



## **ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

### **TEMA:**

“PERSONALIDAD Y SU INFLUENCIA EN EL PROCESO DE ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES”

Disertación de Grado previo a la obtención del título de Psicóloga  
Clínica

### **Línea de investigación:**

Desarrollo Humano y Salud Mental

### **Autora:**

JENNY ESTEFANÍA MENA MAYORGA

### **Directora:**

MAG. MARÍA ISABEL RAMOS NOBOA

Ambato – Ecuador

Marzo 2015

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

**SEDE AMBATO**

**HOJA DE APROBACIÓN**

**Tema:**

“PERSONALIDAD Y SU INFLUENCIA EN EL PROCESO DE ADAPTACIÓN  
A LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES”

**Línea de Investigación:**

Desarrollo Humano y Salud Mental

**Autora:**

**JENNY ESTEFANIA MENA MAYORGA**

María Isabel Ramos Noboa, Psic. Mg. f. \_\_\_\_\_  
**CALIFICADORA**

Sandra Elizabeth Santamaría Guisamana, Psic. Mg. f. \_\_\_\_\_  
**CALIFICADORA**

Aitor Larzabal Fernández, Lcdo. Mg. . f. \_\_\_\_\_  
**CALIFICADOR**

Betsy Natalia Ilaja Verdezoto, Lcda. Mg. f. \_\_\_\_\_  
**DIRECTORA DE LA ESCUELA DE  
PSICOLOGÍA**

Hugo Rogelio Altamirano Villarroel. Dr. f. \_\_\_\_\_  
**SECRETARIO GENERAL PUCESA**

Ambato – Ecuador

Marzo 2015

## **DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD Y RESPONSABILIDAD**

Yo Jenny Estefanía Mena Mayorga portadora de la cédula de ciudadanía No. 180494299-1, declaro que los resultados obtenidos en el proyecto de titulación y presentados en el informe final, previo a la obtención de título de Psicóloga Clínica, son absolutamente originales y personales.

En la virtud declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto, y luego de la redacción de este documento son y serán de mi sola y exclusiva responsabilidad legal y académica.

Jenny Estefanía Mena Mayorga

CI. 180494299-1

## **AGREDECIMIENTO**

“Lo que bien empieza, bien termina” (Shakespeare, 1623)

Al finalizar estos cinco años de estudios, que culminan con esta disertación, quisiera darle las gracias a Dios por darme la capacidad para emprender y culminar con cada proyecto que me propongo.

## **DEDICATORIA**

A mis padres, por todo ese amor y sacrificio realizado en todos estos años y a mi hermana Myrian por su paciencia y creer en mí.

## RESUMEN

La personalidad es única y diferente en cada persona, cumpliendo un papel importante en la manera de reaccionar del individuo. Esta investigación determinó, si la personalidad influye en el proceso de adaptación frente a la enfermedad, cuando el paciente es informado de lo que padece, puede reaccionar de una manera negativa frente al diagnóstico emitido, el cual repercute en el tratamiento y la calidad de vida del paciente. El proyecto de desarrollo, partió de un estudio metodológico descriptivo, definiendo la teoría de los rasgos y basado en el modelo cognitivo conductual. Además se utilizó el método clínico, para obtener información mediante historias clínicas y los reactivos aplicados. Esta investigación se realizó con treinta cinco pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo II, que asisten al Club de diabéticos e hipertensos del Cantón Píllaro, en donde se obtuvo que existe una relación significativa entre el rasgo de apertura mental con las estrategias de afrontamiento como la espera y religión, concluyendo que estas estrategias forman parte de la fase de negación del proceso de adaptación. Finalmente se elaboró una guía de intervención primaria para fortalecer el proceso de adaptación frente a la enfermedad mediante el modelo propuesto por A. Ellis para el personal de psicología.

**Palabra clave:** diabetes mellitus tipo II, personalidad, proceso de adaptación

## ABSTRACT

Each person's personality is unique and different, playing an important role in the way that an individual reacts. This research determined if personality influences during the adaptation process with this disease, when a patient is informed of their condition and he may react in a negative way based on the diagnosis, causing an impact on the treatment and the patient's quality of life. This developmental project started with a descriptive- methodological study, defining the traits of the theory based on the behaviorist cognitive model; in addition, the clinical method was used in order to obtain information by means of clinical records and the reactive that were applied. This research was performed on thirty five patients who were diagnosed with diabetes mellitus type II, and who had medical attention at the diabetic and hypertensive Club in Píllaro, where the presence of an important relationship between mental openness traits and coping strategies such as waiting and religion were found, concluding that these strategies are part of the adaptation process of a denial stage. Finally, a primary intervention guide was created to strengthen the illness adaptation process using the model proposed by A. Ellis for psychology personnel.

**Key words:** diabetes mellitus type II, personality, adaptation process.

**TABLA DE CONTENIDO****Preliminares**

Declaración de originalidad y responsabilidad .....	iii
Agredecimiento .....	iv
Dedicatoria .....	v
Resumen .....	vi
Abstract .....	vii
Introducción .....	1
Capítulo I.....	3
Marco teórico .....	3
1.1 Personalidad .....	3
1.1.1 Teoría de los rasgos.....	5
1.1.1.1 Gordon Allport.....	5
1.1.1.2 Raymon Cattell .....	8
1.1.1.3 Hans J. Eysenck .....	10
1.1.1.4 Teoría de los cinco grandes.....	12
1.1.2 Modelo cognitivo conductual.....	17

1.2 Adaptación .....	19
1.2.1 Adaptación ante una enfermedad crónica .....	20
1.2.2 Fases de la adaptación.....	21
1.3 Diabetes mellitus.....	23
Capítulo II .....	27
Metodología .....	27
2.1 Antecedentes .....	27
2.2 Significado del problema .....	29
2.3 Definición del problema.....	30
2.4 Planteamiento del tema .....	30
2.5 Delimitación del tema .....	31
2.6 Objetivos .....	32
2.6.1 Objetivo general.....	32
2.6.2 Objetivos específicos .....	32
2.7 Metodología .....	33
2.7.1 Tipo y diseño de la investigación.....	33
2.7.2 Población.....	33

2.7.3 Procedimiento.....	33
2.7.4 Instrumentos.....	34
2.7.5 Población y muestra.....	35
2.8 Procedimiento metodológico.....	35
Capítulo III.....	36
Análisis de resultados.....	36
3.1 Análisis e interpretación de resultados del cuestionario big five.....	36
3.2 Análisis e interpretación de resultados de la escala modificada de coping... 37	
3.3 Análisis e interpretación del proceso de adaptación.....	39
3.4 Correlación de la personalidad y las estrategias de afrontamiento.....	40
Capítulo IV.....	43
Propuesta.....	43
4.1 Propuesta.....	43
4.1.1 Institución ejecutoria.....	43
4.1.2 Beneficiarios.....	43
4.1.3 Equipo técnico responsable.....	43
4.1.4 Objetivos.....	43

4.1.5 Antecedentes de la propuesta .....	44
4.1.6 Justificación.....	45
4.1.7 Proceso metodológico .....	45
4.1.8 Modelo operativo .....	46
4.1.8.1 Plan de monitoreo y evaluación .....	46
Capítulo V .....	65
Conclusiones y recomendaciones .....	65
5.1 Conclusiones .....	65
5.2 Recomendaciones.....	67
Bibliografía .....	68
Anexos .....	71

## TABLA DE GRÁFICOS

### Gráficos

Gráfico 3.1: Análisis e interpretación de resultados del Cuestionario Big five...	36
Gráfico 3.2: Análisis e interpretación de resultados de la Escala modificada de Coping.....	37
Gráfico 3.3: Análisis e interpretación del proceso de adaptación.....	39

### Tabla

Tabla 1.1: Tipos de temperamento según Hipócrates.....	4
Tabla 1.2: Tipos de rasgos según Allport.....	6
Tabla 1.3: Desarrollo del proprium.....	7
Tabla 1.4: Tipos de rasgos según Cattel.....	9
Tabla 1.5: Desarrollo de la personalidad según Cattel.....	10
Tabla 1.6: Tipos de rasgos según Eysenck.....	12
Tabla 1.7: Rasgos de la personalidad de McCrae y Costa.....	16
Tabla 1.8: Ideas irracionales.....	18
Tabla 1.9: Fases de adaptación.....	22
Tabla 1.10: Tipos de diabetes.....	24
Tabla 3.11: Correlación de la personalidad y las estrategias de afrontamiento...	40

### Ilustración

Ilustración 1.1: Representación del modelo pentafactorial de la personalidad.....	14
---	----

## INTRODUCCIÓN

El presente proyecto pertenece al campo del desarrollo humano y salud mental y se encamina a analizar la relación entre la personalidad y el proceso de adaptación a la enfermedad en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II. Las personas al recibir el diagnóstico sobre lo que padecen sufren un impacto físico y psíquico, el cual afecta las áreas Bio, Psico, Social, Familiar y Personal del paciente, en algunos de los casos la desinformación sobre la enfermedad genera incertidumbre, angustia e ira, la cual va a influir en la calidad de vida. La investigación parte de la existencia de una desadaptación que presenta el paciente frente a la diabetes tipo II, la cual se vio evidenciada en las entrevistas realizadas.

El proyecto contiene cinco capítulos, distribuidos en el siguiente orden: el primer capítulo está el marco teórico, en el cual se sustenta temas de la personalidad, teorías de los rasgos, modelo cognitivo conductual, adaptación a enfermedades crónicas, fases de la adaptación, diabetes, tipos de diabetes.

En el capítulo dos es la metodología ocupada en el desarrollo de la investigación, en donde se describe los antecedentes, el significado y la definición del problema, el planteamiento y la delimitación del tema. Este capítulo contiene los objetivos generales y específicos establecidos para la investigación, el tipo, el diseño e instrumentos y la población con la que se trabajará.

El capítulo tres corresponde al análisis e interpretación de los resultados obtenidos después de la aplicación de los reactivos utilizados, como son: el

Cuestionario Big Five y la Escala de estrategias modificada de Coping. En este apartado también se encuentran datos estadísticos y tabulaciones de los resultados encontrados en la investigación.

En el capítulo cuatro, se encuentra la propuesta que es una guía de intervención primaria, enfocada a resolver la problemática. Por último se presenta la lista de referencias y los anexos que en este caso serían los reactivos aplicados.

# CAPÍTULO I

## MARCO TEÓRICO

### 1.1 Personalidad

La personalidad es única y diferente en cada persona, esta se va construyendo mediante la relación del sujeto con el medio familiar y social, además la personalidad está ligada a la parte genética ya que se transmite, mediante la herencia ciertos componentes que van a formar parte de la personalidad. “La personalidad es el resultado de una serie de factores de orden genético, ambiental, social, relacionados con el aprendizaje y la identificación con las primeras figuras significativas del niño” (Anaya, 2004, p. 214).

La personalidad fue estudiada en la época antigua, en donde se encuentra que: “El termino personalidad procede etimológicamente de la palabra latina *persōna* que se refería a las máscaras que los actores utilizaban en las presentaciones teatrales” (Bermúdez Moreno, García, Caballero, Suárez, & Laffond, 2012, p.27). La personalidad es la máscara que los sujetos usan de acuerdo al entorno en que se encuentran otorgando identidad a los sujetos.

El niño recién nacido tiene características individuales propias que es transmitido por la herencia, pero carece de personalidad, pues no ha tenido contacto con el mundo, la personalidad está influenciada por el ambiente, las relaciones familiares y la herencia (Ramos, 2013). Por ello al nacer la persona es como un libro vacío, sin ningún conocimiento, que mediante el transcurso de la vida va adquiriendo información del medio, las experiencias vividas y el ambiente en el que la persona

interactúa. Además los genes transmitidos de sus progenitores van a influir en el comportamiento, los cuales son fundamentales para la construcción de la personalidad.

A lo largo de la historia se evidencian varias investigaciones sobre la personalidad, tratando de explicar el funcionamiento y su desarrollo. Varios autores han realizado aportes valiosos, los cuales son la base de las teorías de la personalidad que serán detalladas a continuación.

Uno de los primeros en estudiar a la personalidad fue Hipócrates, conocido como el padre de la medicina, que en base a su conocimiento elaboró su teoría. Estableció que: “Las enfermedades eran causadas por un desequilibrio de los fluidos corporales, también llamados humores, los cuales dan origen a cuatro temperamentos diferentes según el tipo de fluido” (González, 2013, p.11). A continuación se muestra una tabla en donde está la clasificación realizada por Hipócrates:

Tabla 1.1: Tipos de temperamentos según Hipócrates

<b>Elementos</b>	<b>Fluidos</b>	<b>Características</b>	<b>Temperamento</b>
Aire	Sangre	Caliente/Húmedo	Sanguíneo
Fuego	Bilis Amarilla	Caliente/Seco	Colérico
Tierra	Bilis Negra	Fría/Seca	Melancólico
Agua	Flema	Fría/Húmeda	Flemático

*Nota: Adaptado de “El temperamento”, por J. Aceves Magdaleno, 2000, Psicología general, p.216.*

Años después la frenología descubrió que áreas específicas del cerebro humano esta asociados con ciertas características de la personalidad y trastornos mentales.

Los rasgos de personalidad estaban relacionados con protuberancias localizadas en ciertas regiones del cerebro (Aiken, 2003). La psiquiatría fue influenciada por la frenología, sin embargo la psicología rechazó dicha teoría, debido a que la mente se desarrolla a lo largo de la vida influenciada por la herencia, los estilos de crianza y el ambiente.

Posteriormente aparecieron las teorías corporales, en donde se postula que la constitución física influye en el comportamiento de la personas (Aiken, 2003). Algunas de estas teorías fueron rechazadas, por no tener una validez científica, la psicología y la medicina parten de estos estudios, tomando como base el aspecto médico de las investigaciones realizadas con la finalidad de estudiar la composición y funcionamiento de la personalidad.

En el siglo XX surge la teoría de los rasgos con tres autores principales, los cuales sustentan su teoría en cálculos matemáticos, concluyendo que los rasgos son patrones constantes que tiene la persona al momento de comportarse, sentir y pensar. Por tanto la presente disertación se centra en esta teoría articulada al modelo cognitivo conductual.

### **1.1.1 Teoría de los rasgos**

#### **1.1.1.1 Gordon Allport**

Gordon Allport nace el 11 de noviembre de 1897 en Estados Unidos. Psicólogo y pedagogo estadounidense, sus estudios los realizó en Harvard, se trasladó a Estambul en donde desempeñó la función de docente, siguió con sus estudios en Alemania y en Inglaterra. Fue becado en Harvard donde se doctoró en psicología

y realizó su tesis dedicada a los rasgos de la personalidad, convirtiéndolo en uno de los primeros teóricos de la personalidad y uno de los fundadores del enfoque humanista (Schultz & Schultz, 2002).

Allport clasifica a los rasgos en comunes e individuales. Los comunes son los que se comparten con las otras personas de una determina cultura y los rasgos individuales son los que tienen cada persona. Dentro de “los rasgos individuales existen tres categorías: los cardinales, los centrales y los secundarios” (Feldman, 1995, p. 403).

