evaluar, dependencia independencia e impulsividad. Se realizó con 2 grupos; Un grupo con control metabólico y uno con descontrol.

En conclusión encontraron que los niños con pobre control metabólico y pobre adaptación, son significativamente más impulsivos y tienen menos capacidad para adaptarse a las circunstancias, que los niños con buen control. Similares diferencias fueron encontradas entre los 2 grupos de padres. (8)

Feldman y Reversion en sus 4 estudios llevados a cabo en recientes enfermedades como hipertensión, artritis, y cáncer evaluaron el rol del afrontamiento en la explicación de la adaptación, así como los dos tipos de afrontamiento. (9)

Kemmer y cols. Evaluaron los efectos del estrés agudo sobre el control metabólico de glucosa (10)(11) realizándolo con 18 pacientes y 3 grupos control de pacientes sanos, normoglicemicos. Todos fueron sometidos a estrés, y los sujetos experimentaron incrementos similares en la frecuencia cardíaca, en la presión sanguínea, niveles de epinefrina norepinefrina cardíaca.(12). Concluyeron que ningún tensionante causó cambios significativos en los niveles circulantes de glucosa, cetonas, ácidos grasos libres, glucagón u hormona del crecimiento.(13)

Planteamiento del problema.

¿Influyen los rasgos de personalidad y tipos de afrontamiento en la evolución de la Diabetes Mellitus Tipo II?

Justificación.

Al conocer la influencia del comportamiento de la personalidad y los tipos de afrontamiento en la evolución de la Diabetes Tipo II , Facilitaría el mejor apego al tratamiento , esperando una disminución en las complicaciones.

Objetivo.

Conocer la asociación de las características de afrontamiento y personalidad en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II y su evolución.

Hipótesis.

Sí las características de afrontamiento y personalidad influyen en la evolución de la Diabetes Mellitus tipo II ,entonces éstas serán distintas entre el grupo con control y el grupo con descontrol metabólico.

Diseño. *Comparativo (Casos y controles)*

Participación. *Observacional.*

Tiempo. *Prospectivo.*

Período. *Transversal.*

Material y método.

Los pacientes en estudio fueron captados en la consulta externa del Hospital General Manuel GEA González. Diabéticos tipo II de ambos sexos de 18-60 años. Se estudiaron 3 grupos, Un grupo control: Diabéticos que realizan ejercicio, hacen dieta, con control de glucemia, paciente ideal. Dos Grupos problema: Diabético, que no realiza ejercicio, y finalmente los que requieren hospitalización. Fueron asignados al azar de la consulta externa ,del club de diabéticos y pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina.

El tamaño de la muestra fué de 18 pacientes de la consulta externa , 7 hospitalizados y 5 del club de diabéticos.

El estudio fué comparativo: Un grupo con control de glicemia que realiza ejercicio y dieta, y un grupo en descontrol de glicemia y que no realizan ejercicio ni dieta.

Criterios de selección: *Se seleccionaron pacientes Diabéticos tipo II, ambos sexos de 18-60 años que acudieron a la consulta externa; un grupo de pacientes que acude a club ; y pacientes internados, todos ellos, que aceptaron contestar el cuestionario.*

Criterios de exclusión: *Se excluyeron a los pacientes con alteración del estado de alerta y trastorno psiquiátrico mayor, así como quienes no concluyeron los cuestionarios.*

Criterios de eliminación: *Pacientes que fallecieron, quienes se rehusaron a continuar el estudio y los que no concluyeron totalmente los cuestionarios.*

Variables independientes: *Características de personalidad y afrontamiento.*

Parámetros de medición: *Escala de personalidad de Eysenk (CPE) y escala de afrontamiento de Lazarus.*

Se presentan valores promedio y desviación estándar del mismo.

El Cuestionario de Personalidad de Eysenck (CPE) fué estandarizado en Inglaterra en 1975 y a partir de entonces un número considerable de estudios transculturales han establecido su aplicabilidad en otros países. E. (14) (CPE) se adaptó y validó en México en 1988.

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

Las tres dimensiones que mide el instrumento N,P. y E se refieren a conductas normales, no a síntomas, pese a que la terminología usada es básicamente de naturaleza psiquiátrica.

Las escalas también difieren mucho de aquellas que miden patología como el MMPI; por ejemplo, en el caso de la escala de Neuroticismo, esta se refiere a aquellas variables de la personalidad que subyacen a la conducta, las cuales se vuelven patológicas solamente en casos extremos. (15) Se prefiere por lo tanto el uso del término Emocionalidad al de Neuroticismo y el de Dureza al de Psicoticismo.