Tabla 1.2: Tipos de rasgo según Allport

Tipos	Características
Rasgo cardinal	Es una característica que impulsa la mayor parte de las actividades de una persona
Rasgo central	Constituyen el núcleo de la personalidad de un individuo, tienen menor influencia en la determinación del comportamiento
Rasgo secundario	Son menos llamativos menos generalizados y conscientes.

*Nota: Adaptado de “Teorías de los rasgos de Gordon Allport”, por Pervin, L. & Cervone, 2009, Personalidad Teoría e investigación, p.193.*

Estos tres tipos de rasgos conforman la personalidad de las personas, los cuales son empleados de acuerdo a la situación que se presente. Allport menciona que el comportamiento está influenciado por el proprium. “El propio o proprium, son los conocimientos adquiridos por la experiencia de sí mismo conforme a su estilo de vida” (Lorente, Truffino, & Armentia, 2003, p. 198). El proprium tiene siete funciones que se deben cumplir en una determinada etapa de la vida, al culminar

el sujeto alcanza seguridad emocional, aceptación propia, habilidades centradas en la solución de problemas, una filosofía unificada de la vida, una percepción realista y relaciones orientadas a la dependencia. A continuación se muestra una tabla en donde se presenta el desarrollo de *proprium*.

Tabla 1.3: Desarrollo del *proprium*

Etapa de desarrollo	Característica
Yo corporal	Se presenta en los tres primeros años de existencia. En ellas el niño tiene conciencia de su vida y distingue su cuerpo de los objetos del entorno.
Identidad del sí mismo	El infante comprende que su identidad permanece intacta a pesar de los numerosos cambios que se están registrando
Autoestima	El niño aprende a sentir orgullo por sus logros.
Extensión de sí mismo	Entre el cuarto y el sexto año de vida. El menor se da cuenta de que los objetos y las personas forman parte de su mundo.
Autoimagen	El niño crea una imagen real e idealizada de su persona y de su conducta; sabe que satisface o no las expectativas de sus padres.
El sí mismo	Se presenta entre los seis y los 12 años.  El chico empieza a aplicar la razón y la lógica a la solución de los problemas cotidianos.
Esfuerzo del <i>proprium</i>	Se presenta en la adolescencia. El joven empieza a formular planes y metas de largo plazo.
Edad adulta	El adulto maduro normal desarrolla una autonomía funcional que no depende de los motivos de la niñez. Funciona racionalmente en el presente, creando su propio estilo de vida de forma consciente.

*Nota: Adaptado de "Desarrollo del *proprium*", por Schultz, D., & Schultz, S. E., 2010, Teorías de la personalidad, p.251.*

### 1.1.1.2 Raymon Cattell

Raymon Cattell, nace el 20 de marzo de 1905 en Inglaterra. Cattell desarrolló un método estadístico llamado análisis factorial, el cual sirvió para determinar los tipos de rasgos que presentaban las personas, contribuyendo así a la teoría de los rasgos. “El análisis factorial, es un procedimiento estadístico que se basa en el concepto de correlación, mide la relación entre dos conjuntos de números” (Cloninger, 2002, p. 232). Herramienta que tuvo validez científica a partir de su investigación.

Cattell vio la necesidad de recolectar datos personales de los pacientes, basándose en tres puntos fundamentales: los datos L, datos Q y los datos T, los cuales ayudaran a comprobar los resultados obtenidos (Feist & Feist, 2007).

- Los datos L también llamados datos derivados de la observación, se trata de observar las conductas de la persona en su vida cotidiana.
- Los datos Q o datos derivados los cuales son recogidos mediante cuestionarios y autoevaluación.
- Los datos T que son los test de evaluación

Mediante esta información, se realiza una comparación con la que se terminó los rasgos dominantes y recesivos del comportamiento de la persona.

Tabla 1.4: Tipos de rasgos según Cattell

Valor y consistencia	
Tipos	Características
Rasgos superficiales	Son las conductas que son fáciles de observar.
Rasgos fuente	Se pueden ser descubiertos por análisis factorial.
Aplicación	
Rasgos comunes	Existen en todos las personas.
Rasgos específicos	Propios del individuo.
Origen	
Rasgos constitucionales	Dependen de la herencia.
Rasgos moldeados del ambiente	Dependen del entorno que se encuentre la persona.
Contenido	
Rasgos dinámicos	Motivan a la persona hacia una meta.
Rasgos de habilidad	Determinan la capacidad de alcanzar una meta.
Rasgos de temperamento	Están relacionados con los aspectos emocionales dirigidos a la meta.

*Nota: Adaptado de "Teoría de los rasgos", por Aiken, Lewins. 2003, Test psicológicos y evaluación, p.318.*

Todos los rasgos enunciados por Catell, demuestran que la persona de acuerdo a la situación por la que atraviesa predomina un tipo de rasgo, además se propone

que existen seis etapas para el desarrollo de la personalidad, que inicia desde la infancia hasta vejez, adquiriendo en cada fase ciertas características detalladas a continuación.

Tabla 1.5: Desarrollo de la personalidad según Cattell

Etapa	Edad	Desarrollo
Infancia	0 a 6	Destete: entrenamiento de control de esfínteres; formación del yo, superyó y actitudes sociales.
Niñez	6 a 14	Independencia de los padres e identificación con los compañeros.
Adolescencia	14 a 23	Conflictos acerca de la independencia, la autoafirmación y el sexo.
Madurez	23 a 50	Satisfacción con la carrera, el matrimonio y la familia.
Madurez tardía	50 a 65	Cambios de personalidad en respuesta a los cambios en las circunstancias físicas y sociales.
Vejez	65 en adelante	Ajuste a la pérdida de amigos, carrera y estatus.

*Nota: Adaptado de "Etapas de desarrollo de la personalidad", por Schultz, D., & Schultz, S. E., 2010, Teorías de la personalidad, p.272.*

### 1.1.1.3 Hans J. Eysenck

Hans Jürgen Eysenck nace el 4 de marzo de 1916 en Berlín. Psicólogo conductista, especializado en el estudio de la personalidad, utilizó el análisis factorial para identificar patrones de rasgo, en donde concluyó que la naturaleza de la personalidad se encuentra en tres dimensiones: neuroticismo, psicoticismo y extroversión (Schmidt, Firpo, Vion, Oliván, & Casella, 2010).

Eysenck fue el primer investigador, que utilizó bases biológicas para sustentar las dimensiones propuestas, además de realizar investigaciones sobre la

personalidad en pacientes con cáncer y enfermedades cardiovasculares. Propuso cuatro criterios para la identificación de factores los cuales son:

El primer criterio son las pruebas psicométricas para demostrar la existencia de un factor fiable y reproducible. El segundo es el factor hereditario, correspondiente a un modelo genético establecido, el tercero se basa en el marco de la teoría, recolectar datos coherentes de acuerdo con la teoría y el último criterio explica que para la existencia de un factor se debe tener relevancia social, es decir, demostrar que los factores por métodos matemáticos están en relación (Feist & Feist, 2007). Estos factores ayudan a comprobar y a establecer los rasgos de personalidad de cada individuo.

Eysenck propone tres tipos de rasgos que son: la extraversión, neuroticismo y psicoticismo, los cuales son bipolares, ya que cada uno se encuentra con el opuesto, es decir que la extraversión se encuentra con la introversión, el neuroticismo con la estabilidad y el psicoticismo con el súper ego.

Los extrovertidos presentan en su constitución un nivel de activación cortical bajo, lo cual les hace buscar un nivel de estimulación óptimo y para ello realizan actividades que generen emociones intensas (Pico, 2013). En cuanto a los introvertidos corresponden a un nivel de activación cortical alto, son menos propensos a perder el interés en actividades rutinarias.

El neuroticismo se encuentra en el sistema límbico, el cual está relacionado con el sistema neurovegetativo (Pico, 2013). Las personas que presentan inestabilidad emocional presentan una mayor activación neurovegetativa.

El psicoticismo es una dimensión que no está vinculada a estructuras cerebrales específicas. Expresa un grado de vulnerabilidad inespecífica que predispone a la aparición de diferentes tipos de psicosis (Sinisterra, Palacios, Cruz, & Gantiva, 2009). Personas con un alto nivel en psicoticismo presentan una predisposición al estrés y verse afectado por dolencias psicóticas.

En siguiente tabla se muestra las características de los rasgos de personalidad:

Tabla 1.6: Tipos de rasgos según Eysenck

Extraversión	Neuroticismo	Psicoticismo
Sociable	Ansioso	Agresivo
Animado	Depresivo	Frío
Vivaz	Sentimiento de culpa	Egocéntrico
Activo	Baja autoestima	Impulsivo
Asertivo	Tenso	Antisocial
Búsqueda de sensaciones intensas	Irracional	Creativo
Despreocupado	Tímido	Inflexible
Dominante	Malhumorado	Impersonal
Audaz	Inquieto	Poco empático
	Abatido	
	Variable	
	Sentimental	

*Nota: Adaptado de "Rasgos de las dimensiones de personalidad según Eysenck", por Schultz, D., & Schultz, S. E., 2010, Teorías de la personalidad, p.279.*

#### 1.1.1.4 Teoría de los cinco grandes

En los años setenta y principios de los ochenta Mc Crae y Costa observaban que la los investigadores utilizaban el análisis factorial para estudiar la estructura y la

estabilidad de la personalidad, pero no utilizaban esta información para generar hipótesis comprobables. McCrae y Costa estudiaron dos factores que son: neuroticismo y la extraversión, después apareció el tercer factor al que se denominó apertura a la experiencia, estos dos autores persiguieron el trabajo de Lewis Goldberg, quien uso por primera vez el término cinco grandes en 1981 para describir las conclusiones del análisis factorial sobre los rasgos de la personalidad (Feist & Feist, 2007).

Paul Costa y Roberto McCrae también se basaron en las investigaciones de Cattell y Eysenck, mientras trabajaban en el Centro de Investigaciones Gerontológica del Instituto Nacional de Salud en Baltimore, Maryland, Roberto McCrae y Paul Costa se embarcaron en un programa intensivo de investigación en donde se identificó cinco factores que son: extraversión, neuroticismo, apertura y amabilidad, las cuales poseen un aspecto distintivo a la personalidad (McCrae & Costa, 1985).

McCrae y Costa postulan el modelo pentafactorial, el cual se basa en tres componentes periféricos y tres centrales, los cuales permiten predecir la conducta de la persona. Los componentes periféricos son las tendencias básicas, adaptaciones características y conceptos de uno mismo y los componentes centrales son las bases biológicas, biografía objetiva y las influencias externas.

A continuación se presenta una imagen la cual contiene los componentes periféricos y centrales:

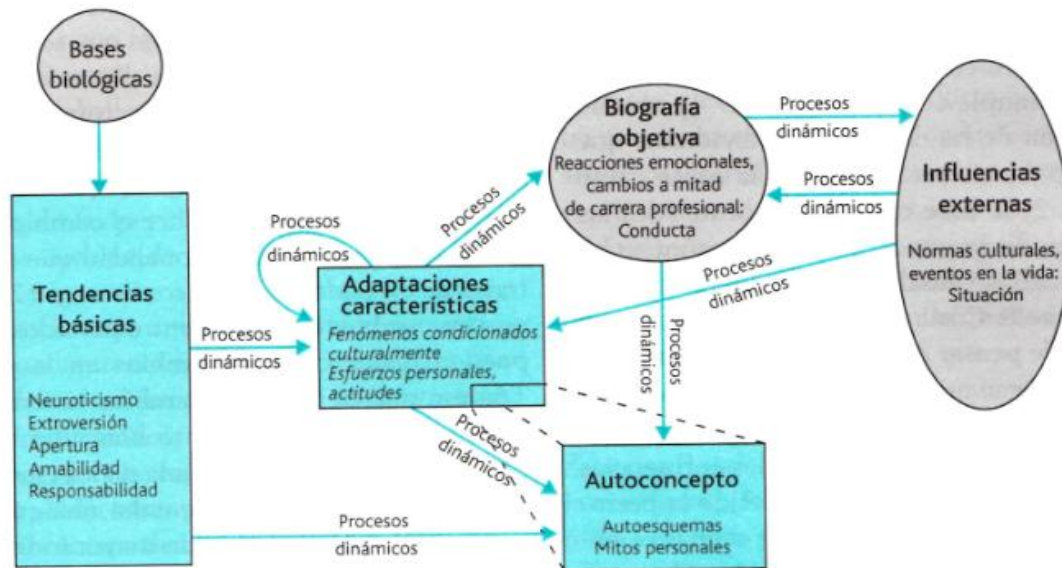


Ilustración 1.1: Representación del modelo pentafactorial de la personalidad

*Nota: Adaptado de "Modelo teórico propuesto de los cinco grandes", por Costa & McCrae, 1999, Personalidad teoría e investigación, p.225.*

Las tendencias básicas, son uno de los componentes fundamentales de la personalidad, están compuestas por los cinco rasgos, habilidades cognitivas, dotes artísticos y orientación sexual. Las bases biológicas como son los genes, hormonas y estructuras cerebrales que influyen sobre los rasgos de la personalidad. Las tendencias básicas ejercen una influencia en las adaptaciones características, las cuales son estructuras adquiridas y modificables que se desarrollan cuando las personas se adaptan a su entorno están afectadas por influencias externas, es decir que todos los conocimientos adquiridos, como el idioma, son adaptaciones características y la inteligencia son tendencias básicas. El autoconcepto son adaptaciones características que están formados por conocimientos, ideas y evaluaciones de uno mismo, siendo estos fundamentales para la formación de la identidad de la persona. La biografía objetiva es el resultado de las adaptaciones características y las influencias externas, es todo lo que la persona hace, piensa o siente a lo largo de su vida, se centra en las experiencias de las personas. Finalmente las influencias externas son las normas

culturales, eventos de la vida o situaciones que atraviesa la persona (Schultz & Schultz, 2002, p. 415).

La conducta está en función de la influencia mutua entre las adaptaciones características y las influencias externas, es decir que son modificables de acuerdo al entorno en que la persona se encuentre. Las tendencias básicas son estables a lo largo de la vida mientras que las adaptaciones características no las son.

En base a la información recolectada McCrae y Costa obtienen los cinco factores que son: neuroticismo, extraversión, apertura a la experiencia, amabilidad y responsabilidad. McCrae y Costa coinciden con Eysenck, en que los rasgos de la personalidad son bipolares y los conceptos de neuroticismo y extraversión utilizados por Eysenck son similares.

La apertura a la experiencia permite distinguir a las personas que buscan experiencias nuevas y en la responsabilidad, se describe a personas ordenadas, ambiciosas, meticulosas y disciplinadas (Feist & Feist, 2007). Las personas con mayores puntuaciones en apertura a la experiencia, tienen desarrollado el pensamiento divergente que está relacionado con la creatividad y las personas con mayor puntuación en responsabilidad, están más motivadas para cumplir sus metas, se consideran trabajadoras.

A continuación se presenta una tabla mencionando las características de acuerdo a los valores de cada uno de los factores:

Tabla 1.7: Rasgos de la personalidad de McCrae y Costa

Factor	Valores altos	Valores bajos
Extraversión	Cariñoso	Reservado
	Sociable	Solitario
	Hablador	Silencioso
	Divertido	Sobrio
	Activo	Pasivo
	Apasionado	Insensible
Neuroticismo	Inquieto	Tranquilo
	Temperamental	Apacible
	Autocompasivo	Satisfecho consigo mismo
	Afectado	Agradable
	Emotivo	Impasibles
	Vulnerable	Fuerte
Apertura	Imaginativos	Prácticos
	Creativos	Pocos creativos
	Originales	Convencionales
	Prefieren la variedad	Prefieren la rutina
	Curiosos	Sin curiosidad
	liberales	Conservadores
	Amables	
Amabilidad	Compasivos	Cruels
	Confiados	Desconfiados
	Generosos	Tacaños
	Complacientes	Hostiles
	Indulgentes	Críticos
	Amables	Irritables
Responsabilidad	Aplicados	Negligentes
	Trabajadores	Perezosos
	Organizados	Desorganizados
	Puntuales	Impuntuales
	Ambiciosos	Sin objetivos
	Perseverantes	Poco perseverantes

*Nota: Adaptado de "El modelo de los cinco factores de la personalidad de Costa y McCrae", por Feist, Jess & Feist, Gregory.2006, Teorías de la personalidad, p.413.*

### **1.1.2 Modelo cognitivo conductual**

El modelo cognitivo conductual, considera que las situaciones son interpretadas por nosotros, esa explicación que se da a lo que ocurrido se manifiesta por nuestros pensamientos, emociones siendo éstos los que impulsan nuestras conductas.

Esta investigación se centrará en la Terapia Racional – Emotiva de Albert Ellis, quien elaboró una teoría sobre la personalidad, basándose en que la conducta inadaptada se deriva de los pensamientos irracionales y erróneos. Estos pensamientos falsos e irracionales, se caracterizan por componentes moralizadores y culpabilizantes, que fueron y son transmitidos por la familia, la sociedad y las instituciones. Los pensamientos irracionales provocan las emociones perturbadoras y desadaptadas que constituyen la neurosis, la sustitución de estos pensamientos por otros que sean racionales, conseguirá eliminar las emociones perturbadoras y las neurosis (Marín, 2006).

La terapia de Ellis se basa en el ABC, siendo A los acontecimientos activadores, B los pensamientos de los sucesos desencadenantes y C que son las conductas provocadas por los pensamientos (Jiménez & Herranz, 1946). Cuando ocurre un acontecimiento, la persona genera pensamientos, desencadenando sentimientos, estos dos factores influirán en la conducta de la persona, siendo importante trabajar en el pensamiento ya que es el pilar fundamental del proceso.

Existen emociones positivas y negativas, las primeras se deben cultivar, mientras que las negativas evitarlas o disminuirlas. La mayor barrera para el pensamiento

y la emoción es la inteligencia limitada y la falta de percepción que es causada por las propias ideas.

Ellis propone 11 ideas irracionales que se pueden encontrar en los sujetos perturbados. A continuación se presentara una tabla en donde constaran estas ideas:

Tabla 1.8: Ideas Irracionales

Ideas irracionales	
Aprobación social	“Creer que es necesario ser amado y aprobado por todo el mundo en todo lo que se hace”
Miedo al fracaso	“Creer que uno debe ser por entero competente, apto y eficaz en todos los aspectos posibles”
Acusaciones y autoacusaciones	“Creer que ciertas personas son malas, maravillosas y malvadas y que deben ser severamente castigadas”
Frustración	“Creer que es terrible, horrendo y catastrófico que las cosas no marchen de la manera que uno quisiera”
Autodominio	“Creer que la desdicha personal siempre tiene causa externa y que uno es incapaz de controlar las aflicciones o sentimientos negativos”
Angustia	“Creer que ante algo que es o puede ser peligroso o terrible, uno debe ocuparse intensamente de ello y sentirse trastornado”
Autodisciplina	“Creer que es más fácil evitar las dificultades y las responsabilidades de la vida, que poner en practica formas de autodisciplina más satisfactorias”
Prospectiva	“ Creer que el pasado es de total importancia y que si alguna vez afecto profundamente la vida nuestra, lo hará indefinidamente”
Aceptación de la realidad	“Creer que la gente y ,las cosas deberían ser diferentes y que es catastrófico no encontrar soluciones perfectas a la realidad”
Superación de la inercia y concentración creadora	“Creer que la felicidad humana puede lograrse por medio de la inercia y la inacción o gozando de sí mismo”
Confianza en sí mismo	“Creer que necesitamos alguna cosa más fuerte o mayor que nosotros mismos en que confiar”

*Nota: Adaptado de “La psicoterapia racional-emotiva de Albert Ellis”, por Balarezo. Lucio., 2003, Psicoterapia, p.80-92.*

La terapia debe cumplir con: indagar información en la entrevista con el fin de buscar ideas irracionales, la función del terapeuta con el paciente es descubrir estas ideas logrando que el paciente se percate que no son ciertas y carecen de lógica, finalmente se discuten los argumentos, se impone nuevas ideas y se fuerza a la actividad (Balarezo, 2003).

## **1.2 Adaptación**

Charles Darwin menciona que la adaptación del ser humano en la evolución, fue de acuerdo a las necesidades que se presentaban en el ambiente, es decir, la adaptación es un proceso de los sujetos en interacción con el medio para satisfacer sus necesidades. “No es el más fuerte de las especies el que sobrevive, tampoco es el más inteligente el que sobrevive. Es aquel que es más adaptable al cambio” (Darwin, 1859, p. 17).

“En el curso de la vida humana supone una serie de procesos adaptativos que tienen por objeto, evitar la ansiedad y los conflictos, ahorrar energía y esfuerzos” (Hinojosa, 1968, p. 71). Desde que estamos en el vientre materno nos adaptamos a las condiciones de vida, al igual que al nacer, vamos atravesando por varios ciclos en los cuales la persona se adapta, generando en sí mismo bienestar y confort en el ambiente, a su vez se va desarrollando la personalidad de cada individuo.

“La personalidad desempeña un papel importante en la forma en que interpretamos los sucesos y los afrontamos generando así una adaptación adecuada” (Larsen & Buss, 2005, p. 62). Las personas tenemos diferentes perspectivas y conductas para manejar situaciones difíciles, la manera en que

afrontamos las dificultades que se nos presentan van a depender de las experiencias vividas por la persona.

El afrontamiento puede ser de aproximación o evitación. El primero se refiere a estrategias cognitivas o comportamentales que se aproximan al problema y el segundo evita relacionarse con la situación displacentera (Marín, Pastor, & López, 1993). La adaptación va a depender del afrontamiento que utilice el sujeto, si es por evitación la persona no enfrenta la realidad, niega la situación, trayendo consecuencias a largo plazo como dificultades en la salud, tensión, ansiedad, frustración, aislamiento.

### **1.2.1 Adaptación ante una enfermedad crónica**

La ansiedad, surge ante lo desconocido y situaciones amenazantes generando estrés e impidiendo el bienestar del sujeto. “Las personas frente a todo intento de adaptación al medio generan miedo o ansiedad” (Spinatelli, 2007, p. 12). Si una persona padece una enfermedad crónica, se encuentra en una situación estresante a la que debe adaptarse utilizando sus propios recursos.

Los pacientes diabéticos, al recibir su diagnóstico produce un impacto psicológico el cual ocasiona una reacción emocional, debido a que su estilo de vida cambiará, ya que la enfermedad lo acompañara toda su vida. “La depresión afecta al 20% de los diabéticos al inicio de la enfermedad” (Roncali, 2010, p. 15). La ayuda psicológica es primordial al momento de la devolución de los resultados e incluso se debe realizar un acompañamiento al inicio de la enfermedad, para contrarrestar la inestabilidad emocional que se produce en ese momento.

Las personas cumplen funciones a pesar de su enfermedad, a nivel social, familiar, escolar y personal, mismas que se ven deterioradas si existe una adaptación negativa, si existe malestar habrá un descuido en sus funciones que se verán reflejados en la calidad de vida, en ocasiones pueden presentar ansiedad, depresión, estrés, los cuales son evidentes para los familiares o el personal de salud. “La adaptación puede ser juzgada por la presencia de síntomas psicológicos, emociones negativas y valorando la funcionalidad de la persona” (Villoria, 2002, p. 68).

### **1.2.2 Fases de la adaptación**

Esta clasificación de las fases de adaptación se basa en el modelo de Kübler-Ross, quien realizó su investigación en pacientes con enfermedades terminales. Se tomó en cuenta estas cinco fases dado que un paciente que es diagnosticado con alguna enfermedad, produce un cambio en la vida el que genera inestabilidad, al realizar este proceso se va adaptando frente a la enfermedad.

Tabla 1.9: Fases de la adaptación

Fase	Características
Negación	Se relaciona con la represión y supone negar la existencia de alguna amenaza o situación traumática. Por ejemplo una persona con una enfermedad crónica o terminal pueden negar la inminencia de la muerte o de su diagnóstico.
Ira	La persona se siente frustrada, enojada, resentida y con envidia, estos sentimientos se proyectan a las personas que lo rodean. Esta fase puede ser positiva como negativa, positiva cuando el paciente se motiva a buscar soluciones y negativa si se aleja de los demás
Negociación	El paciente realiza negociaciones o pactos con familiares, personal médico, religión con la finalidad de realizar compromisos pequeños frente a la situación.
Depresión	Los pacientes se encuentran en un estado emocional de tristeza debido a la pérdida del estilo de vida que llevaban. Los pacientes en ocasiones no mantienen comunicación con familiares, amigos lo que genera que este sentimiento se intensifique.
Adaptación	La persona cuando alcanza esta fase aprende a convivir con la enfermedad y cambian sus metas de acuerdo a lo que físicamente pueden hacer.

*Nota: Adaptado de "La cinco etapas", por Cuadrado, David. 2010, Las cinco etapas del cambio, p.55.*

Es importante saber en qué fase se encuentra el paciente, ya que si la persona no cuenta con recursos necesarios para continuar con el proceso creará un estancamiento produciendo que los síntomas se intensifiquen causando malestar psíquico y físico.

### **1.3 Diabetes mellitus**

La diabetes es considerada una enfermedad crónica en donde el paciente tiene que saber sobrellevar la enfermedad ya que no existe cura. “La diabetes mellitus es un desorden del metabolismo de los carbohidratos en el que los azúcares del organismo no son oxidados para producir energía debido a una ausencia de insulina” (Vásquez A. Cuervo, Pinés, & Vidal, 2007, p. 224). Permitiendo que la glucosa de los alimentos entre en las células del cuerpo, donde se convierten en energía necesaria para los músculos y tejidos.

Una persona con diabetes, no absorbe adecuadamente la glucosa lo que causa, que esta siga circulando en el sistema sanguíneo, generando daños a los tejidos del cuerpo y complicaciones en la salud.

Existen tres tipos de diabetes: la diabetes tipo I, diabetes tipo II y la diabetes gestacional.

Tabla 1.10: Tipos de diabetes

Tipos	Características clínicas	Síntomas
Diabetes tipo I	Aparece en la juventud, en jóvenes que desarrollan una deficiencia casi instantánea de insulina que suele requerir la inoculación de inyecciones de insulina.	Sed inusuales Constante necesidad de orinar Fatiga e irritabilidad Sequedad en las manos Pérdida inusual de peso
Diabetes tipo II	Suele desarrollarse gradualmente en la edad adulta y estar causada por la hiperproducción de insulina o una producción excesiva de glucosa en el hígado.	Cualquiera de los síntomas de la diabetes tipo I Hormigueo o entumecimiento en las manos Infecciones frecuentes Visión borrosa Cortes/moretos que tardan en sanar
Diabetes gestacional	Las mujeres embarazadas desarrollan una resistencia a la insulina, lo que genera que tengan un nivel alto de glucosa en la sangre durante la etapa de gestación.	

*Nota: Adaptado de "Diabetes mellitus", por Kent, Michael. 2010, Diccionario Oxford de medicina y ciencias del deporte, p.210-215.*

El tratamiento de la diabetes mellitus tipo II consiste en tener una alimentación correcta, hacer ejercicio, los cuales son muy importantes para mejorar el metabolismo, se debe ingerir alimentos que no tengan calorías y que contengan mínimas cantidades de carbohidratos, este es el principal cambio que se debe realizar, con el fin de que los niveles de glucosa no se eleven, a su vez este cambio

alimenticio genera complicaciones en el paciente por la falta de costumbre es su consumo y la familia.

Existen varios factores que influyen la adherencia a la enfermedad como son: el ambiente, la familia y la misma persona, es muy importante que el personal de salud se percate, de las áreas positivas o negativas que tiene el paciente. Si el factor es positivo se podrá utilizar como fortalezas que presenta la persona, si es un factor negativo el personal de salud deberá reforzar el área que produce inestabilidad en la persona, mencionando los recursos que presenta el paciente y motivándolo a seguir el tratamiento.

Si la persona no se rige al tratamiento puede llevar a problemas graves como la pérdida de la visión, desarrollar úlceras e infecciones en los pies o de alguna otra parte del cuerpo, puede conducir a un ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, pérdida de la sensibilidad debido al daño de los nervios del cuerpo, dificultades para digerir los alimentos y daños a nivel renal, en donde la única solución es la administración de insulina.

“La mayoría de pacientes diabéticos presentan ansiedad, depresión, agotamiento, disfunciones sexuales, dificultades laborales y sentimientos de soledad” (Martín, Querol, Larsson, & Renovell, 2007, p. 89). Se encuentran síntomas clínicos y psicológicos, por lo que se propone un trabajo multidisciplinario, en donde el médico trabaje a la par del psicólogo, el nutricionista, trabajo social y familiares, con el propósito de mejorar la calidad de vida del paciente, ya que es él quien será responsable de su salud.

La primera percepción que tiene la persona sobre la enfermedad, se construye con la información emitida por el personal médico y por lo que conoce el paciente. Es muy importante que el paciente tenga la información correcta de su enfermedad y no tenga ideas erróneas de la misma, ya que pondría en riesgo su estado de salud. “Los pacientes se encuentran con ira, culpa y preocupación acerca de la enfermedad, y frecuentemente se encuentran poco motivados para regirse al tratamiento” (Martín, Querol, Larsson, & Renovell, 2007, p. 90). El paciente en un primer instante no se sienta motivado frente a la enfermedad ya que esta causó un desequilibrio emocional, que debe ser tratado por un profesional, logrando que el paciente sea independiente y manteniendo un buen control de la diabetes.

El médico debe detectar las fases que con lleva la adaptación e ir de la mano con el paciente, siendo su base de sostenimiento. Las fases por las que atraviesa el paciente son: negación, ira, negociación, depresión y aceptación, cada una de las cuales abarca un conflicto que debe ser resuelto. Cuando la fase no es superada puede con llevar al paciente a un deterioro de su salud mentad, aumentando el estado de gravedad frente a la enfermedad.

No debemos olvidar que cada paciente, vive, percibe y afronta de diferente manera la enfermedad, por lo que es de suma importancia que durante todo este proceso reciba la información correcta, el apoyo del profesional y su núcleo familiar.

## CAPÍTULO II

### METODOLOGÍA

#### 2.1 Antecedentes

En el centro de salud de la Ciudad de Barcelona se estudió sobre el *Proceso de adaptación y mecanismos de afrontamiento en pacientes con diabetes*, se aplicó la Escala de estrategias de Coping modificada a 150 personas entre 23 a 60 años, en donde se concluyó que los pacientes utilizaron estrategias dirigidas a la resolución de problemas, además se demostró que las enfermedades estimulan el uso de estrategias de afrontamiento como son: la planificación de soluciones y la evitación (López, Riu, & Forner, 2004). Recomendando que una ayuda médica para los pacientes, desarrollara una vida saludable, así como una mejor adaptación a la enfermedad y por tanto al tratamiento.