Los estudios transculturales realizados por Eysenck y colaboradores. Se ha resumido en 3 puntos. En primer lugar establecer que los 4 factores que incluyen el CPE: P, E, N. y L, pueden ser medidos adecuadamente en otros países (16) (17).

Para interpretar estos datos se ha adoptado un criterio arbitrario que consiste en considerar los valores superiores 0.95 como aceptables, y los inferiores 0.97 como virtualmente idénticos. (18)

Las diferencias encontradas en la prueba entre hombres y mujeres son por demás interesantes (19). En el estudio realizado en México se encontró que todos los factores son virtualmente idénticos a aquellos obtenidos en Inglaterra.

El inventario para métodos de afrontamiento originalmente desarrollada por Lazarus, agrupa las respuestas en tres categorías: a) Activo-cognitiva, b) Activo-conductual y c) Evitatoria. El inventario también permite obtener información acerca del foco hacia el cual están dirigidos los mecanismos de afrontamiento, pudiéndose clasificar en dos categorías: una orientada al problemas y la otro orientada hacia las emociones. Se ha encontrado alguna diferencia de género para el foco de los mecanismos de afrontamiento, pero no se han echo intentos por encontrar si estas variaciones corresponden más a características de personalidad que al género per-se. (20)

El afrontamiento abarca estrategias conductivas y conductuales, utilizadas para manejar una situación estresante (orientados al problema) y las concomitantes emociones negativas (orientado a la emoción). (21)

Folkman y Lazarus han demostrado que la gente utiliza ambas formas de encuentros estresantes. (22)

Lazarus describió cuatro formas básicas de Afrontamiento:

- a) Estrategias instrumentales, o dirigidas a la acción ; éstas son dirigidas hacia el manejo de la amenaza o del mismo estresor.*
- b) Estrategias intrapsíquicas, son enfocadas principalmente a la regulación o minimización el estrés emocional acompañante.*
- c) Inhibición de acción se refiere a la capacidad para resistirse a tomar acción cuando tal peligro, conflictos con restricciones morales.*
- d) Búsqueda de información, involucra la actividad instrumental de adelantar una base para la acción además de ser una forma de movilización de apoyo que puede mitigar el estrés emocional.*

Modos de afrontamiento dirigidos a la emoción. Un considerable grupo esta constituido por los procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional e incluye estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la tensión selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos.

Otro grupo más pequeño de estrategias cognitivas incluye aquellos dirigidos a aumentar el grado de trastorno emocional; algunos individuos necesitan sentirse verdaderamente mal antes de pasar a sentirse mejor y para sentir consuelo necesitan experimentar primero un trastorno intenso para pasar luego al autorreproche o cualquier otra forma de autocastigo.

Ciertas formas cognitivas de afrontamiento dirigidas a la emoción modifican la forma de vivir la situación, sin cambiar objetivamente.

Modos de afrontamiento dirigidos al problema: Kahn y cols. en (1964) Hablan de 2 grupos principales de estrategias dirigidas al problema: Las que hacen referencia al entorno y las que se refieren al sujeto.

En el primer grupo se encuentran las estrategias dirigidas a modificar las presiones ambientales, los obstáculos, los recursos, los procedimientos etc. En el segundo grupo se incluyen las estrategias encargadas de los cambios motivacionales o cognitivos como la valoración del nivel de aspiraciones, la reducción de la participación del yo.

El inventario para estilos de afrontamiento originado por Lazarus consta de 67 reactivos, con 4 opciones de respuestas.

Este instrumento fué validado en México por Joya, Orteg y Ortiz, trabajo presentado en el Congreso APAL, México, 1994. (23).

Resultados.

Se estudiaron a 30 pacientes de la consulta externa del hospital General Manuel Gea. González, 7 pacientes internados y 5 pacientes del club de diabéticos.

Se aplicaron escalas de Personalidad y afrontamiento.

Los pacientes de consulta externa fueron 14 mujeres y 4 hombres con una edad promedio de 53.7+/-8, escolaridad primaria, número de hijos 4.2+/-2.6, estado civil casados y solteros 11/7, en la escala de personalidad se encontró en psicoticismo de 4.2+/-2.3, Neuroticismo de 12.3+/-3.2, extroversión de 11.7+/-4, Deseabilidad Social 14+/-3.5. En la escala de afrontamiento en factores (1 y 2 que valoran emoción) Factor 1 (emoción acción) F1=19+/-5 factor 2 (negación) F2=5+/-3 y (factores 3 y 4 que valoran acción dirigida al problema.) F3 (acción análisis) F3=5+/-2 F4 (acción desición) F4=5+/-2 F5 (emoción apoyo) F5=5+/-2 F6 (acción pasiva) F6=6+/-2.

En el grupo de pacientes internados de los cuales fueron 7 se encontró 4 del sexo femenino 3 del sexo masculino, promedio de edad de 44.8+/-5, escolaridad de primaria número de hijos de 4.5+/-1.9 estado civil 3 caos y 2 separados. En la Escalas de personalidad encontramos en Psicoticismo 4.2+/-1.7 Neuroticismo 14.6+/-1.5, Extroversión 14.2+/-6, siendo los valores más altos de los tres grupos, Deseabilidad social 11.5+/-4.3 en la escala de Afrontamiento en F1=24+/-5, F2=6+/-2, F3=6+/-2, F4=7+/-3.7, F5=6+/-1.4, F6=5+/-3.

En el club de diabéticos se encontró 4 mujeres y un hombre con promedio de edad de 50+/-8, escolaridad primaria, número de hijos 2.4+/-0.8, estado civil 3 casados y 2 separados. En la escala de personalidad se encontró en Psicoticismo 3.4+/-1.8, Neuroticismo 14.2+/-1.9, Extroversión 11.4+/-6.5, Deseabilidad social 13.4+/-4.4. En la escala de Afrontamiento se encontraron en F1=22+/-5.5, F2=5+/-1.7, F3=5+/-1.7, F4=6+/-3, F5=6+/-0.8, F6=7+/-1.4.

Tabla 1. Características demográficas de los miembros de la muestra.

grupo	Sexo F/M *	Edad	Escolaridad.	Núm. de hijos.	Edo. civil c/s**
Consulta Ext.	14/4	53.7+/-8	prim.	4.2+/-2.6	11/7
Internados.	4/3	44.8+/-5	prim.	4.5+/-1.9	4/2
Club Diabet.	4/1	50+/-8	prim.	2.4+/-0.8	3/2

n= 30 (18 pacientes de Consulta Externa, 7 pacientes internados, 5 de club de Diabéticos.)

* Femenino/Masculino

** Casado/Soltero

*Tabla 11. Datos de la escala de Eysenck.
Características de Personalidad.*

<i>Grupo.</i>	<i>Psicotisismo.</i>	<i>Neurotisismo.</i>	<i>Extroversión</i>	<i>Deseabilidad social.</i>
<i>Consulta Ext.</i>	<i>4.2+/-2.3</i>	<i>12.3+/-3.2</i>	<i>11.7+/-4</i>	<i>14+/-3.5</i>
<i>Internados.</i>	<i>4.2+/-1.7</i>	<i>14.6+/-1.5</i>	<i>14.2+/-6</i>	<i>11.5+/-4.3</i>
<i>Club de diab.</i>	<i>3.4+/-1.8</i>	<i>14.2+/-1.9</i>	<i>11.4+/-6.5</i>	<i>13.8+/-4.4</i>

n=30 (18 pacientes Hospitalizados, 7 pacientes Internados, 5 pacientes, Club. Diabéticos.)

Tabla 111. Datos de la escala de Afrontamiento de Lazarus.

Grupo	Factor 1.	Factor 2.	Factor 3.	Factor 4.	Factor 5.	Factor 6.
Consulta Ext.	19+/-5	5+/-3	5+/-2	5+/-2	5+/-2	6+/-2
Internados.	24+/-5	6+/-2	6+/-2	7+/-3	6+/-1.4	5+/-3
Club diab.	22+/-5.5	5+/-2	5+/-1.7	6+/-3	6+/-0.8	7+/-1.4

n=30 (18 pacientes Consulta Externa, 7 pacientes Internados, 5 pacientes club de Diabéticos.)

Factores hacia la emoción: F1, F2.

Factores hacia la acción al problema: F4, F5.

Factor de minimización: F3

Factor Emoción y Acción al problema: F6.

Discusión y Análisis.

A pesar de haber tenido una muestra muy pequeña $n=30$ la validez del estudio esta dada por proporcionalidad de los pacientes que pudieron ser incluidos en cada muestra.

Uno de los factores que influyo determinadamente en el tamaño de la muestra fué la alta proporción de personas con analfabetismo, los cuales no eran aptos para contestar los cuestionarios, a esto se suman los pacientes que tenían problemas de Retinopatía Diabética, todo esto redundo en la relativamente baja disponibilidad de los sujetos para ser incluidos dentro del estudio.

Sin embargo tanto el analfabetismo como la ceguera secundaria a la Retinopatía pudieran ser aspectos que influyeran en las complicaciones de la enfermedad. Esto pudiera ser la causa de no seguir adecuadamente las indicaciones médicas escritas.