Madrid aportó con el estudio de *Relación entre personalidad y salud*, fue realizado en los centros de salud, tomando en cuenta en la investigación a los siguientes países Brasil, Portugal y España, se trabajó con una muestra de 1377 divididos en 5 grupos dependiendo del país, se aplicaron los siguientes test MIPS, Inventario de situaciones y un Cuestionario de medidas de dolencia. Se concluyó que las personas con neuroticismo evidencian negativismo hacia la salud es decir que existe desadaptación frente a la enfermedad, mientras que las personas con extraversión y responsabilidad se adaptan con facilidad de acuerdo a los datos estadísticos (Dresch, 2006). Concluyendo que las poblaciones de España

están más asociados a la salud correspondiendo así a niveles altos en extraversión y responsabilidad y en Brasil y Portugal está asociado a la salud de una manera negativa debido a que se encuentran en neuroticismo.

En Latinoamérica se realizaron estudios que se detallarán a continuación: Santiago de Chile sobre *El tipo de Personalidad en pacientes diabéticos* en donde se aplicó el test CEPER a una población de 180 personas que acudían al centro de salud, en donde se encontró que la población pertenecía a una personalidad depresiva planteando así la necesidad de atención psicológica a poblaciones clínicas con esta enfermedad crónica debido al impacto que podría tener la depresión en el manejo y la calidad de vida (Heredia & Pinto, 2006). La diabetes es una enfermedad que no tiene cura, el paciente debe cambiar su estilo de vida adaptándose a la enfermedad y adhiriéndose al tratamiento, dejando de lado su vida anterior.

La Universidad Técnica de Ambato de la carrera de Psicología Clínica, investigó sobre las *Reacciones emocionales que presentan los pacientes de 40 a 60 años frente a la diabetes mellitus tipo II en el área de medicina interna del Hospital Provincial Docente Ambato*, en donde se toma en cuenta el proceso de adaptación que tienen los pacientes ante la enfermedad, se aplicó un Cuestionario semiestructurado sobre el conocimiento de la enfermedad y un Cuestionario de las reacciones emocionales a una muestra de 60 pacientes. Los resultados obtenidos fueron: que la reacción emocional más alta es la ira, la cual influye en el proceso de adaptación, además de que el desconocimiento y la falta de control de impulsos en los pacientes pueden generar emociones similares (Macías, 2006). La ira es una de las fases por la que atraviesa el paciente para lograr la aceptación de la

enfermedad, pero en ocasiones el paciente se estanca en una de las fases por lo que se recomienda ayuda terapéutica, la falta de información en el paciente sobre la enfermedad ya que el no saber cómo manejar la situación ocasiona un desequilibrio en el paciente generando ansiedad o estrés.

El presente proyecto de desarrollo pretende analizar la influencia de la personalidad en el proceso de adaptación a la enfermedad en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II, se realizó un estudio metodológico, que consiste en obtener información fundamentada en la teoría de los rasgos y en el modelo cognitivo conductual. Se obtendrá datos estadísticos mediante los reactivos aplicados al grupo de pacientes que acuden al Club de diabéticos e hipertensos del Cantón Píllaro.

## **2.2 Significado del problema**

La personalidad influye en el comportamiento de la persona y aún más cuando atraviesa por una situación difícil como lo son las enfermedades crónicas. La manera de actuar frente a la enfermedad se va a ver reflejada en la calidad de vida que lleva el paciente desde ese momento.

Cuando una persona es diagnosticada genera mecanismos psicológicos, que le servirá para afrontar la nueva etapa de su vida ya que tendrá que aprender a vivir con la enfermedad. La manera de percibir la enfermedad afectará a la adaptación del diagnóstico emitido, favoreciendo o perjudicando el tratamiento, a su vez afecta directamente al paciente y a las personas que lo rodean.

La diabetes mellitus tipo II, es una enfermedad metabólica, esta aparece en edades avanzadas en donde el paciente presenta las siguientes características: altos niveles de glucosa en la sangre, hambre inusual, sed excesiva, debilidad y cansancio, pérdida de peso, cambios en el estado de ánimo, malestar estomacal, dificultades en la cicatrización de heridas, infecciones frecuentes y piel reseca, las cuales ocasionan daño de la salud física y de la salud mental del paciente.

“La diabetes es una enfermedad que plantea grandes desafíos al paciente, esta impone nuevos estilos de vida que deben llevar las personas afectadas y de aquellos que los rodean” (Borrás, 2007). La mayor dificultad en ciertos casos, es que la persona con diabetes asimile de una forma saludable el diagnóstico emitido, debido a que en la mayoría de casos se evidencia: negación, depresión e incluso estrés, lo que afectará al sistema inmunológico bajando las defensas haciendo que, se vuelva más grave el estado de salud del paciente.

### **2.3 Definición del problema**

- ¿Cuál es el tipo de rasgo de personalidad que existe en las personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II que acuden al Club de diabéticos e hipertensos del Cantón Píllaro?

- ¿Cuál es la influencia de los rasgos de personalidad en el proceso de adaptación frente a la enfermedad en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II?

### **2.4 Planteamiento del tema**

La diabetes es una enfermedad que no se cura, hay que aprender a sobrellevarla con los cuidados e indicaciones impartidas por el médico.

En la actualidad existen varios casos de pacientes diabéticos, que abandonan el tratamiento por el impacto psicológico causado al recibir el diagnóstico, en otros casos no siguen las indicaciones llegando a si complicaciones como: el pie diabético, pérdida de extremidades para compensar el nivel de glucosa, pérdida severa de la visión, el coma diabético, entre otros.

Los pacientes que continúan con el tratamiento, mantienen una autoestima baja que es percibida en su entorno, por la falta de orientación e información, causando un impacto en la calidad de vida, siendo este un factor que contribuye al cambio de su personalidad.

El proyecto de desarrollo en curso, busca establecer la influencia de la personalidad en el proceso de adaptación frente a la enfermedad en pacientes con diagnóstico de diabetes, los cuales asisten al Club de diabéticos e hipertensos del Cantón Píllaro.

## **2.5 Delimitación del tema**

- Delimitación del Contenido

Campo: Psicología

Área: Psicología Clínica

Aspecto: Personalidad y Proceso de adaptación

- Delimitación Espacial

Provincia: Tungurahua

Ciudad: Píllaro

Institución: Centro Hospitalario del Cantón Píllaro

Área o Departamento: Psicología

- Delimitación Temporal

El trabajo de investigación se desarrollará en el período comprendido entre Octubre - Marzo del 2015.

## **2.6 Objetivos**

### **2.6.1 Objetivo general**

Analizar la influencia de la personalidad en el proceso de adaptación a la enfermedad en pacientes con diagnóstico de diabetes.

### **2.6.2 Objetivos específicos**

- a) Diagnosticar los rasgos de personalidad en los pacientes con diabetes mellitus tipo II
- b) Determinar la etapa dentro del proceso de adaptación a la enfermedad que se encuentran los pacientes.
- c) Realizar un estudio correlacional de los rasgos de personalidad con el proceso de adaptación en los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II.

d) Elaborar una guía de intervención primaria para fortalecer el proceso de adaptación frente a la enfermedad a través de técnicas de codificación de actitud.

## **2.7 Metodología**

### **2.7.1 Tipo y diseño de la investigación**

Este proyecto de desarrollo corresponde al diseño de investigación descriptiva, consiste en descubrir un fenómeno, indicando sus rasgos más peculiares o diferentes con el fin de comprenderlo y explicarlo, en este caso analizó si el rasgo de personalidad que presenta el paciente con diabetes mellitus tipo II influye en el proceso de adaptación frente a la enfermedad. En esta investigación se utilizó el método clínico, el cual se basa en la recolección de información mediante la historia clínica psicológica y aplicación de los reactivos. Mediante la  $r$  de Pearson se correlacionó, los resultados de los rasgos de personalidad con las estrategias de afrontamiento, para determinar estadísticamente la relación que conllevan estos.

### **2.7.2 Población**

Esta investigación se trabajó con una población de 35 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II, quienes acuden regularmente al Club de diabéticos e hipertensos del Cantón Píllaro.

### **2.7.3 Procedimiento**

Esta investigación contó con los siguientes pasos:

1. Identificación del problema
2. Fundamentación teórica
3. Recopilación de información mediante las historias clínicas psicológicas y aplicación del Cuestionario Big Five para medir rasgos de personalidad y una Escala modificada de Coping para medir la estrategia de afrontamiento.
4. Análisis estadístico, mediante la  $r$  de Pearson, a fin de correlacionar los datos obtenidos de los reactivos aplicados.
5. Elaboración una guía de intervención primaria para fortalecer el proceso de adaptación frente a la enfermedad mediante técnicas de modificación de actitud.

#### **2.7.4 Instrumentos**

Se aplicó, el Cuestionario Big Five para medir los rasgos de personalidad. Este instrumento fue creado en 1993 por Caprara, Barbaranelli y Borgogni. En 1995 se realizó la adaptación a español por Bermúdez. Este reactivo mide dimensiones (energía, afabilidad, tesón, estabilidad emocional) y subdimensiones (dinamismo, dominancia, cooperación, amabilidad, escrupulosidad, perseverancia, control de las emociones, control de los impulsos, apertura a la cultura, apertura a la experiencia) e incluye una escala de distorsión, consta de 132 items que integran las 5 dimensiones y las 10 subdimensiones. Según el coeficiente alfa de Cronbach, menciona que el valor de todas las escalas se encuentran entre 0,73 y 0,87 siendo satisfactorio y comparable a los valores habituales en las pruebas de

personalidad. Afirmando que la consistencia interna del BFQ es elevada (Caprara, Barbarabelli, Borgogni, & Perugini, 2007).

Para medir las fases de adaptación se utilizará la Escala Estrategias de Coping – Modificada la cual fue realizada por Charot y Sandín en 1993, con opciones de respuesta tipo Likert, en un rango de frecuencia de 1 a 6 desde Nunca hasta Siempre. Los indicadores que se toman en cuenta son búsqueda de alternativa, conformismo, control emocional, evitación emocional, evitación cognitiva, reacción agresiva, expresión emocional abierta, reevaluación positiva, búsqueda de apoyo social, búsqueda de apoyo profesional, religión y refrenar el afrontamiento (Londoño & López, 2007) .

### **2.7.5 Población y muestra**

Esta investigación trabajará con una población de 35 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II los cuales acuden regularmente al Club de diabéticos e hipertensos del Cantón Píllaro.

## **2.8 Procedimiento metodológico**

Para la elaboración de la guía primaria de intervención se elaboraron 6 matrices de planificaciones en psicoterapia breve, esta guía se fundamenta con la terapia racional – emotiva de Ellis, con el objetivo de fortalecer el proceso de adaptación frente a la enfermedad. Esta planificación puede ser utilizada por el psicólogo de manera individual con el paciente.

## CAPÍTULO III

### ANÁLISIS DE RESULTADOS

La población estuvo compuesta por 35 personas diagnosticadas con diabetes mellitus tipo II, las mismas que acuden al Club de diabéticos e hipertensos del Cantón Píllaro, a las que se les aplicó el Cuestionario Big Five, la Escala modificada de Coping.

#### 3.1 Análisis e interpretación de resultados del Cuestionario Big Five

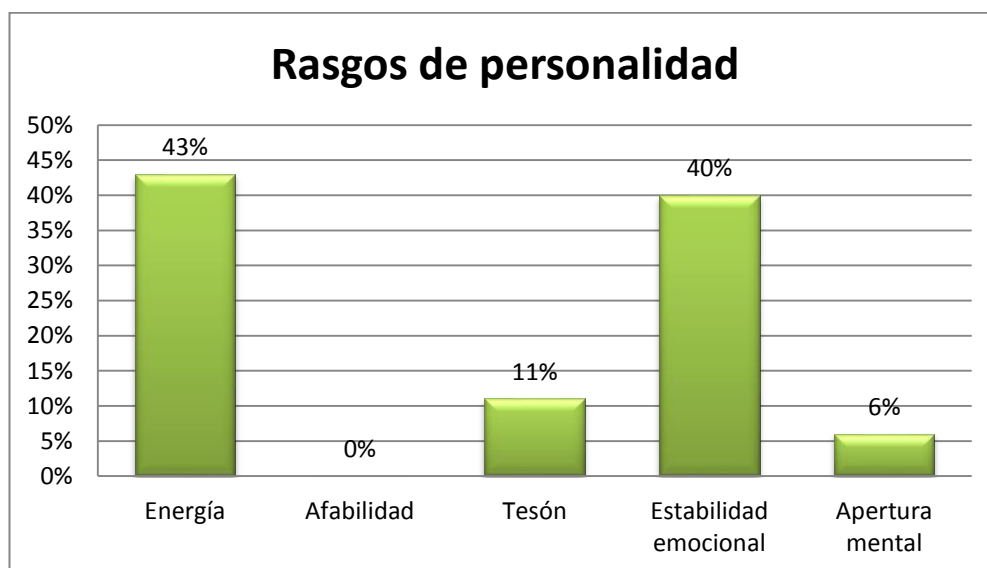


Gráfico 3.1: Análisis e interpretación de resultados del Cuestionario Big Five  
Elaborado por: Jenny Mena, 2015.

**Análisis:** Se encuentra que la dimensión de energía existe un porcentaje de 43% (15 personas), en la dimensión de tesón existe el 11% (4 persona). En estabilidad emocional se evidencia que el 40% (14 personas) y finalmente en la apertura mental con el 6% (2 personas).

**Interpretación:** En los pacientes que presentan diabetes mellitus tipo II, se encuentra que el rasgo de personalidad más alto es el de energía, lo que nos dice que la persona es activa, dominante y locuaz. También se evidencia que la estabilidad emocional predomina como rasgo lo que significa que el paciente es poco ansioso, vulnerable y emotiva. En cuanto al rasgo de tesón que se encuentra en menor cantidad, se caracterizan por ser reflexivos, perseverantes y ordenados. Finalmente en una minoría de los pacientes se ubican con el rasgo de apertura mental, que son personas cultas, interesadas por las cosas y experiencias nuevas.