En cuanto a la muestra llama la atención que el mayor porcentaje de pacientes son del sexo femenino, de las 3 muestras estudiadas, siendo la diferencia de edad menor en pacientes internados, más jóvenes que el resto de la muestra, lo cual podría deberse a descuidos en el seguimiento del tratamiento.

Conclusiones.

La población de pacientes Diabéticos tipo 11 que acude al Hospital General Manuel Gea González, tiene una alta proporción de sujetos analfabetas 50%, además de una alta proporción de pacientes con Ceguera por Retinopatía 35%. Por esto, solamente pudimos ser incluidos un 15% de los pacientes.

Los pacientes Diabéticos internados por descompensación metabólica, tuvieron puntajes más altos en Psicoticismo comparado en el resto de la muestra, aunque esto no es significativo, en Neuroticismo obtuvieron los puntajes más altos, lo cual indica que son personas típicamente emocionales, mal humoradas y preocuponas irritables, nerviosas aprehensivas, tensas y depresivas.

Reaccionan con gran intensidad a todo tipo de estímulos y se les dificulta

recobrar la serenidad después de que han experimentado una reacción emocional.

En Extraversión también presentaron puntajes altos, lo cual indica que son personas extrovertidas y sociales, les gustan las fiestas, tienen muchos amigos, necesitan contar con gente a quien hablar, y no les gusta leer ni estudiar solos. Necesitan emociones y a veces se arriesgan en extremo, actúan según el ánimo del momento y son generalmente individuos impulsivos.

Estos pacientes obtuvieron los más bajos puntajes en Deseabilidad social que es la forma de medir la intención de falsificar las respuestas.

Los tres grupos estudiados obtuvieron puntajes altos en las escalas de Neuriticismo y Extraversión.

En la escala de afrontamiento: Los factores 1 y 2 dirigidos a la emoción los paciente internados fueron los más altos,, así mismo como en los factores 3 y 4 dirigidos a la acción del problema, en Minimización y Emoción Acción fueron los más bajos.

Folkman y Lazarus han encontrado que el estrés relacionados con la enfermedad condiona, en contraste con otros estresantes como el trabajo o la familia (20)

En estudios realizados por Rishun y Sinsato encontraron que los pacientes con características de personalidad severa tenían más complicaciones en la enfermedad. (2).

Patrick J. Lustman. encontraron resultados similares.

Mark y Peyrot en su estudio realizado observaron que los pacientes que no enfrentan de manera efectiva el estrés tenían niveles altos de glicemia. (3).

Tenemos pues una población con super-rasgos como forma de ser y no como una patología.

Un rasgo difiere de un mecanismo de afrontamiento, principalmente en el grado, ya que el rasgo presenta formas amplias y muy generalizadas de referirse a los individuos. El afrontamiento implica estrategias cognitivas, procesadas que

requieren de esfuerzo y que tiene el objetivo de reducir la tensión, son más particulares y su falla significa desequilibrio. (20).

En nuestro estudio encontramos que los pacientes tienen características de personalidad de neuroticismo y Extraversión. En afrontamiento es más hacia la emoción y hacia la acción del problema lo cual podría tener una similitud con los estudios realizados. En la escala de personalidad como en la de afrontamiento los puntajes obtenidos son hacia la emoción.

BIBLIOGRAFÍA.

1. *Hospital General de Massachusetts Psiquiatría de enlace en el Hospital General. 1994 3ª Ed. Madrid España.*
2. *Rishun S. Osamv F. Coping Behaviors of Severe Diabetics Psychother. Psychosom. 1985; 43: 219-226.*
3. *Patrick J. Lustman, PHD. Relationship of Personality Characteristics to Glucose Regulation. Psychosomatic Medicine 1991; 53: 305-312.*
4. *Mark F. Peyrot, PHD. Stress Buffering and Glycemic Control. Diabetes Care. 1992; 15(7): 842-846.*
5. *Christine L. Evans. The relationship Between Diabetic Control an individual an Family Characteristics. Journal of Psychosomatic Research. 1987; 31(3): 367-374.*
6. *Johnson SB. Psychosocial factores in juvenil diabetes a review. J Behav Med 1980; 3(1): 95-116.*
7. *Brian S., PHD, Richard S. S. PHD. Type A Behavior Pattern and Glucose Control in Diabetic Children. Psychosomatic Medicine. 1987; 49(3): 313-3-16.*
8. *Ryden O, Nevaider L. Diabetic Children and Their Parents: Personality Correlates of Metabolic Control. Acta Paediatr Scand. 1990; 99: 1204-1212.*
9. *Felton B. J., Revensen T. A. Coping with Chronic Illnes: A study of illnes controlability and the influence of coping strategies on psicological adjustment. Journal of Consult. and Clin Psychology 1984; 52(3): 343-353.*
10. *Helz J W, Templeton B Evidence of the role of psychosocial factores in diabetes Mellitus: a review AmJ Psychiatry 1990; 147: 1275-1282.*
11. *Kemmer FW, Bisping R, Steingruber HJ, et al: Psychological stress and metabolic control in patients with type I diabetes mellitus. N Engl J Med 1986; 314: 1076-1084.*
12. *Goetsch VL: Stress and blood glucose in diabetes mellitus: a review an methodologica commentary. Annals of Behavioral Medicine 1989; 11: 102-107.*

14. Barrett P, Eysenck JBG: *The assesment of personality factor across 25 countries. Personality and individual Differences* 1984; 5(6): 615-632.
15. Eysenck HJ, Eysenck BG *Manual of the Eysenck Personality Questionarie. Hodder E. Stoughton Educational, 1975*
16. Eysenck SBG: *One approach to cross-cultural studies of personality. Australian Journal of Psychology,* 1983; 35(3): 381-391.
17. Eysenck SBG, Porrata JL: *A cross-cultural study of personality: Puerto Rico England. Revista Latinoamericana de Psicología,* 1984; 16(3): 355-372.
18. Eysenck J. Eysenck S B G: *Recent advances in the croos-cultural study of personality. En advances in Personality Assess ment, spilberg C.D. y Butcher JN. (Eds.) Erbaum, Hillsdale, N.S. 1982.*
19. Sybil B.G. Eysenck. *Un estudio transcultural de la personalidad en adultos mexicanos e ingleses. Salud Mental* 1989; 12(3): 14-20.
20. Lazarus R.S., Folkman S. *Estrés y Procesos Cognitivos. 1991. ED. Barcelona España Ed. Roca.*
21. Folkman S., Lazarus R.S. *An Analysis of coping in middle aged community sample. J. Healt and Soc Behavior.* 1980; 21; 219-239.
22. Folkman S., Lazarus R.S. *Appraisal, Coping, Healt status, and Psychological syntoms. J. of Personality an Soc. Psychol.* 1986; 50(3); 571-579.
23. Joya L.L., Ortega P.R., Ortiz T. R.: *Validación de un Instrumento para medir estilos de Afrontamiento. Resumen del XVIII Congreso de la Asociaciónn Psiquiatrica de América Latina. México 1994.*

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Consiento en participar con el estudio para valorar los estilos de afrontamiento y características de personalidad relacionados, con la evolución de la Diabetes Mellitus tipo II y sus complicaciones.

Se me ha informado de los riesgos y beneficios, así como del carácter voluntario de mi retiro en caso de no aceptar.

Mi atención en el Hospital General Manuel GEA. González no se verá afectada de ninguna forma, también es de mi consentimiento que la información que proporcione será estrictamente confidencial y para uso exclusivo de los fines de investigación, por lo que de aceptar participar, anexo mi firma y nombre.

Nombre y firma

Nombre y firma del familiar

Nombre y firma del Médico tratante.

México, D.F., a----- de -----de 1995

MÉTODOS DE AFRONTAMIENTO (Revisado)

Lea por favor cada uno de los ítems que se indican a continuación y rodee con un círculo la categoría que exprese en qué medida actuó como describe cada uno de ellos.

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

13.-	Seguí adelante como si no hubiera pasado nada.	0	1	2	3
14.-	Intenté guardar para mí mis sentimientos.	0	1	2	3
15.-	Busque algún resquicio de esperanza, por así decirlo, intente mirar las cosas por su lado.	0	1	2	3
16.-	Dormí más de lo habitual en mí.	0	1	2	3
17.-	Manifesté mi enojo a la(s) persona(s) responsable(s). del problema.	0	1	2	3
18.-	Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona.	0	1	2	3
19.-	Me dije a mí mismo cosas que me hicieron sentir me mejor.	0	1	2	3
20.-	Me sentí inspirado para hacer algo creativo.	0	1	2	3
21.-	Intenté olvidarme de todo.	0	1	2	3
22.-	Busqué la ayuda de un profesional.	0	1	2	3
23.-	Cambié, maduré como persona.	0	1	2	3
24.-	Esperé a ver lo que pasaba antes de hacer nada.	0	1	2	3
25.-	Me disculpe o hice algo para compensar.	0	1	2	3
26.-	Desarrollé un plan de acción y lo seguí.	0	1	2	3
27.-	Acepté la segunda posibilidad mejor después de la que yo quería.	0	1	2	3
28.-	De algún modo expresé mis sentimientos.	0	1	2	3