### 3.2 Análisis e interpretación de resultados de la Escala modificada de Coping

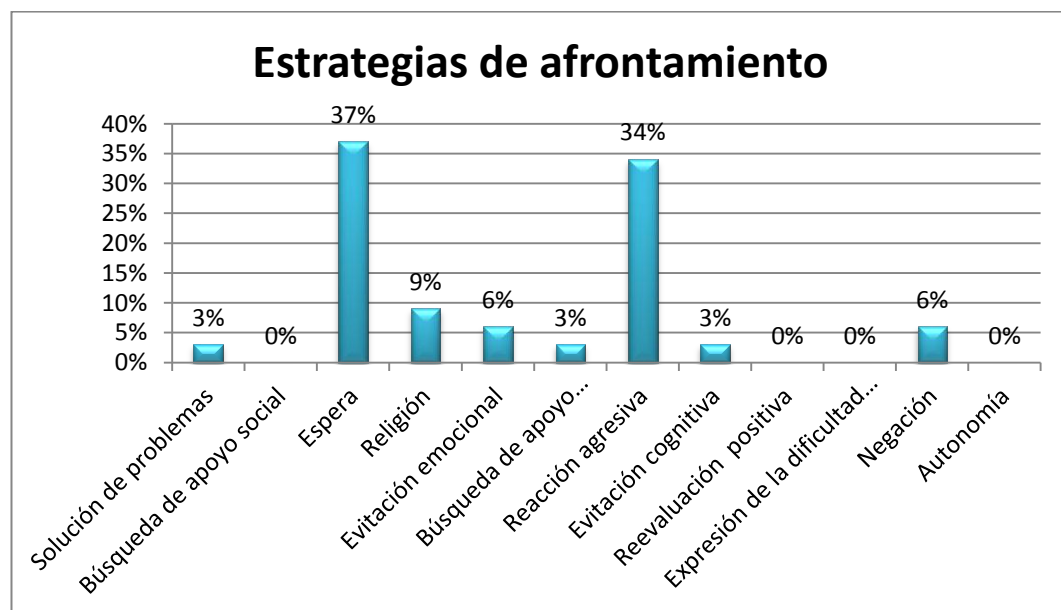


Gráfico 3.2: Análisis e interpretación de resultados de la Escala modificada de Coping  
Elaborado por: Jenny Mena, 2015.

**Análisis:** En la gráfica encontramos que en la solución de problemas existe un porcentaje de 3% (1 persona), en la dimensión de espera 37% (13 personas). En la

dimensión de religión encontramos que el 9% (3 persona), en la evitación emocional se evidencia que el 6% (2 personas). En búsqueda de apoyo profesional existe un 3% (1 persona), en la dimensión de reacción agresiva encontramos que 34% (12 personas). En evitación cognitiva se observa que 3% (1 persona) y finalmente en la dimensión de negación 6% (2 personas).

**Interpretación:** Se evidencia una mayor cantidad de pacientes que utilizan la estrategia de espera, estas personas esperan que la situación se resuelva por si sola. En cuanto a la reacción agresiva, la persona se comporta de una manera hostil, reaccionan de manera agresiva ante la situación. Algunos pacientes utilizan la religión como estrategia de afrontamiento, expresándose a través de la oración para pedir solucionar el problema. La evitación emocional es una estrategia cognitiva en donde el paciente evita expresar emociones. El paciente busca apoyo profesional siendo esta una estrategia positiva ya que la persona trata de solucionar el problema. Evitación cognitiva es una estrategia cognitiva en donde se busca eliminar los pensamientos negativos mediante la distorsión o negación de la situación. Finalmente la dimensión de negación es una estrategia de afrontamiento la cual consiste en que la persona niega la situación, la rechaza y se comporta como si el problema nunca sucedió.

### 3.3 Análisis e interpretación del proceso de adaptación

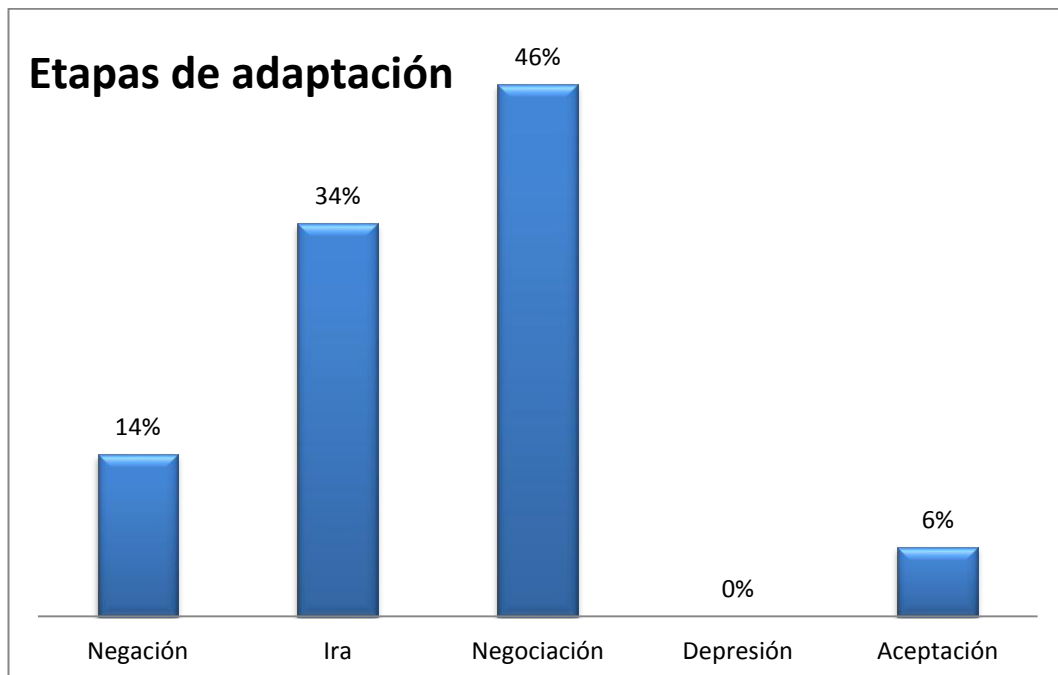


Gráfico 3.3: Análisis e interpretación del proceso de adaptación  
Elaborado por: Jenny Mena, 2015.

**Análisis:** En la gráfica se encuentra que el 14% (5 personas) en la etapa de negociación, el 34% (12 personas) están ubicadas en la fase de la ira, en la etapa de negociación corresponde al 46% (16 personas) y en la aceptación el 6% (2 personas).

**Interpretación:** Se observa que la mayoría de pacientes se encuentran en la etapa de negociación, se realizan tratos con el médico, familiares o Dios sobre las peticiones que tienen los pacientes con relación a la enfermedad, o a su vez pidiendo que se les alargue la vida., en esta fase la estrategia que utilizaría el paciente sería la religión y la espera. En la negación el paciente trata de negar la situación por la que está atravesando, con la finalidad de eliminar el malestar, la estrategia de afrontamiento sería la evitación emocional y la evitación cognitiva. En la etapa de ira, la persona reacciona de una manera agresiva ante los demás, en

ocasiones trata de culpar a otros por la situación, la estrategia que utiliza el paciente es la reacción agresiva. Finalmente en la aceptación el paciente asimila que tiene la enfermedad, acepta las condiciones y se rige al tratamiento de la enfermedad llegando así a la aceptación a la misma, utilizando la estrategia de búsqueda de apoyo profesional y la solución de problemas.

### 3.4 Correlación de la personalidad y las estrategias de afrontamiento

Tabla 3.11: Correlación de la personalidad y las estrategias de afrontamiento

	E	EE	AM	T	A
SP	,083	-,190			
BAS					
ESP		-,291	1,000**	-,083	
REL	,237	-,099	1,000**		
EE	-,156	,047			
BAP	-,172				
RA	-,214	,366		-,016	
EC	,090				
RP					
EDA					
NEG		-,061			
AUT	,385				

*Nota:* \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

*Elaborado por:* Jenny Mena, 2015.

Los resultados del análisis de correlación de los rasgos de personalidad con las estrategias de afrontamiento mostraron que en el rasgo de Energía mantiene una  $r = ,083$ ;  $p > ,05$  lo que identifica una ausencia de correlación con la estrategia

solución de problemas, en cuanto a la religión se nota que existe una ausencia de correlación debido a que  $r = ,237; p > ,05$ . En la estrategia de evitación emocional se encuentra  $r = -,156; p > ,05$  lo que nos dice que no existe una correlación, Búsqueda de apoyo profesional se evidencia que  $r = -,172; p > ,05$  evidenciando una ausencia de correlación al igual que en la estrategia de reacción agresiva  $r = -,214; p > ,05$ . En evitación cognitiva se encuentra  $r = ,090; p > ,05$  y en autonomía  $r = ,385; p > ,05$  evidenciando una ausencia de correlación.

En el rasgo de estabilidad emocional encontramos que existe una ausencia de correlación con las estrategias de afrontamiento debido a que el valor encontrado en la  $r$  de Pearson es mayor a 0,05. En solución de problemas se muestra que  $r = -,190; p > ,05$ . En la estrategia de espera  $r = -,291; p > ,05$ . En religión  $r = ,047; p > ,05$ . En reacción agresiva se encuentra que  $r = ,366; p > ,05$  y en la estrategia de negación  $r = -,061; p > ,05$ .

En el rasgo de apertura mental encontramos que  $r = 1,000; p < 0,001$  concluyendo que existen correlaciones significativas con la estrategia de espera y religión. En el rasgo de tesón se evidencia que  $r = -,083; p > ,05$  que significa ausencia de correlación, al igual que en reacción agresiva  $r = -,016; p > ,05$ .

Después de haber analizado los resultados de los rasgos de personalidad con las estrategias de afrontamiento, se puede decir que existe una correlación entre el rasgo de apertura mental con las estrategias de espera y religión, dado que este rasgo de personalidad se caracteriza por mantenerse informados, prestar interés tratando de aprender cosas nuevas. Este tipo de paciente espera recibir información sobre su enfermedad, en el Club de Diabéticos e Hipertensos del Cantón Píllaro, se realizan capacitaciones sobre la enfermedad con la finalidad de

que los pacientes tomen consciencia de lo que padecen y a su vez tengan precauciones de la misma, además el grupo se caracteriza por mantener la parte espiritual de las personas tomando en cuenta la oración y realizando peticiones por cada participante de las conferencias, lo que lleva a deducir que los pacientes se encuentran en una fase de negociación.

En cuanto a los resultados de los otros rasgos de personalidad donde existe ausencia de correlaciones, puede deberse a que el paciente presentaba resistencia al momento de la aplicación de los reactivos, a su vez los pacientes trataban de dar un perfil positivo y en algunos casos trataban de dar un perfil negativo de ellos mismos, haciendo que las respuesta de los test sean altas o en su caso bajas, esto se comprobó ya que el Cuestionario Big Five utilizado en la investigación presenta una escala de distorsión, en donde se demuestra que el paciente quiere dar una imagen positiva, negativa o falseada.

## **CAPÍTULO IV**

### **PROPUESTA**

#### **4.1 Propuesta**

Guía de intervención primaria dirigida al personal de psicología, con el fin de fortalecer el proceso de adaptación frente a la enfermedad en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II, mediante en el modelo de la Terapia Racional - Emotiva de Ellis.

##### **4.1.1 Institución ejecutoria**

Club de diabéticos e hipertensos del Cantón Píllaro

##### **4.1.2 Beneficiarios**

Pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo II

##### **4.1.3 Equipo técnico responsable**

Área de psicología

##### **4.1.4 Objetivos**

**General:**

- Fortalecer el proceso de adaptación frente a la enfermedad mediante técnicas de modificación de actitud en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II.

**Específicos:**

- Fundamentación de la guía de intervención primaria basada en el modelo de la Terapia Racional – Emotiva de Ellis
- Estructurar las intervenciones individuales, con el fin de lograr que el paciente se adapte a la enfermedad
- Socialización de la propuesta al personal de salud del Hospital del Cantón Píllaro

**4.1.5 Antecedentes de la propuesta**

La diabetes es una enfermedad que no se cura, hay que aprender a sobrellevarla con los cuidados e indicaciones impartidas por el médico. En la actualidad existen varios casos de pacientes diabéticos, que abandonan el tratamiento por el impacto psicológico causado al recibir el diagnóstico, en otros casos no siguen las indicaciones llegando a si complicaciones como: el pie diabético, pérdida de extremidades para compensar el nivel de glucosa, pérdida severa de la visión, el coma diabético, entre otros.

Los pacientes que continúan con el tratamiento, mantienen una autoestima baja que es percibida en su entorno, por la falta de orientación e información, causando un impacto en la calidad de vida, siendo este un factor que contribuye al cambio de su personalidad.

La aceptación de la enfermedad según Kübler-Ross, puede implicar un largo proceso que consiste: la negación, la ira, la negociación, la depresión y finalmente la aceptación, en ocasiones el paciente se queda estancado en alguna de las fases, por lo que es importante que el paciente busque ayuda psicológica para lograr la adaptación frente a la enfermedad

#### **4.1.6 Justificación**

Este trabajo nace frente a la necesidad del paciente diagnosticado con diabetes mellitus tipo II, el cual sufre un cambio en su estilo de vida, generando rechazo a la enfermedad y por ende al tratamiento. En base a la investigación realizada en el Club de Diabéticos e Hipertensos del Cantón Píllaro, se elaboró la guía de intervención primaria para fortalecer el proceso de adaptación frente a la enfermedad utilizando el modelo de Terapia Racional – Emotiva de Ellis. La realización de esta guía tendrá muchos beneficiarios; en especial a los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II, los familiares, el personal de psicología, las familias también se verán beneficiados los estudiantes de la Escuela de Psicología de la PUCESA y colectividad pues tomarán con base esta temática para la realización de sus proyectos académicos, proyectos comunitarios, prácticas pre-profesionales o disertaciones de grado.

#### **4.1.7 Proceso metodológico**

Para la elaboración de la guía primaria de intervención se elaboraron matrices de planificaciones de las intervenciones, esta guía se fundamenta con la Terapia de Ellis, con el objetivo de fortalecer el proceso de adaptación frente a la

enfermedad. Esta planificación puede ser utilizada por el psicólogo de manera individual con el paciente o tomando ciertos elementos de la guía para una aplicación grupal.

#### **4.1.8 Modelo operativo**

El modelo operativo de trabajo se basa en seis intervenciones, con una duración de 45 minutos a 1 hora la cual será impartida por el psicólogo de la institución hospitalaria del Cantón Píllaro.

Las técnicas a ocuparse son la observación, la escucha empática en cada encuentro con el paciente. Las intervenciones contarán con inicio, desarrollo y un cierre. A continuación se presenta el plan terapéutico en donde se encuentra objetivo, procedimiento, técnica y recursos que se utilizarán.