29.-	Me di cuenta de que yo fui la causa del problema.	0	1	2	3
30.-	Salí de la experiencia mejor de lo que entré.	0	1	2	3
31.-	Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema.	0	1	2	3
32.-	Me aleje del problema por un tiempo; intenté descansar o tomarme unas vacaciones.	0	1	2	3
33.-	Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando tomando drogas o medicamentos, etc.	0	1	2	3
34.-	Tomé una decisión importante o hice algo muy arriesgado.	0	1	2	3
35.-	Intenté no actuar demasiado deprisa o dejarme llevar por el primer impulso.	0	1	2	3
36.-	Tuve fé en algo nuevo.	0	1	2	3
37.-	Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara.	0	1	2	3
38.-	Redescubrí lo que es importante en la vida.	0	1	2	3
39.-	Cambié algo para que las cosas fueran bien.	0	1	2	3
40.-	Evité estar con la gente en general.	0	1	2	3
41.-	No permití que me venciera; rehusé pensar en el problema mucho tiempo.	0	1	2	3
42.-	Pregunté a un pariente o amigo y respeté su consejo.	0	1	2	3
43.-	Oculté a los demás lo mal que iban las cosas.	0	1	2	3

44.-	No tomé en serio la situación; me negué a considerarla en serio.	0	1	2	3
45.-	Le conté a alguien cómo me sentía.	0	1	2	3
46.-	Me mantuve firme y pelée por lo que quería.	0	1	2	3
47.-	Me desquité con los demás.	0	1	2	3
48.-	Recurrí a experiencias pasadas; ya me había encontrado antes en una situación similar.	0	1	2	3
49.-	Sabía lo que había que hacer así que redoblé mis esfuerzos, para conseguir que las cosas marcharan bien.	0	1	2	3
50.-	Me negué a creer lo que había ocurrido.	0	1	2	3
51.-	Me prometí a mí mismo que las cosas serían distintas la próxima vez.	0	1	2	3
52.-	Propuse un par de soluciones distintas al problema.	0	1	2	3
53.-	Lo acepté ya que no podía hacer nada al respecto.	0	1	2	3
54.-	Intenté que mis sentimientos no interfirieran demasiado con otras cosas.	0	1	2	3
55.-	Deseé poder cambiar lo que estaba ocurriendo o la forma cómo me sentía.	0	1	2	3
56.-	Cambié algo de mí.	0	1	2	3
57.-	Soñé o me imaginé otro tiempo y otro lugar mejor que el presente.	0	1	2	3
58.-	Deseé que la situación se desvaneciera o terminara de algún modo.	0	1	2	3

59.-	Fantaseé e imaginé el modo en que podrían cambiar las cosas.	0	1	2	3
60.-	Recé.	0	1	2	3
61.-	Me preperé para lo peor.	0	1	2	3
62.-	Repasé mentalmente lo que haría o diría.	0	1	2	3
63.-	Pensé cómo dominaría la situación alguna persona a quién admiro y la tomé como modelo.	0	1	2	3
64.-	Intenté ver las cosas desde el punto de vista de la otra persona.	0	1	2	3
65.-	Me recordé a mi mismo cuánto peor podrían ser las cosas.	0	1	2	3
66.-	Hice jogging u otro ejercicio.	0	1	2	3
67.-	Intenté algo distinto de todo lo anterior. (Por favor, descríballo.)	0	1	2	3

ASEGURESE DE CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS.

CPE Adultos (2ª versión)

SEXO _____ EDAD _____ ESTADO CIVIL _____

OCUPACIÓN _____ ESCOLARIDAD _____

INSTRUCCIONES:

Por favor conteste cada pregunta tachando el "SI" o "NO" según sea su caso. No hay contestaciones 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 entretenimiento ? | SI | NO |
| 2. | ¿ Se detiene a pensar cualquier cosa antes de hacerla ? | SI | NO |
| 3. | ¿ Tiene a menudo altibajos en su estado de ánimo ? | SI | NO |
| 4. | ¿ Se ha atribuido alguna vez el mérito de algo que sabía le correspondía a otra persona ? | SI | NO |
| 5. | ¿ Es usted una persona platicadora ? | SI | NO |
| 6. | ¿ le preocuparía tener deudas ? | SI | NO |
| 7. | ¿ Se siente alguna vez decaído, sin ninguna razón ? | SI | NO |
| 8. | ¿ En alguna ocasión ha tomado más de lo que le correspondía por ambicioso ? | SI | NO |
| 9. | ¿ Se asegura usted todas las noches de que las puertas de su casa estén bien cerradas ? | SI | NO |
| 10. | ¿ Es usted una persona animada ? | SI | NO |
| 11. | ¿ Se entristece mucho si viera sufrir a un niño o a un animal? | SI | NO |
| 12. | ¿ Se preocupa a menudo por cosas que no debería haber dicho o hecho ? | SI | NO |
| 13. | ¿ Cuando se compromete a algo. ¿cumple su promesa a pesar de las dificultades que le ocasione ? | SI | NO |
| 14. | ¿ Le gustaría tirarse de un paracaídas ? | SI | NO |
| 15. | Normalmente, ¿ puede usted relajarse y disfrutar de una reunión animada? | SI | NO |

- | | | | |
|-----|--|----|----|
| 16. | ¿ Es usted una persona irritable ? | SI | NO |
| 17. | ¿ Le ha echado alguna vez la culpa a alguien de algo que usted era responsable ? | SI | NO |
| 18. | ¿ Le gusta conocer gente nueva ? | SI | NO |
| 19. | ¿ Cree usted que los seguros son buenos ? | SI | NO |
| 20. | ¿ Se siente fácilmente herido en sus sentimientos ? | SI | NO |
| 21. | ¿ Son buenos y convenientes <u>todos</u> sus hábitos ? | SI | NO |
| 22. | ¿ Tiene usted a mantenerse en segundo plano en reuniones sociales ? | SI | NO |
| 23. | ¿ Tomaría drogas que pudiesen tener efectos extraños o peligros ? | SI | NO |
| 24. | ¿ Se siente a menudo harto ? | SI | NO |
| 25. | ¿ Ha tomado alguna vez algo (aunque sea un alfiler o un botón) que no fuera suyo ? | SI | NO |
| 26. | ¿ Le gusta mucho salir ? | SI | NO |
| 27. | ¿ Le gusta herir a las personas que quiere ? | SI | NO |
| 28. | ¿ Le atormenta a menudo sentimientos de culpa ? | SI | NO |
| 29. | ¿ Habla a veces de cosas de las que usted no sabe nada ? | SI | NO |
| 30. | ¿ Prefiere leer a conocer gente ? | SI | NO |
| 31. | ¿ Tiene enemigos que quieren hacerle daño ? | SI | NO |
| 32. | ¿ Se considera una persona nerviosa ? | SI | NO |
| 33. | ¿ Siempre se disculpa cuando ha sido grosero ? | SI | NO |
| 34. | ¿ Tiene muchos amigos ? | SI | NO |
| 35. | ¿ Le gusta hacer bromas que a veces puedan realmente lastimar a las personas ? | SI | NO |
| 36. | ¿ Se considera una persona que se preocupa demasiado ? | SI | NO |
| 37. | Cuando era niño, ¿ hacía lo que le ordenaban inmediatamente y sin protestar ? | SI | NO |
| 38. | ¿ se considera una persona feliz y con suerte ? | SI | NO |
| 39. | ¿ Le importan mucho los buenos modales y la limpieza ? | SI | NO |

- | | | | |
|-----|---|----|----|
| 40. | ¿ Se preocupa de cosas terribles que puedan suceder ? | SI | NO |
| 41. | ¿ Ha roto o perdido algo que perteneciera a otra persona ? | SI | NO |
| 42. | ¿ Usualmente toma usted la iniciativa de hacer nuevos amigos ? | SI | NO |
| 43. | ¿ Le es fácil comprender lo que siente la gente cuando le cuentan sus problemas ? | SI | NO |
| 44. | ¿ Se considera una persona tensa o " nerviosa " ? | SI | NO |
| 45. | ¿ Tira papeles al suelo cuando no encuentra un basurero a la mano ? | SI | NO |
| 46. | Cuando esta con otras personas, ¿ permanece generalmente callado ? | SI | NO |
| 47. | ¿ Considera que el matrimonio es anticuado y debiera eliminarse ? | SI | NO |
| 48. | ¿ Siente algunas veces lástima por usted mismo ? | SI | NO |
| 49. | ¿ Es usted de los que a veces tiende a presumir ? | SI | NO |
| 50. | ¿ Le resulta fácil animar una fiesta que esté aburrida ? | SI | NO |
| 51. | ¿ Le molestan las personas que manejan con cuidado ? | SI | NO |
| 52. | ¿ Se preocupa por su salud ? | SI | NO |
| 53. | ¿ Ha dicho alguna vez algo malo o desagradable acerca de alguien ? | SI | NO |
| 54. | ¿ Le gusta contar chistes y anécdotas a sus amigos ? | SI | NO |
| 55. | ¿ Le saben igual la mayoría de las cosas ? | SI | NO |
| 56. | ¿ De vez en cuando se siente malhumorado ? | SI | NO |
| 57. | ¿ De niño, fue alguna vez grosero con sus padres ? | SI | NO |
| 58. | ¿ Le gusta estar con gente ? | SI | NO |
| 59. | ¿ Se preocupa mucho si sabe que ha cometido errores en su trabajo ? | SI | NO |
| 60. | ¿ Sufre de insomnio ? | SI | NO |
| 61. | ¿ Se lava siempre las manos antes de comer ? | SI | NO |
| 62. | Cuando la gente le platica, ¿ tiene usted casi siempre lista una respuesta ? | SI | NO |
| 63. | ¿ Le gusta llegar a sus citas con tiempo de sobra ? | SI | NO |
| 64. | ¿ Se ha sentido a menudo desanimado y causado sin ninguna razón ? | SI | NO |
| 65. | ¿ ha hecho alguna vez trampa en un juego ? | SI | NO |