##### **4.1.8.1 Plan de monitoreo y evaluación**

<b>Primera sesión</b>		
<b>Inicio</b>		
Objetivos	Procedimiento	Técnica
-Establecer el vínculo terapéutico con el paciente diagnosticado con diabetes mellitus	-Encuadre terapéutico, en donde se le explicará el proceso de las sesiones y la duración de las mismas.  -Establecimiento inicial del rapport y desarrollo de empatía.	Observación
<b>Desarrollo</b>		
Objetivos	Procedimiento	Técnica
-Recolectar información personal del paciente a través de la historia clínica psicológica  -Otorgar un espacio de descarga emocional, para aliviar la carga emocional que trae el paciente.  -Brindar apoyo y motivación al paciente	-Se toma datos generales del paciente mediante una entrevista  - Proceda a preguntar al paciente:  ¿Qué es lo que sabe de la diabetes mellitus?  ¿Cómo se sintió cuando le informaron que padecía de diabetes?  ¿Cuál es el temor que tiene hacia la enfermedad?  ¿Cómo afectó la enfermedad a	Observación  Apoyo emocional  Escucha activa

	<p>su vida?</p> <p>-El paciente estará lleno de emociones, las cuales serán expresadas en la entrevista, el personal encargado debe dejar que el paciente descargue sus sentimientos, ya que esto generará alivio en el paciente.</p> <p>- El personal debe brindar apoyo emocional al paciente, motivándole a continuar con el tratamiento médico.</p>	
<b>Cierre</b>		
<b>Objetivos</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Técnica</b>
-Realizar una recapitulación de la sesión	<p>-Mencionar un resumen de lo que se ha tratado en la sesión, dando la información básica sobre la enfermedad, mencionando que la enfermedad no es una limitación en su vida pero requiere de un estilo de vida diferente.</p> <p>- Recordar el proceso de encuadre</p>	Observación

	-Finalización de la sesión y despedida	
<b>Evaluación</b>		
-Evaluar la sesión	-Preguntar al paciente como pareció lo tratado en la sesión	Observación
<b>Recursos</b>		<b>Tiempo</b>
<b>Humanos:</b> Psicólogo  Paciente  <b>Técnicos:</b>  Historia clínica psicológica  Entrevista		1 hora

<b>Segunda sesión</b>		
<b>Inicio</b>		
Objetivos	Procedimiento	Técnica
-Generar un ambiente de confianza	Se inicia retomando algunos puntos de la primera sesión, el personal de salud debe informar al paciente lo que se realizará ese día.	Observación Entrevista
<b>Desarrollo</b>		
Objetivos	Procedimiento	Técnica
-Reconocer las ideas erróneas que presenta el paciente sobre la enfermedad  -Crear un rincón del saber con el paciente	-El paciente con ayuda de la persona de salud deben realizar un listado con los problemas que presenta por la enfermedad, clasificándolos en internos y externos, a su vez ordenar desde lo más grave a lo leve.  -Indagar en los pensamientos, sentimientos y consecuencias que cree el paciente tener por la enfermedad.  -Despejar las dudas del paciente sobre la enfermedad  - Elaborar un cartel en donde se	Escucha empática Observación

	<p>encuentren las ideas erróneas, para detectar estas ideas, el personal de salud debe tomar en cuenta que los pensamientos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. No tienen una lógica consistente.</li> <li>2. No se pueden probar a través de la realidad empírica.</li> <li>3. Son absolutistas y dogmáticas.</li> <li>4. Como consecuencia provocan emociones que perturban a la persona.</li> <li>5. No ayudan a conseguir los objetivos trazados.</li> </ol>	
<b>Cierre</b>		
Objetivos	Procedimiento	Técnica
-Realizar una retroalimentación de lo tratado en la sesión.	<p>- Entregar un breve resumen de lo trabajado en la sesión, haciendo hincapié en la información correcta.</p> <p>-Finalizar la sesión y despedida</p>	Escucha empática
<b>Evaluación</b>		

-Evaluar la sesión	-Preguntar al paciente como pareció lo tratado en la sesión	Observación
<b>Recursos</b>		<b>Tiempo</b>
<b>Humanos:</b> Psicólogo Paciente <b>Materiales:</b> Marcadores Papelotes <b>Técnicos:</b> Historia clínica psicológica Entrevista		1 hora

<b>Tercera sesión</b>		
<b>Inicio</b>		
Objetivos	Procedimiento	Técnica
-Crear un ambiente y relación de confianza con el paciente	-Realizar una revisión de lo que se realizó la sesión anterior.  -Mencionar los puntos a tratar en la sesión	Observación
<b>Desarrollo</b>		
Objetivos	Procedimiento	Técnica
-Lograr que las pacientes identifiquen los pensamientos, emociones y conductas  -Generar en el paciente una mayor aceptación y conciencia de la enfermedad.  - Realizar un auto registro del paciente	-Entregar información básica sobre la influencia de las percepciones e interpretaciones que las personas realizan de los acontecimientos, lo que genera una emoción y una conducta.  -Debatir con el paciente las creencias irracionales, tratando de adoptar nuevas creencias racionales alternativas, tomando en cuenta la lista realizada en la segunda sesión.  Con la información tratada en la sesión, colocar las creencias erróneas que van apareciendo y	Observación  Escucha empática

	<p>las correcciones de las mismas, esto deberá hacer el paciente.</p> <p>Este auto registro servirá para evaluar las ideas que han sido modificadas en el paciente.</p>	
<b>Cierre</b>		
<b>Objetivos</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Técnica</b>
-Retroalimentar lo tratado en la sesión	<p>-Se realizará un resumen de la sesión, tomando en cuenta los puntos positivos encontrados en el paciente.</p> <p>-Finalización de la sesión y despedida</p>	Observación
<b>Evaluación</b>		
-Evaluar la sesión	-Preguntar al paciente como pareció lo tratado en la sesión	Observación
<b>Recursos</b>		<b>Tiempo</b>
<p><b>Humanos:</b> Psicólogo</p> <p>Paciente</p> <p><b>Técnicos:</b></p> <p>Historia clínica psicológica</p> <p>Entrevista</p> <p>Rincón del saber</p>		1 hora

<b>Cuarta sesión</b>		
<b>Inicio</b>		
Objetivos	Procedimiento	Técnica
-Mantener un ambiente y relación de confianza con el paciente	-Iniciar la sesión tomando puntos anteriores tratados, indagar en el paciente los objetivos que desea alcanzar y finalmente mencionar lo que se realizara en ese día.	Observación
<b>Desarrollo</b>		
Objetivos	Procedimiento	Técnica
-Propiciar la expresión de sentimientos, pensamientos, expectativas y planes con respecto al proceso de tratamiento  -Reestructurar características de personalidad  -Analizar el progreso del paciente	-Seguir trabajando con la lista de problemas que presenta el paciente, mediante debates, utilizar la técnica de contradicción con el valor apreciado, la cual consiste en resaltar creencias particulares del paciente que son contradictorias con otras que también han sido dichos por él, buscar información que respalde las creencias u opiniones que se están tratando.	Contradicción en el valor apreciado  Escucha activa  observación

	<p>-El personal encargado debe mostrar al paciente las consecuencias negativas de lo que está diciendo de sí mismo.</p> <p>-Determinar las fortalezas y recursos que posee el paciente, mediante rompecabezas.</p> <p>-Mediante el rincón del saber, determinar las percepciones o creencias positivas adquiridas por el paciente.</p>	
<b>Cierre</b>		
Objetivos	Procedimiento	Técnica
-Retroalimentar lo tratado en la sesión	<p>Dar un pequeño resumen de lo trabajado en la sesión.</p> <p>Finalizar la sesión y despedida</p>	observación
<b>Evaluación</b>		
-Evaluar la sesión	-Preguntar al paciente como pareció lo tratado en la sesión	Observación
<b>Recursos</b>		<b>Tiempo</b>
<p><b>Humanos:</b> Psicólogo</p> <p>Paciente</p> <p><b>Materiales:</b></p> <p>Hojas de papel de colores</p>		1 hora

Esfero	
Goma	
Marcadores	
Papelotes	
<b>Técnicos:</b>	
Entrevista	
Historia clínica psicológica	

<b>Quinta sesión</b>		
<b>Inicio</b>		
Objetivos	Procedimiento	Técnica
-Generar un ambiente y relación de confianza con el paciente	Retomar los puntos de la anterior sesión y mencionar lo que se tratara en este encuentro	Observación
<b>Desarrollo</b>		
Objetivos	Procedimiento	Técnica
-Enseñarle al paciente a prestarle atención a sus ideas y pensamientos -Evaluar mediante la imaginación	-El personal de salud debe procurar que el paciente entienda que sus propias perturbaciones y las condiciones ambientales pueden contribuir a sus problemas. Reconocer claramente que poseen la capacidad de modificar de una manera significativa estas perturbaciones, comprendiendo que las perturbaciones emocionales y conductuales provienen de creencias irracionales.  -Mediante la imaginación crear situaciones de riesgo para el	Escucha activa  Observación

	<p>paciente, con el fin de que pueda manejar la situación de malestar, descubriendo sus creencias irracionales y sus alternativas racionales.</p> <p>-Mediante la técnica de la imaginación empleada en la sesión, el personal de salud debe evaluar al paciente en la manera en que resuelve las dificultades que se le presentaron en ese momento.</p>	
<b>Cierre</b>		
<b>Objetivos</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Técnica</b>
-Retroalimentar lo tratado en la sesión	<p>-Entregar al paciente un resumen de la sesión tomando en cuenta la influencia de la percepción que se tiene de las situaciones.</p> <p>-Finalizar la sesión y despedida</p>	Observación
<b>Evaluación</b>		
-Evaluar la sesión	-Preguntar al paciente como pareció lo tratado en la sesión	Observación
<b>Recursos</b>		<b>Tiempo</b>

<b>Humanos:</b> Psicólogo	1 hora
Paciente	
<b>Técnicos:</b>	
Entrevista	
Visualización	
Historia clínica de psicología	

<b>Sexta sesión</b>		
<b>Inicio</b>		
Objetivos	Procedimiento	Técnica
-Mantener un ambiente y relación de confianza con el paciente	- Iniciar mencionando lo trabajado en la anterior sesión y lo que se trabajará en ese día.	Observación
<b>Desarrollo</b>		
Objetivos	Procedimiento	Técnica
-Realizar un seguimiento al paciente	-Generar que el paciente pregunte sobre lo trabajado antes.  - Hablar con el paciente sobre cómo está llevando la situación ahora o si ha presentado dificultades.  - Motivar al paciente para que siga en el tratamiento mencionándole las fortalezas y recursos que presenta.	Observación  Escucha empática
<b>Cierre</b>		
Objetivos	Procedimiento	Técnica
-Retroalimentar lo tratado en la sesión	- Se realizar un resumen de todo el proceso realizado con el paciente.	Observación

	<p>-Valorar el trabajo terapéutico realizado junto con el paciente.</p> <p>-Preguntar si aparte de estas seis sesiones trabajadas considera continuar con el proceso.</p> <p>-Brindar apoyo y seguridad al paciente, mencionándole que cuando se encuentre en alguna dificultad acuda al espacio terapéutico.</p> <p>-Finalizar la sesión y realizar una despedida al paciente</p>	
<b>Evaluación</b>		
-Valorar las situaciones	- Con el paciente evaluar la función del trabajo terapéutico llevado en las sesiones y del proceso que llevo en este tiempo.	Observación
<b>Recursos</b>		<b>Tiempo</b>
<b>Humanos:</b> Psicólogo  Paciente  <b>Técnicos:</b>  Entrevista  Historia clínica psicológica		1 hora



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DEL ECUADOR SEDE AMBATO  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

**AGENDA DE TRABAJO**

**TEMA:** Socialización de la guía de intervención primaria para pacientes con diabetes mellitus tipo II.

**OBJETIVO GENERAL:** Fortalecer el proceso de adaptación frente a la enfermedad mediante el modelo de Terapia Racional – Emotiva de Ellis.

**DIRIGIDO AL:** Personal médico

**NÚMERO DE BENEFICIARIOS:** 3

**FECHA DE**

**HORA DEL EVENTO:**

**TIEMPO DE**

**REALIZACIÓN:**

15:30- 16:30

**DURACIÓN:**

9/03/2015

1 hora

**DESARROLLO :**

1. **Fase Inicial:** Saludo inicial, introducción, indicaciones generales acerca del proyecto de desarrollo.
  - **Responsable:** Jenny Mena
2. **Fase intermedia:** Presentación de diapositivas sobre las intervenciones que forman parte de la guía de intervención.
  - **Responsable:** Jenny Mena
3. **Fase de Cierre:** Dar la oportunidad a los asistentes de realizar preguntas sobre la guía y finalmente evaluar la presentación, mediante un tiro al blanco.
  - **Responsables:** Jenny Mena

<b>RECURSOS:</b> Computador, retroproyector, pliegos de papel periódico, marcadores	
<b>RESPONSABLE DE LA</b>  <b>ACTIVIDAD:</b>  Jenny Mena	<b>FIRMA:</b>

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1 Conclusiones

- Se encontró que los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo II, que asisten al club de diabéticos e hipertensos del Cantón Píllaro, presentan, el rasgo de personalidad más alto de energía, seguido del rasgo de estabilidad emocional, en menor cantidad está el rasgo de tesón y finalmente en una gran minoría se encuentra la apertura mental. El test Big Five, permite identificar el grado de distorsión en donde se encontró que 13 pacientes se encuentran con una puntuación promedio, lo que demuestra un perfil libre de sesgo en sentido positivo o negativo, 21 personas en un valor alto, que corresponde a las personas que presentan cierto sesgo positivo en las respuestas, que tienen a negar ciertos efectos personales. Finalmente se encontró que una persona se encuentran en un puntaje muy alto, significa que es un perfil falseado en sentido positivo, en un intento de dar una imagen de sí mismo desproporcionadamente favorable.
- Se evidenció que los pacientes dentro del proceso de adaptación, 16 personas están en la fase de negociación, en donde los pacientes realizan promesas o peticiones para seguir con el tratamiento y sobrellevar la enfermedad. La siguiente fase es la ira, en donde se encuentran 12 personas, el paciente tiene sentimientos de enojo, responsabiliza a otros de su enfermedad y envidia por la salud del otro. Esta fase es muy notable al

momento de la alimentación, ya que sus familiares pueden alimentarse sin tener que preocuparse por el nivel de glucosa. En la negación se encuentran 5 personas, en donde el paciente niega la enfermedad, los cuales pertenecen a los integrantes recientes del Club. Y por último se encuentran 2 personas en la fase de aceptación a la enfermedad.

- En esta investigación se tomó en cuenta las estrategias de afrontamiento, en donde se obtuvo que la estrategia más utilizada es la espera, seguida por la reacción agresiva. En menor cantidad los pacientes se refugian en la religión, evitación emocional, negación, solución de problemas, búsqueda de apoyo y evitación cognitiva.
- Existe una correlación del rasgo de apertura mental con religión y espera, caracterizándose por mantenerse informados de cosas nuevas. El paciente espera recibir información sobre su enfermedad, tratar de entender en que consiste el tratamiento y las consecuencias de la misma, en el Club de Diabéticos e Hipertensos del Cantón Píllaro se imparten charlas en el grupo se fundamenta la parte espiritual, pues realizan oraciones pidiendo fuerzas, estabilidad en cuanto a la enfermedad.
- El proceso de adaptación que atraviesa el paciente está influenciado por varios factores entre ellas, las percepciones erróneas que presentan los pacientes sobre la diabetes, generando cierta complejidad para el tratamiento y en la calidad de vida.

## 5.2 Recomendaciones

- Mantener un control psicológico de los pacientes, el apoyo que pueden recibir, va hacer que su diagnóstico sea más llevadero en cuanto al estado anímico, por lo que se propone aplicar la guía con la que se marca una pauta para llegar a este tipo de pacientes.
- En algunos casos los pacientes se aíslan o buscan apoyo, por lo que se recomienda que los familiares directos siempre deban estar relacionados con los controles tanto médicos y psicológicos, influyendo de gran manera en el proceso de adaptación.
- Se recomienda que se deba impartir charlas psicoeducativas sobre la enfermedad, ya que así se evitara pensamientos erróneos sobre la misma, ayudando así a que el paciente se sienta más seguro.
- Es muy importante al momento de dar un diagnóstico de diabetes, que el paciente sea valorado psicológicamente donde se podrá determinar el impacto psicológico que tuvo el paciente, permitiendo que pueda afrontar de una manera positiva.
- Mantener un trabajo multidisciplinario con el personal encargado de los pacientes ya que así se obtendrán mejores resultados.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aiken, L. (2003). Evaluación de la personalidad: orígenes, aplicaciones y problemas. En L. Aiken, *Test psicológicos y evaluación* (p. 313-341). México: Pearson Educación.
- Anaya, N. C. (2004). *Diccionario de psicología*(p. 214). Bogotá: Digiprints .
- Balarezo, L. (2003). Terapia racional - emotiva. En L. Balarezo, *Psicoterapia* (p. 85-93). Quito: Centro de Publicaciones.
- Bermúdez Moreno, J., García, M. P., Caballero, J. R., Suárez, P. S., & Laffond, B. R. (2012). *Psicología de la Personalidad* (p.27). España: UNED .
- Borrás, Jk. G. (2007). Evaluación psicológica de pacientes con diabetes mellitus. *Diabetologia*,( p.88-105).
- Caprara, Barbarabelli, Borgogni, & Perugini. (2007). *Cuestionario Big Five*. Madrid: TEA.
- Clonninger, S. (2002). Teorías analítico-factoriales de los rasgos. En S. Clonninger, *Teorías de la personalidad* (p. 228-272). México: Pearson Educación.
- Costa & McCrae.(1999).Modelo teórico propuesto de los cinco grandes. *Personalidad teoría e investigación* (p.225).Colombia:Manual Moderno.
- Cuadrado, David. (2010). *Las cinco etapas del cambio*(p.55).Madrid: Capital Humano.
- Darwin, C. (1859). *El origen de las especies* (p.17). United States of America: ALBA.
- Dresch, Vk. (2006). *Relación entre personalidad y salud*. Madrid.
- Feist, J., & Feist, G. J. (2007). El modelo factorial de Eysenck. En J. Feist, & G. J. Feist, *Teorías de la personalidad* (p. 392- 426). España: Mc Graw Hill.
- Feldman, R. (1995). Teorías de rasgos. En R. Feldman, *Psicología con aplicaciones para Iberoamérica* (p. 403-409). México: Mc Graw- Hill.
- González, G. A. (2013). *Teorías de la Personalidad* (p.11). México: Red Tercer Milenio.
- Heredia, P., & Pinto, B. (2006). *El tipo de personalidad en pacientes diabéticos*. Santiago de Chile.

- Hinojosa, A. (1968). *Mecanismos psicológicos de adaptación y defensa* (p.71). México: Aramoni.
- J. Aveces Magdaleno. (2000). El temperamento. *Psicología General* (p.216). México: Sevilla.
- Jiménez, M., & Herranz, S. (1946). Albert Ellis. En M. A. Millan, & S. Serrano, *Psicología y Familia* (p. 146-147). Madrid: Cáritas Española.
- Kent, M. (1998). Diabetes mellitus. En *diccionario Oxford de medicina y ciencias del deporte* (p. 210-215). Barcelona: PAIDOTRIBO.
- Larsen, R., & Buss, D. (2005). *Psicología de la personalidad* (p.62). México: McGraw Hill.
- Londoño, N., & López, G. (2007). *Diagnóstico y adaptación a enfermedades*. Bogotá: ISSN.
- López, C., Riu, & Forner. (2004). *Proceso de adaptación y mecanismos de afrontamiento en pacientes con diabetes*. España: Elsevier.
- Lorente, A. P., Truffino, J. C., & Armentia, A. d. (2003). El proprio. En A. P. Lorente, J. C. Truffino, & A. d. Armentia, *Fundamentos de psicología de la personalidad* (p. 198 - 200). España: Rialp.
- Macías, M. (2006). *Investigación sobre las reacciones emocionales que presentan los pacientes de 40 a 60 años frente a la diabetes mellitus tipo II en el área de medicina interna del Hospital Provincial Docente Ambato*. Universidad Técnica De Ambato: Ambato.
- Marin, J. R., Pastor, A., & López, S. (1993). Afrontamiento, Apoyo Social, Calidad de Vida y Enfermedad. *Psicothema*, 24.
- Marín, N. L. (2006). La terapia racional emotiva de Albert Ellis. *Norte de Salud Mental*, (p.126 - 129).
- Martín, E., Querol, C., Larsson, M., & Renovell. (2007). Evaluación psicológica de pacientes con diabetes mellitus. *Avances de Diabetología*, (p.89 - 93).
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1985). *Updating Norman's adequate taxonomy: Intelligence and personality dimensions in natural language and questionnaires*. *Journal of Personality and Social Psychology*: 49,(p.710-721).
- Pervin, L. & Cervone. (2009). Teorías de los rasgos de Gordon Allport: *Personalidad Teoría e investigación* (p.193). Colombia:Manual Moderno.

- Pico, A. C. (2013). *Determinación de la tipología de personalidad en pacientes psicosomáticos que presentan gastritis y que acuden al hospital andino alternativo de chimborazo de la ciudad de Riobamba* Disertación de grado previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica. Ambato: Pontificia Universidad Católica Del Ecuador Sede Ambato.
- Ramos, G. (15 de Octubre de 2013). *APA CP José Soto Micó*. Obtenido de <http://apasotomico.com/para-pensar/curso-20092010/72-la-personalidad-desarrollo-y-componntes-i>
- Roncali, E. M. (2010). *Diabetes: El Enemigo Que Acecha En Silencio* (p.15). Digital Publications, Inc., 1999.
- Schmidt, V., Firpo, L., Vion, D., Oliván, M. D., & Casella. (2010). Modelo Psicobiológico de Personalidad de Eysenck. *Revista Internacional de Psicología*, (p.21).
- Schultz, D. P., & Schultz, S. E. (2002). Teorías de los rasgos. En D. P. Schultz, & S. E. Schultz, *Teorías de la personalidad* (p. 392- 426). México: Thomson. Obtenido de <http://webpace.ship.edu/cgboer/allportesp.html>
- Shakespeare, W. (1623).
- Sinisterra, M., Palacios, M., Cruz, J., & Gantiva, C. (2009). Teorías de la personalidad. Un análisis histórico del concepto y su medición. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, (p.84 - 86).
- Spinatelli, J. S. (Febrero de 2007). Ansiedad. *PSICOLOGIA SOCIAL*,(p. 12). Obtenido de [http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/int-teorias\\_enrique.pdf](http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/int-teorias_enrique.pdf)
- Vásques, D. D., Cuervo, R., Pinés, P., Vidal, J., Lara, E., Benito, C., . . . Olivares, E. (2007). *Diccionario de Medicina* (p.224). España: Complutense.
- Villoria, M. B. (2002). *Relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama* (p.68). Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona, para la obtencion de un doctorado en psicología.

## ANEXOS

### - Historia clínica psicológica

#### HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

##### I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres.....  
Edad.....Lugar y fecha de nacimiento.....  
Instrucción.....Institución.....  
Ocupación:.....  
Domicilio.....  
Teléfonos.....  
Número de historia clínica.....  
Fecha actual.....

##### II. MOTIVO DE CONSULTA

.....  
.....  
.....  
.....

##### III HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

##### IV PSICOANAMNESIS PERSONAL

.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....

**V .PSICOANAMNESIS FAMILIAR NORMAL Y PATOLÓGICA**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**VI. EXAMEN DE FUNCIONES PSICOLÓGICAS.**

- Conciencia: .....
- Memoria:.....
- Pensamiento:.....
- Lenguaje:.....
- Sensopercepciones:.....
- Atención:.....
- Orientación:.....
- Aspecto personal:.....

**VII. COMPORTAMIENTO GENERAL**

.....  
.....  
.....

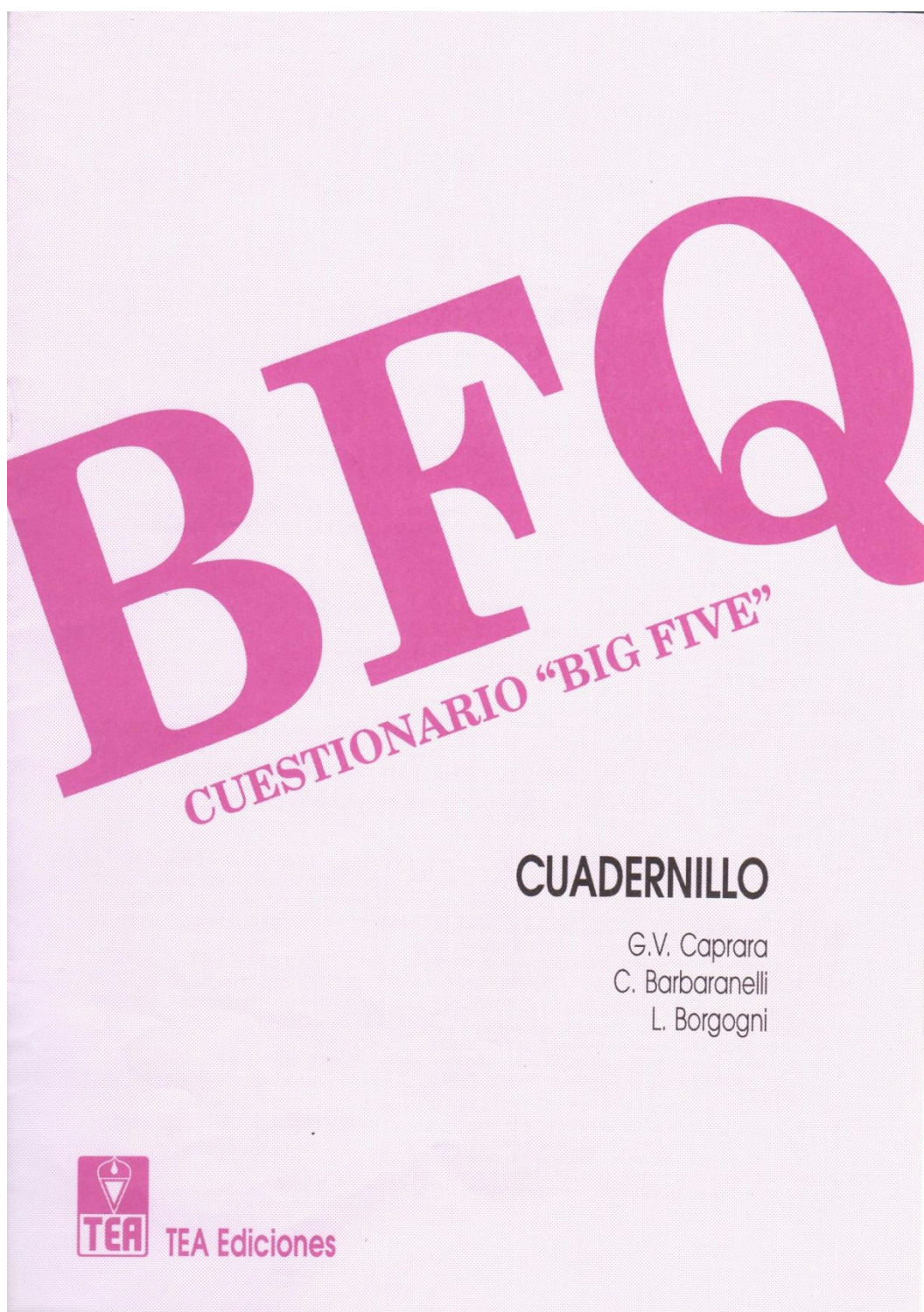
**IX. EXÁMENES PSICOLOGICOS**

.....  
.....

**X. DIAGNÓSTICO**

.....  
.....  
.....

- Cuestionario Big Five



N° 234

## BFQ

### CUESTIONARIO "BIG FIVE"

#### INSTRUCCIONES

A continuación encontrará una serie de frases sobre formas de pensar, sentir o actuar, para que las vaya leyendo atentamente y marque la respuesta que describa mejor cuál es su forma habitual de pensar, sentir o actuar.

Para contestar utilice la Hoja de respuestas y señale el espacio de uno de los números (5 a 1) que encontrará al lado del número que tiene la frase que está contestando. Las alternativas de respuesta son:

- 5 completamente VERDADERO para mí
- 4 bastante VERDADERO para mí
- 3 ni VERDADERO ni FALSO para mí
- 2 bastante FALSO para mí
- 1 completamente FALSO para mí

Vea cómo se han contestado aquí dos frases:

- E1. Me gusta pasear por el parque de la ciudad.
- E2. La familia es el móvil de todos mis actos.

REPRESENTACIÓN DE LA HOJA DE RESPUESTAS					
	5	4	3	2	1
E1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E2.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

No existen respuestas correctas o incorrectas, buenas o malas; la persona que contestó a las dos frases anteriores consideró que la frase E1 es "bastante falsa" para ella (señaló debajo del número 2) y que la frase E2 es "completamente verdadera" para ella (señaló debajo del 5), porque pone a la familia por delante del dinero y de los amigos.

Procure contestar a todas las frases. Recuerde que debe dar su propia opinión acerca de Vd. Trate de ser SINCERO CONSIGO MISMO y contestar con espontaneidad, sin pensarlo demasiado. Sus respuestas serán tratadas confidencialmente y sólo se utilizarán de modo global, transformadas en puntuaciones.

Al marcar su contestación en la Hoja asegúrese de que el número de la frase que Vd. contesta corresponde con el número colocado al lado del espacio que Vd. marca. Si desea cambiar alguna respuesta borre o anule la señal hecha y marque el otro espacio. No haga ninguna señal en este Cuadernillo.

**ESPERE A QUE SE DÉ LA SEÑAL PARA COMENZAR**

- 5 completamente VERDADERO para mí  
 4 bastante VERDADERO para mí  
 3 ni VERDADERO ni FALSO para mí  
 2 bastante FALSO para mí  
 1 completamente FALSO para mí

1. Creo que soy una persona activa y vigorosa.
2. No me gusta hacer las cosas razonando demasiado sobre ellas.
3. Tiendo a implicarme demasiado cuando alguien me cuenta sus problemas.
4. No me preocupan especialmente las consecuencias que mis actos puedan tener sobre los demás.
5. Estoy siempre informado sobre lo que sucede en el mundo.
6. Nunca he dicho una mentira.
7. No me gustan las actividades que exigen empeñarse y esforzarse hasta el agotamiento.
8. Tiendo a ser muy reflexivo.
9. No suelo sentirme tenso.
10. Noto fácilmente cuándo las personas necesitan mi ayuda.
11. No recuerdo fácilmente los números de teléfono que son largos.
12. Siempre he estado completamente de acuerdo con los demás.
13. Generalmente tiendo a imponerme a las otras personas, más que a condescender con ellas.
14. Ante los obstáculos grandes, no conviene empeñarse en conseguir los objetivos propios.
15. Soy más bien susceptible.
16. No es necesario comportarse cordialmente con todas las personas.
17. No me siento muy atraído por las situaciones nuevas e inesperadas.
18. Siempre he resuelto de inmediato todos los problemas que he encontrado.

19. No me gustan los ambientes de trabajo en los que hay mucha competitividad.
20. Llevo a cabo las decisiones que he tomado.
21. No es fácil que algo o alguien me hagan perder la paciencia.
22. Me gusta mezclarme con la gente.
23. Toda novedad me entusiasma.
24. Nunca me he asustado ante un peligro, aunque fuera grave.
25. Tiendo a decidir rápidamente.
26. Antes de tomar cualquier iniciativa, me tomo tiempo para valorar las posibles consecuencias.
27. No creo ser una persona ansiosa.
28. No suelo saber cómo actuar ante las desgracias de mis amigos.
29. Tengo muy buena memoria.
30. Siempre he estado absolutamente seguro de todas mis acciones.
31. En mi trabajo no le concedo especial importancia a rendir mejor que los demás.
32. No me gusta vivir de manera demasiado metódica y ordenada.
33. Me siento vulnerable a las críticas de los demás.
34. Si es preciso, no tengo inconveniente en ayudar a un desconocido.
35. No me atraen las situaciones en constante cambio.
36. Nunca he desobedecido las órdenes recibidas, ni siquiera siendo niño.
37. No me gustan aquellas actividades en las que es preciso ir de un sitio a otro y moverse continuamente.

**NO SE DETENGA, CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE**

- 5 completamente VERDADERO para mí  
 4 bastante VERDADERO para mí  
 3 ni VERDADERO ni FALSO para mí  
 2 bastante FALSO para mí  
 1 completamente FALSO para mí

38. No creo que sea preciso esforzarse más allá del límite de las propias fuerzas, incluso aunque haya que cumplir algún plazo.
39. Estoy dispuesto a esforzarme al máximo con tal de destacar.
40. Si tengo que criticar a los demás, lo hago, sobre todo cuando se lo merecen.
41. Creo que no hay valores y costumbres totalmente válidos y eternos.
42. Para enfrentarse a un problema no es efectivo tener presentes muchos puntos de vista diferentes.
43. En general no me irrita, ni siquiera en situaciones en las que tendría motivos suficientes para ello.
44. Si me equivoco, siempre me resulta fácil admitirlo.
45. Cuando me enfado manifiesto mi malhumor.
46. Llevo a cabo lo que he decidido, aunque me suponga un esfuerzo no previsto.
47. No pierdo tiempo en aprender cosas que no estén estrictamente relacionadas con mi campo de intereses.
48. Casi siempre sé cómo ajustarme a las exigencias de los demás.
49. Llevo adelante las tareas emprendidas, aunque los resultados iniciales parezcan negativos.
50. No suelo sentirme sólo y triste.
51. No me gusta hacer varias cosas al mismo tiempo.
52. Habitualmente muestro una actitud cordial, incluso con las personas que me provocan una cierta antipatía.

53. A menudo estoy completamente absorbido por mis compromisos y actividades.
54. Cuando algo entorpece mis proyectos, no insisto en conseguirlos e intento otros.
55. No me interesan los programas televisivos que me exigen esfuerzo e implicación.
56. Soy una persona que siempre busca nuevas experiencias.
57. Me molesta mucho el desorden.
58. No suelo reaccionar de modo impulsivo.
59. Siempre encuentro buenos argumentos para sostener mis propuestas y convencer a los demás de su validez.
60. Me gusta estar bien informado, incluso sobre temas alejados de mi ámbito de competencia.
61. No doy mucha importancia a demostrar mis capacidades.
62. Mi humor pasa por altibajos frecuentes.
63. A veces me enfado por cosas de poca importancia.
64. No hago fácilmente un préstamo, ni siquiera a personas que conozco bien.
65. No me gusta estar en grupos numerosos.
66. No suelo planificar mi vida hasta en los más pequeños detalles.
67. Nunca me han interesado la vida y costumbres de otros pueblos.
68. No dudo en decir lo que pienso.
69. A menudo me noto inquieto.
70. En general no es conveniente mostrarse sensible a los problemas de los demás.
71. En las reuniones no me preocupo especialmente por llamar la atención.

NO SE DETENGA, CONTÍNE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

- 5 completamente VERDADERO para mí  
 4 bastante VERDADERO para mí  
 3 ni VERDADERO ni FALSO para mí  
 2 bastante FALSO para mí  
 1 completamente FALSO para mí

72. Creo que todo problema puede ser resuelto de varias maneras.
73. Si creo que tengo razón, intento convencer a los demás aunque me cueste tiempo y energía.
74. Normalmente tiendo a no fiarme mucho de mi prójimo.
75. Difícilmente desisto de una actividad que he comenzado.
76. No suelo perder la calma.
77. No dedico mucho tiempo a la lectura.
78. Normalmente no entablo conversación con compañeros ocasionales de viaje.
79. A veces soy tan escrupuloso que puedo resultar pesado.
80. Siempre me he comportado de modo totalmente desinteresado.
81. No tengo dificultad para controlar mis sentimientos.
82. Nunca he sido un perfeccionista.
83. En diversas circunstancias me he comportado impulsivamente.
84. Nunca he discutido o peleado con otra persona.
85. Es inútil empeñarse totalmente en algo, porque la perfección no se alcanza nunca.
86. Tengo en gran consideración el punto de vista de mis compañeros.
87. Siempre me han apasionado las ciencias.
88. Me resulta fácil hacer confidencias a los demás.
89. Normalmente no reacciono de modo exagerado, ni siquiera ante las emociones fuertes.

90. No creo que conocer la historia sirva de mucho.
91. No suelo reaccionar a las provocaciones.
92. Nada de lo que he hecho podría haberlo hecho mejor.
93. Creo que todas las personas tienen algo de bueno.
94. Me resulta fácil hablar con personas que no conozco.
95. No creo que haya posibilidad de convencer a otro cuando no piensa como nosotros.
96. Si fracaso en algo, lo intento de nuevo hasta conseguirlo.
97. Siempre me han fascinado las culturas muy diferentes a la mía.
98. A menudo me siento nervioso.
99. No soy una persona habladora.
100. No merece mucho la pena ajustarse a las exigencias de los compañeros, cuando ello supone una disminución del propio ritmo de trabajo.
101. Siempre he comprendido de inmediato todo lo que he leído.
102. Siempre estoy seguro de mí mismo.
103. No comprendo qué empuja a las personas a comportarse de modo diferente a la norma.
104. Me molesta mucho que me interrumpan mientras estoy haciendo algo que me interesa.
105. Me gusta mucho ver programas de información cultural o científica.
106. Antes de entregar un trabajo, dedico mucho tiempo a revisarlo.

**NO SE DETENGA, CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE**

- 5 completamente VERDADERO para mí  
 4 bastante VERDADERO para mí  
 3 ni VERDADERO ni FALSO para mí  
 2 bastante FALSO para mí  
 1 completamente FALSO para mí

107. Si algo no se desarrolla tan pronto como deseaba, no insisto demasiado.
108. Si es preciso, no dudo en decir a los demás que se metan en sus asuntos.
109. Si alguna acción mía puede llegar a desagradar a alguien, seguramente dejo de hacerla.
110. Cuando un trabajo está terminado, no me pongo a repasarlo en sus mínimos detalles.
111. Estoy convencido de que se obtienen mejores resultados cooperando con los demás, que compitiendo.
112. Prefiero leer a practicar alguna actividad deportiva.
113. Nunca he criticado a otra persona.
114. Afronto todas mis actividades y experiencias con gran entusiasmo.
115. Sólo quedo satisfecho cuando veo los resultados de lo que había programado.
116. Cuando me critican, no puedo evitar exigir explicaciones.
117. No se obtiene nada en la vida sin ser competitivo.
118. Siempre intento ver las cosas desde distintos enfoques.
119. Incluso en situaciones muy difíciles, no pierdo el control.
120. A veces incluso pequeñas dificultades pueden llegar a preocuparme.
121. Generalmente no me comporto de manera abierta con los extraños.
122. No suelo cambiar de humor bruscamente.
123. No me gustan las actividades que implican riesgo.

124. Nunca he tenido mucho interés por los temas científicos o filosóficos.
125. Cuando empiezo a hacer algo, nunca sé si lo terminaré.
126. Generalmente confío en los demás y en sus intenciones.
127. Siempre he mostrado simpatía por todas las personas que he conocido.
128. Con ciertas personas no es necesario ser demasiado tolerante.
129. Suelo cuidar todas las cosas hasta en sus mínimos detalles.
130. No es trabajando en grupo como se pueden desarrollar mejor las propias capacidades.
131. No suelo buscar soluciones nuevas a problemas para los que ya existe una solución eficaz.
132. No creo que sea útil perder tiempo repasando varias veces el trabajo hecho.

**COMPRUEBE SI HA DADO  
 UNA RESPUESTA A TODAS LAS FRASES**

- Escala de estrategias de Coping - modificada

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS Y VALIDACIÓN DE EEC-M

347

Apéndice 2. Escala de estrategias de Coping – modificada (EEC-M)

Londoño N. H., Henao G. C., Puerta I. C., Posada S. L., Arango D.,  
Aguirre, D. C.

Grupo de Investigación Estudios Clínicos y Sociales en Psicología  
Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia

**Instrucciones:**

A continuación se plantean diferentes formas que emplean las personas para afrontar los problemas o situaciones estresantes que se les presentan en la vida. Las formas de afrontamiento aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores o peores. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras, dependiendo de la situación problema. Trate de recordar las diferentes situaciones o problemas más estresantes vividos durante los últimos años, y responda señalando con una X en la columna que le señala la flecha (↓), el número que mejor indique qué tan habitual ha sido esta forma de comportamiento ante las situaciones estresantes.

	1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Frecuentemente	5 Casi siempre	6 Siempre														
							↓	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1. Trato de comportarme como si nada hubiera pasado																				
2. Me alejo del problema temporalmente (tomando unas vacaciones, descansando, etc.)																				
3. Procuo no pensar en el problema																				
4. Descargo mi mal humor con los demás																				
5. Intento ver los aspectos positivos del problema																				
6. Le cuento a familiares o amigos cómo me siento																				
7. Procuo conocer mejor el problema con la ayuda de un profesional																				
8. Asisto a la iglesia																				
9. Espero que la solución llegue sola																				
10. Trato de solucionar el problema siguiendo unos pasos concretos bien pensados																				
11. Procuo guardar para mí los sentimientos																				
12. Me comporto de forma hostil con los demás																				
13. Intento sacar algo positivo del problema																				
14. Pido consejo u orientación a algún pariente o amigo para poder afrontar mejor el problema																				
15. Busco ayuda profesional para que me guíen y orienten																				
16. Tengo fe en que puede ocurrir algún milagro																				
17. Espero el momento oportuno para resolver el problema																				

	1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Frecuentemente	5 Casi siempre	6 Siempre												
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
18.	Pienso que con el paso del tiempo el problema se soluciona			1 2 3 4 5 6														
19.	Establezco un plan de actuación y procuro llevarlo a cabo			1 2 3 4 5 6														
20.	Procuro que los otros no se den cuenta de lo que siento			1 2 3 4 5 6														
21.	Evado las conversaciones o temas que tienen que ver con el problema			1 2 3 4 5 6														
22.	Expreso mi rabia sin calcular las consecuencias			1 2 3 4 5 6														
23.	Pido a parientes o amigos que me ayuden a pensar acerca del problema			1 2 3 4 5 6														
24.	Procuro hablar con personas responsables para encontrar una solución al problema			1 2 3 4 5 6														
25.	Tengo fe en que Dios remedie la situación			1 2 3 4 5 6														
26.	Pienso que hay un momento oportuno para analizar la situación			1 2 3 4 5 6														
27.	No hago nada porque el tiempo todo lo dice			1 2 3 4 5 6														
28.	Hago frente al problema poniendo en marcha varias soluciones			1 2 3 4 5 6														
29.	Dejo que las cosas sigan su curso			1 2 3 4 5 6														
30.	Trato de ocultar mi malestar			1 2 3 4 5 6														
31.	Salgo al cine, a dar una vuelta, etc., para olvidarme del problema			1 2 3 4 5 6														
32.	Evito pensar en el problema			1 2 3 4 5 6														
33.	Me dejo llevar por mi mal humor			1 2 3 4 5 6														
34.	Hablo con amigos o familiares para que me animen o tranquilicen cuando me encuentro mal			1 2 3 4 5 6														
35.	Busco la ayuda de algún profesional para reducir mi ansiedad o malestar			1 2 3 4 5 6														
36.	Rezo			1 2 3 4 5 6														
37.	Hasta que no tenga claridad frente a la situación, no puedo darle la mejor solución a los problemas			1 2 3 4 5 6														
38.	Pienso que lo mejor es esperar a ver qué puede pasar			1 2 3 4 5 6														
39.	Pienso detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema			1 2 3 4 5 6														
40.	Me resigno y dejo que las cosas pasen			1 2 3 4 5 6														
41.	Inhibo mis propias emociones			1 2 3 4 5 6														
42.	Busco actividades que me distraigan			1 2 3 4 5 6														
43.	Niego que tengo problemas			1 2 3 4 5 6														
44.	Me salgo de casillas			1 2 3 4 5 6														
45.	Por más que quiera no soy capaz de expresar abiertamente lo que siento			1 2 3 4 5 6														
46.	A pesar de la magnitud de la situación tiendo a sacar algo positivo			1 2 3 4 5 6														
47.	Pido a algún amigo o familiar que me indique cuál sería el mejor camino a seguir			1 2 3 4 5 6														
48.	Pido ayuda a algún médico o psicólogo para aliviar mi tensión			1 2 3 4 5 6														

	1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Frecuentemente	5 Casi siempre	6 Siempre														
							↓	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
49.	Acudo a la iglesia para poner velas o rezar	1	2	3	4	5	6													
50.	Considero que las cosas por sí solas se solucionan	1	2	3	4	5	6													
51.	Analizo lo positivo y negativo de las diferentes alternativas	1	2	3	4	5	6													
52.	Me es difícil relajarme	1	2	3	4	5	6													
53.	Hago todo lo posible para ocultar mis sentimientos a los otros	1	2	3	4	5	6													
54.	Me ocupo de muchas actividades para no pensar en el problema	1	2	3	4	5	6													
55.	Así lo quiera, no soy capaz de llorar	1	2	3	4	5	6													
56.	Tengo muy presente el dicho "al mal tiempo buena cara"	1	2	3	4	5	6													
57.	Procuró que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito manifestar mis sentimientos	1	2	3	4	5	6													
58.	Intento conseguir más información sobre el problema acudiendo a profesionales	1	2	3	4	5	6													
59.	Dejo todo en manos de Dios	1	2	3	4	5	6													
60.	Espero que las cosas se vayan dando	1	2	3	4	5	6													
61.	Me es difícil pensar en posibles soluciones a mis problemas	1	2	3	4	5	6													
62.	Trato de evitar mis emociones	1	2	3	4	5	6													
63.	Dejo a un lado los problemas y pienso en otras cosas	1	2	3	4	5	6													
64.	Trato de identificar las ventajas del problema	1	2	3	4	5	6													
65.	Considero que mis problemas los puedo solucionar sin la ayuda de los demás	1	2	3	4	5	6													
66.	Pienso que no necesito la ayuda de nadie y menos de un profesional	1	2	3	4	5	6													
67.	Busco tranquilizarme a través de la oración	1	2	3	4	5	6													
68.	Frente a un problema, espero conocer bien la situación antes de actuar	1	2	3	4	5	6													
69.	Dejo que pase el tiempo	1	2	3	4	5	6													

- Socialización de la guía de intervención primaria al personal encargado del Club de diabéticos e hipertensos del Cantón Píllaro



- Socialización de los resultados a los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II