- | | | | |
|-----|--|----|----|
| 66. | ¿ Le gusta hacer cosas en las que tenga que actuar con rapidez ? | SI | NO |
| 67. | ¿ Es (o fue) su madre una buena mujer ? | SI | NO |
| 68. | ¿ Siente a menudo que la vida es aburrida ? | SI | NO |
| 69. | ¿ Se ha aprovechado alguna vez de alguien ? | SI | NO |
| 70. | ¿ Se compromete a menudo con más actividades de las que tiene tiempo ? | SI | NO |
| 71. | ¿ Hay varias personas que tratan de evitarlo ? | SI | NO |
| 72. | ¿ Se preocupa mucho por su apariencia ? | SI | NO |
| 73. | ¿ Es usted siempre cortés, aún con gente grosera ? | SI | NO |
| 74. | ¿ Piensa usted que la gente pierde demasiado tiempo asegurando su futuro con ahorros y seguros ? | SI | NO |
| 75. | ¿ ha deseado alguna vez estar muerto ? | SI | NO |
| 76. | ¿ Dejaría de pagar sus impuestos si supiera que nunca le iban a descubrir ? | SI | NO |
| 77. | ¿ Es usted capaz de poner ambiente en una fiesta ? | SI | NO |
| 78. | ¿ Trata usted de no ser grosero con la gente ? | SI | NO |
| 79. | ¿ Se preocupa demasiado después de una experiencia vergonzosa ? | SI | NO |
| 80. | ¿ Ha insistido alguna vez en salirse con la suya ? | SI | NO |
| 81. | Cuando viaja por autobús, tren o avión ¿ llega a menudo en el último minuto ? | SI | NO |
| 82. | ¿ Sufre usted de los " nervios " ? | SI | NO |
| 83. | ¿ ha dicho alguna vez algo a propósito para ofender a alguien ? | SI | NO |
| 84. | ¿ Odia estar en un grupo en el que se hacen bromas ligeras ? | SI | NO |
| 85. | ¿ Termina fácilmente sus amistades sin que usted tenga la culpa ? | SI | NO |
| 86. | ¿ Se siente a menudo solo ? | SI | NO |
| 87. | ¿ Practica usted siempre lo que predica ? | SI | NO |
| 88. | ¿ Le gusta a veces molestar a los animales ? | SI | NO |
| 89. | ¿ Se ofende fácilmente cuando la gente encuentra errores en usted o en su trabajo ? | SI | NO |
| 90. | Una vida sin peligros, ¿ le parecería muy aburrida ? | SI | NO |

- | | | | |
|------|---|----|----|
| 91. | ¿ Ha llegado alguna vez tarde al trabajo o a una cita ? | SI | NO |
| 92. | ¿ Le gusta que haya mucho bullicio y animación a su alrededor ? | SI | NO |
| 93. | ¿ Le gustaría que la gente le tuviera miedo ? | SI | NO |
| 94. | ¿ Se encuentra algunas veces lleno de energía y otras perezoso y desanimado ? | SI | NO |
| 95. | ¿ Deja a veces para mañana lo que podría hacer hoy ? | SI | NO |
| 96. | ¿ Piensan otras personas que usted es una gente " llena de vida " ? | SI | NO |
| 97. | ¿ Le cuentan a usted muchas mentiras ? | SI | NO |
| 98. | ¿ Es usted muy susceptible para ciertas cosas ? | SI | NO |
| 99. | ¿ Está siempre dispuesto a admitir sus errores ? | SI | NO |
| 100. | ¿ Sentiría compasión si viera a un animal atrapado en una trampa ? | SI | NO |
| 101. | ¿ Le molesta llenar este cuestionario ? | SI | NO |

ASEGÚRESE DE QUE HA CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTA