



UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE
LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA HUMANA**

TÍTULO:

**PERSONALIDAD Y AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN
PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 DE UNA INSTITUCIÓN DE
SALUD DE LIMA, 2016**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA HUMANA**

AUTORA:

LUJAN RODAS RAQUEL

LIMA – PERÚ

2017

DEDICATORIA

A mi querida y extrañada mamá Lucila por su gran amor, su presencia en cada minuto de mi vida y por animarme a seguir adelante aún en el recuerdo.

A mi padre, mis hermanos y hermanas por su apoyo, porque todo lo que soy se los debo a ellos y por inculcar en mí la importancia de estudiar.

A la vida, por ser siempre una oportunidad para crecer y realizar metas.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo no hubiera sido posible sin la colaboración de muchos pacientes, aquellos presentes en la recolección de datos y por compartir la experiencia de la enfermedad.

Al Dr. Edmundo Orellana Guzmán, Director de la Escuela Profesional de Psicología Humana por su apoyo, sus buenos consejos y por ser mi guía en la elaboración de ésta Tesis.

Al Dr. Bruno Zanoló Martinyzzi por su apoyo incondicional y sus sabias enseñanzas.

Mi gratitud al Mg. Walter Capa Luque por su labor de guía y orientación en su momento.

Deseo agradecer a mi familia y amigos por su soporte y su estímulo constante a continuar con este propósito.

PERSONALIDAD Y AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD DE LIMA, 2016

RESÚMEN

Se analiza la relación entre la personalidad y el afrontamiento al estrés, en una muestra de 110 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (70 mujeres y 40 varones); de una Institución de Salud ubicado en el distrito de San Juan de Miraflores-Lima. La investigación asume a un diseño no experimental, de tipo correlacional y el tipo de muestreo corresponde al tipo no probabilístico e intencional. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de Personalidad de Eysenck forma B (EPI) y el Inventario de Estimación de Afrontamiento de Carver (COPE). Los resultados indican que el temperamento melancólico, los rasgos de introversión e inestabilidad son muy predominantes en la muestra estudiada. También se halló que no existe una correlación significativa entre la personalidad y afrontamiento al estrés; así como en las dimensiones de dichas variables.

Palabras clave: personalidad, afrontamiento al estrés, diabetes mellitus tipo 2

**PERSONALITY AND FREEDOM TO STRESS IN PATIENTS WITH TYPE 2
DIABETES OF A HEALTH INSTITUTION OF LIMA, 2016**

ABSTRACT

The relationship between personality and coping with stress is analyzed in a sample of 110 patients with type 2 diabetes mellitus (70 women and 40 men); Of a Health Institution located in the district of San Juan de Miraflores-Lima. The research assumes a non-experimental, correlational type design and the type of sampling corresponds to the non-probabilistic and intentional type. The instruments used were the Eysenck Personality Inventory Form B (EPI) and the Carver Coping Estimation Inventory (COPE). The results indicate that the melancholic temperament, traits of introversion and instability are very predominant in the sample studied. It was also found that there is no significant correlation between personality and coping with stress; As well as in the dimensions of these variables.

Key words: personality, coping with stress , diabetes mellitus type 2

INDICE

	Pág.
Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Resumen	iv
Abstract	v
Índice de contenido	vi
CAPITULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Descripción de la realidad problemática	10
1.2 Formulación del problema	13
1.3 Objetivos de la investigación	14
1.4 Justificación de la investigación	15
1.4.1 Importancia de la investigación	15
1.4.2 Viabilidad de la investigación	18
1.5 Limitaciones del estudio	18
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes de la investigación	20
2.2 Bases teóricas de la Personalidad	32
2.2.1 Definición de Personalidad	32
2.2.2 Fundamentos de la personalidad	35
2.2.3 Modelos teóricos	38
2.2.4 Dimensiones de la personalidad	50
2.2.5 Importancia de la personalidad en el contexto de la salud	51
2.3 Bases teóricas del Afrontamiento	52
2.3.1 Definición	52

2.3.2	Modelos teóricos	53
2.3.3	Estilos y recursos de afrontamiento	55
2.3.4	Dimensiones del afrontamiento	57
2.3.5	Importancia del afrontamiento en el contexto de la salud	59
2.4	Diabetes Mellitus 2	60
2.4.1	Epidemiología	60
2.4.2	Definición	61
2.4.3	Etiología	62
2.4.4	Sintomatología	62
2.4.5	Aspectos psicológicos relacionados a la diabetes mellitus tipo 2	63
CAPÍTULO III HIPOTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN		
3.1	Formulación de hipótesis de la Investigación	67
3.2	Variables, dimensiones e indicadores, definición conceptual y operacional	67
CAPÍTULO IV METODOLOGÍA		
4.1	Diseño metodológico	72
4.2	Diseño muestral	72
4.3	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	73
4.4	Técnicas de procesamiento de información	83
4.5	Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información	84
4.6	Aspectos éticos contemplados	84
CAPÍTULO V ANÁLISIS Y DISCUSIÓN		
5.1	Análisis descriptivos	86
5.2	Análisis inferencial	90

5.3	Discusión, conclusiones y recomendaciones	99
ANEXOS Y APÉNDICES		
-	Pruebas psicológicas utilizadas	110
	Inventario de Personalidad de Eysenck (EPI)	110
	Inventario de Estimación de Afrontamiento de Carver (COPE)	112
-	Matriz de consistencia	114
INDICE DE TABLAS		117
INDICE DE FIGURAS		119
REFERENCIAS		120

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Realidad Problemática

La diabetes mellitus, es en estos momentos uno de los importantes y serios debates dentro de la salud pública en el ámbito mundial. Es así que la Sociedad Peruana de Endocrinología (2008) considera a la diabetes tipo 2, una patología de elevada morbimortalidad. Su morbilidad determinada por las complicaciones microvasculares, pero fundamentalmente por el agravamiento en los factores psicológicos del paciente. Por ello esta enfermedad se viene convirtiendo en uno de los mayores obstáculos donde la calidad de vida de la población peruana se viene debilitando velozmente; además de producir un impacto socioeconómico importante a nivel mundial con el aumento del costo tanto personal como social (Marín, Márquez, y Salazar, 2009).

Según la Organización Panamericana de Salud (2010) la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) se caracteriza por desórdenes en la acción de la insulina, a las que se han asociado diferentes factores de riesgo, entre ellos los más comunes son la obesidad central, bajo peso al nacer, escasez de actividad física y sobretodo las dietas poco saludables optadas últimamente por la mayoría de la población. Por consiguiente los datos de incidencia de dicha enfermedad han aumentado de forma alarmante en los últimos años; y según sostiene la OMS, en el mundo hay más de 382 millones de personas con diabetes mellitus, en Latinoamérica casi 50 millones de habitantes y se espera un aumento del 14% en los próximos 10 años. Del mismo modo, en el Perú alrededor de 1 millón de personas es portadora de la diabetes mellitus y según el MINSA (2010) el 5% de la población Peruana tiene diabetes tipo 2, por lo que será la séptima causa de mortalidad en el 2030. Por otro lado, el INEI (2014) menciona que la población adulta mayor con diagnóstico de diabetes fue ligeramente mayor en las

mujeres (9,7%) que en los hombres (8,6%). De estos grupos, el 77,3% de las mujeres y el 75,2% de hombres diabéticos siguieron tratamiento médico, para mantener en la sangre los niveles de glucosa dentro de la normalidad. Y los mayores porcentajes de adultos mayores con diabetes se presentaron en Lima Metropolitana (13,8%) y en el resto de la Costa (9,8%); los menores porcentajes fueron en la Sierra (4,7%) y la Selva (7,6%). Es así que dichas cifras se vienen revelando en las atenciones que se brindan en las diferentes Instituciones de Salud de nuestro país y es menester nombrar al Hospital María Auxiliadora, ubicado en el distrito de San Juan de Miraflores – Lima, donde una cantidad importante de pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 siguen el tratamiento de insulina correspondiente. En concordancia con lo expuesto el INEI (2015) mostró datos reveladores con respecto al riesgo social que se presenta en el distrito de San Juan de Miraflores, siendo así que el 17.2% de la población presenta algún riesgo social, de los cuales el 31.5% tienen al menos una necesidad básica insatisfecha, estos datos son impactantes si se relaciona con el estilo y la calidad de vida de dichos habitantes, lo que podría influir en el tratamiento que llevan dichos pacientes.

Por tanto, es imprescindible señalar que para conseguir una buena evolución en el tratamiento de una enfermedad es propicia el trabajo interdisciplinario e integral entre los profesionales de la salud, los factores protectores (familia, amigos, etc.), la sociedad en su conjunto y de vital importancia la participación del poder ejecutivo y legislativo del Estado Peruano.

De esta manera la ciencia psicológica involucra a diversos factores, como la adaptación, el afronte a dicha enfermedad, las características de personalidad, el nivel de ansiedad, depresión, estrés, etc. Con la intención de mejorar la calidad de vida del paciente y su nexos sociales; tal como lo señala Storlaza (2009; cit. por Leiva, 2010) el

mantenimiento sostenido de los valores de glucemia dentro de los límites fisiológicos contribuye la posibilidad de aparición de las complicaciones tardías de la diabetes, y la prevención de las complicaciones agudas. Ello puede ser alcanzado solamente con la participación activa de un paciente adecuadamente informado, entrenado y motivado.

En efecto, la presente investigación tiene como variables de estudio la personalidad y la capacidad de afrontamiento al estrés en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, donde se pretende fidelizar la importancia compleja en el abordaje preventivo y promocional en todo paciente con diabetes tipo 2, y de esta manera aclarar la aplicación de las diferentes estrategias necesarias para asistir y enfrentar dicha epidemia.

Cabe señalar, que diversas investigaciones en el tema de la salud y enfermedad consideran la posibilidad que éste puede perturbar o distorsionar algunas características de la personalidad o generar culpa, miedo, ira, ansiedad, depresión, etc. (Dersh, 2002; véase Salas, 2009). Por otro lado, la personalidad podría influir en que determinados pacientes respondan mejor que otros frente al dolor y la enfermedad, ya que se considera que de acuerdo a la personalidad del individuo existe la posibilidad de organizar mejor la forma en que interrelaciona lo psicológico con su propio cuerpo (Infante, Moncada y Sadigh, 1998; véase Salas, 2009). De esta manera, se consideraría que la personalidad del paciente con enfermedad podría jugar un papel fundamental tanto en el inicio como en el curso de la enfermedad.

Por su parte los investigadores Lazarus y Folkamn (1984) destacan la importancia de las experiencias estresoras que viven las personas, las cuales provienen de tres fuentes básicas: el entorno (ruidos, tránsito desordenado, desempleo, etc.), el propio cuerpo (cambios que suceden en las distintas etapas del ciclo vital o una enfermedad) y los propios pensamientos (interpretación de las experiencias, etc.).

Frente a lo mencionado se hace énfasis en que el cuerpo mismo es causante y generador de estrés cuando es participe de una enfermedad, tal como lo sostuvo Cannon (1935; cit por Díaz, 2015) los cambios que se traducen en una serie de reacciones fisiológicas como: los músculos se tensan para responder al desafío, la sangre bombeada hacia el cerebro para aumentar la llegada de oxígeno a las células, etc. pues si el organismo no se libera de estos cambios ocurridos durante la amenaza de una enfermedad, la persona entra en un estrés, siendo los resultados negativos deteriorando así la salud.

Asimismo la forma en que la persona afronta una situación de estrés dependerá de los recursos que dispone y de la habilidad que tiene para aplicarlos ante las distintas demandas del entorno (enfermedad), ya que los recursos de afrontamiento actúan como medios de reacción que la persona logra poner en funcionamiento, como factor atenuante en la interpretación de los acontecimientos o en la respuesta que se da a ellos (McCrae y Costa, 1988; véase Díaz, 2015).

Por consiguiente se deduce que el afrontamiento al estrés, es un factor determinante que interviene en la salud y en la homeostasis del mismo.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema principal

¿Cómo se relaciona la personalidad con el afrontamiento al estrés en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, de una Institución de Salud de Lima?

1.2.2 Problemas secundarios

1. ¿Cómo se relaciona la dimensión de la personalidad introversión-extroversión (E) con el afrontamiento enfocado en el problema en pacientes con diabetes mellitus tipo 2?
2. ¿Cómo se relaciona la dimensión de la personalidad introversión-extroversión (E) con el afrontamiento enfocado en la emoción, en pacientes con diabetes mellitus tipo 2?
3. ¿Cómo se relaciona la dimensión de la personalidad introversión-extroversión (E) con otros estilos de afrontamiento, en pacientes con diabetes mellitus tipo 2?
4. ¿Cómo se relaciona la dimensión de la personalidad estabilidad-inestabilidad (N) con el afrontamiento enfocado en el problema, en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2?
5. ¿Cómo se relaciona la dimensión de la personalidad estabilidad-inestabilidad (N) con el afrontamiento enfocado en la emoción, en pacientes con diabetes mellitus tipo 2?
6. ¿Cómo se relaciona la dimensión de la personalidad estabilidad-inestabilidad (N) con otros estilos de afrontamiento, en pacientes con diabetes mellitus tipo 2?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar la relación entre la personalidad y el afrontamiento al estrés en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, de una Institución de Salud de Lima.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Identificar la relación entre la dimensión de la personalidad introversión-extroversión (E) y el afrontamiento enfocado en el problema en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.
2. Identificar la relación entre la dimensión de la personalidad introversión-extroversión (E) y el afrontamiento enfocado en la emoción, en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.
3. Identificar la relación entre la dimensión de la personalidad introversión-extroversión (E) y otros estilos de afrontamiento, en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.
4. Identificar la relación entre la dimensión de la personalidad estabilidad-inestabilidad (N) y el afrontamiento enfocado en el problema, en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.
5. Identificar la relación entre la dimensión de la personalidad estabilidad-inestabilidad (N) y el afrontamiento enfocado en la emoción, en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.
6. Identificar la relación entre la dimensión de la personalidad estabilidad-inestabilidad (N) y otros estilos de afrontamiento, en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1 Importancia de la investigación

La investigación resulta muy importante debido a la alta incidencia de la enfermedad de la diabetes mellitus tipo 2, donde actualmente existen acercamientos teóricos que se exponen y ubican en una relación bidireccional a la salud y

enfermedad física y/o mental. Se sabe mucho y muy poco de esta enfermedad; mucho porque en teoría se va ahondando en explicaciones tras explicaciones, analizando causas, buscando consecuencias, y hallando tratamientos; pero se sabe poco con respecto a la intervención adecuada y los factores psicológicos asociados. De esta premisa se intenta correlacionar a la personalidad y el afrontamiento al estrés, dos grandes variables dentro de la ciencia psicológica.

De esta manera, diversas investigaciones en el tema del dolor y la enfermedad consideran la posibilidad que éste puede perturbar o distorsionar algunas características de la personalidad o generar culpa, miedo, ira, ansiedad, depresión, etc. (Dersh, 2002; véase Salas, 2009).

Por otro lado, la personalidad podría influir en que determinados pacientes respondan mejor que otros frente al dolor y la enfermedad, ya que se considera que de acuerdo a la personalidad del individuo existe la posibilidad de organizar mejor la forma en que interrelaciona lo psicológico con su propio cuerpo (Infante, Moncada y Sadigh, 1998; véase, Salas, 2009). De esta manera, se consideraría que la personalidad del paciente con enfermedad diabética podría jugar un papel fundamental tanto en el inicio como en el curso de la patología.

Se trata pues, con este estudio, incrementar más información, en las que se plantea si determinados rasgos de personalidad llevarían a estrategias de afrontamiento más adaptativas y por lo tanto a una mejor calidad de vida ante dicha enfermedad. Por consiguiente nos permitiría plantearnos investigaciones posteriores (proyección de futuro) que irían encaminadas a determinar si existen intervenciones psicológicas más efectivas para determinados tipos de pacientes con rasgos de personalidad específicos, de esta manera se facilitaría una mejor adherencia al tratamiento prescrito.

Se espera, que los resultados que se obtengan en la presente investigación, sean referente y útil para futuras investigaciones que aborden los fenómenos de personalidad y afrontamiento en todos aquellos pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2; así como en los diferentes campos de la salud, aquellos profesionales quienes están en contacto directo con pacientes (enfermeras, técnicas en enfermería, médicos, endocrinólogos, etc.). Para que de esta forma pueda permitirse trazar los lineamientos necesarios en el tratamiento interdisciplinario e integral a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

En el caso de que existieran dichas relaciones entre dimensiones de personalidad y los estilos de afrontamiento, se debería tener en cuenta a la hora de decidir un tratamiento psicológico, un programa de intervención u otro tipo de actividad en estos pacientes.

El desarrollo del estudio constituye un beneficio para el Hospital María Auxiliadora ubicado en el distrito de San Juan de Miraflores - Lima, ya que será una institución de salud donde la investigación se apertura a los temas de Psicología y puede ser garante de la prestación de cuidado y atención de calidad, como plantea los lineamientos del sistema de Salud del Ministerio de Salud de nuestro país.

De igual forma, los usuarios o pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que vienen recibiendo el tratamiento correspondiente, sus familiares y la comunidad en general, porque los resultados obtenidos serán comunicados y de esta forma permitirán evaluar las intervenciones actuales de cuidado, manejo y tratamiento. De esta manera tendrán un impacto favorable en la calidad de vida de los pacientes asistentes a la institución de salud.

Asimismo cabe resaltar que dichos datos obtenidos servirán como guía para cualquier intervención que se desea realizar con pacientes con diabetes, así como a

organizaciones interesadas como el MINSA para mejorar los planes y programas de abordaje terapéutico y porque no para la sociedad en general ya que podría contribuir en la mejora de la convivencia.

1.4.2. Viabilidad de la investigación

Las circunstancias de tiempo y espacio que facilitaron y viabilizaron la realización de la investigación fueron lo siguiente: el tiempo aproximado fue 15 meses, desde enero de 2016 hasta abril 2017; asimismo la recogida de información se realizó en el Hospital María Auxiliadora ubicado en el distrito de San Juan de Miraflores de Lima, específicamente en la Unidad de Pie Diabético, en un tiempo aproximado de 2 meses (noviembre y diciembre de 2016). Las pruebas utilizadas cuentan con la debida validez y confiabilidad del caso. Otra tarea prioritaria realizaron los pacientes con su colaboración y apoyo. De la misma manera la institución de salud con la apertura para el presente estudio.

1.5. Limitaciones del estudio

Las limitaciones no fueron ajenas a este estudio, y se mencionan a continuación:

El acceso restringido a las bibliografías por parte de instituciones burocráticas y la poca confianza en la realización de investigaciones como la presente.

Ahora bien, los resultados del presente estudio se limitan al ámbito de aplicación.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Antecedentes Nacionales

En Perú, Guardia (2010) desarrolló una investigación no experimental y de tipo transversal correlacional con las variables de ansiedad y afrontamiento en cuidadores de pacientes con esquizofrenia, en la que tuvo como objetivo determinar la relación entre dichas variables y describir su relación con las variables sociodemográficas de los cuidadores y pacientes en una muestra de 66 cuidadores de dichos pacientes que han sido diagnosticados con esquizofrenia que asisten a un Hospital Psiquiátrico de Lima Metropolitana con el fin de realizar su tratamiento ambulatorio. Para ello se utilizó el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) y el Cuestionario de Estimación del Afrontamiento (COPE). Los resultados obtenidos fueron que la ansiedad más experimentada por los cuidadores fue la ansiedad de estado, dentro de la cual se reportaron diferencias según el grado de instrucción y la ocupación del cuidador; el estilo de afrontamiento más utilizado fue el estilo enfocado en el problema, al interior del cual se hallaron diferencias en relación a las variables sociodemográficas tanto del cuidador como del paciente; y finalmente, se reportaron correlaciones significativas medianas y altas entre las estrategias evitativas, la ansiedad de rasgo y la ansiedad de estado.

En Perú, Patilla (2011) realizó una investigación de tipo descriptivo comparativo y un muestreo probabilístico de tipo intencional en una muestra constituida por 55 pacientes de ambos sexos con edades comprendidas entre 43 y 87 años, con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 atendidos en consulta externa del

área de endocrinología en el Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú. Las variables a estudiar eran ansiedad, depresión y situaciones generadoras de estrés en pacientes diabéticos tipo 2 con adherencia y sin adherencia al tratamiento. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de salud, Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger (STAI), Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (SDS) y Diabetes Distress Scale (DDS17) en su versión español. Los resultados revelan la existencia de diferencias significativas entre la ansiedad estado, ansiedad rasgo, depresión y situaciones generadoras de estrés en pacientes diabéticos con adherencia al tratamiento y sin adherencia al tratamiento. Concluyéndose que los pacientes sin adherencia muestran una mayor probabilidad de presentar ansiedad, depresión y una mayor percepción de situaciones generadoras de estrés en comparación con los otros pacientes con adherencia al tratamiento.

En Perú, Rodríguez (2012) realizó un estudio de tipo correlacional que tenía como objetivo explorar la relación entre afrontamiento y soporte social en una muestra total de 45 adictos entre 20 y 60 años, hospitalizados en una comunidad terapéutica de un Hospital Psiquiátrico de Lima. Para ello se utilizó el Cuestionario de Estimación de Afrontamiento (COPE) y el Inventario de Entrevista de Soporte Social de Arizona (IESSA). Se encontraron como resultado correlaciones significativas directas e inversas entre casi todas las estrategias de afrontamiento y funciones e índices de soporte social, así mismo; los resultados sugieren que el soporte social mediaría la elección de estrategias de afrontamiento en la muestra estudiada.

En Lima, Lostaunau (2013) ejecutó una investigación de tipo transversal correlacional, teniendo como variables de estudio ansiedad rasgo y recursos de

afrontamiento en pacientes con diabetes tipo 2 que tuvo como objetivo conocer la relación entre ambas variables psicológicas en un grupo total de 65 pacientes entre 43 y 80 años provenientes de un Hospital de Lima Metropolitana. Los instrumentos de recolección de datos son La Escala de Ansiedad Rasgo del Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE) y el Inventario de Recursos de Afrontamiento en la versión Adaptada de Valdez, 1999 (CRI). Los resultados mostraron correlaciones inversas y significativas entre ansiedad rasgo y los recursos cognitivos, recursos sociales, recursos físicos y el puntaje global de los recursos de afrontamiento; es decir, los resultados demuestran una importante relación entre ambas variables, lo cual contribuye en el conocimiento acerca del funcionamiento de estos pacientes.

En Perú, Lostaunau y Torrejón (2013) realizaron un estudio de tipo transversal correlacional, tuvo como variables de estudio al estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud. La investigación estuvo conformada por una muestra de 53 mujeres mastectomizadas, de edades que oscilan entre 30 y 69 años y que han sido diagnosticadas por primera vez con cáncer de mama en el Hospital Neoplásicas de la ciudad de Lima. Los instrumentos que se utilizaron comprendieron la adaptación española del Cuestionario de salud (SF-36), El Inventario de Estimación de Afrontamiento (COPE), Escala de estrés percibido (EEP) y la adaptación Peruana de la Escala de Estrés Traumático; y se encontraron como resultados los niveles promedio y altos de la calidad de vida relacionada a la salud. El componente físico se vio más afectado que el componente mental, especialmente en pacientes migrantes y relación a los estilos de afrontamiento se encuentra que hay similar frecuencia de uso del estilo orientado al problema y el estilo orientado a la emoción siendo éste último el más frecuente en el grupo de participantes.

En Perú, Pillaca (2013) realizó una investigación que tuvo como objetivo determinar las estrategias de afrontamiento del paciente que asiste a la ESN-PCT en el Centro de Salud. El método utilizado es de tipo cuantitativo, descriptivo simple de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 30 pacientes asistentes al Centro de Salud. La forma de recolección de datos fue mediante una entrevista semiestructurada y la aplicación del instrumento COPE. Los resultados obtenidos son que las estrategias de afrontamiento están presentes en 50% y ausentes en 50% de la muestra. Las estrategias de afrontamiento están de mayor uso en los pacientes a seguir su tratamiento y las de menor uso fueron las centradas en la emoción.

En Perú, Gonzales (2011) tuvo como objetivo principal el determinar los problemas psicosociales y las estrategias de afrontamiento que utilizan los adultos mayores que asisten al Centro de Adulto Mayor del distrito del Rímac. La metodología de estudio fue de tipo descriptivo de corte transversal. La muestra fue de 70 personas. El medio por donde se recolecto los datos pertinentes fueron la Entrevista semiestructurada y el Escala de estrategias de Afrontamiento de Folkman y Lazarus Modificado. Las conclusiones fueron que el problema psicosocial más frecuente es la jubilación, seguido de soledad y finalmente imagen corporal. Las estrategias de afrontamiento más utilizados fueron confrontación, planificación, luego la reevaluación positiva y por ultimo búsqueda de apoyo social.

En Perú, Gastelumendi y Oré (2013) realizaron un estudio que tuvo por propósito examinar la relación entre los estilos y estrategias de afrontamiento, y los estilos de personalidad en un grupo de 41 voluntarios de una Institución de lucha contra la pobreza en la ciudad de Lima. Se utilizó las escalas COPE y MIPS adaptadas

al medio. Los hallazgos revelaron que los voluntarios utilizan estrategias de afrontamiento adaptativas. Los estilos de personalidad que caracterizaron a la muestra permitieron determinar un perfil de personalidad del grupo.

Antecedentes Internacionales

En Medellín (Colombia), los autores Gaviria et al. (2006) realizaron un estudio no experimental mediante un muestreo no probabilístico a 43 pacientes (85,7% mujeres y 14,3% hombres), con diagnóstico diferencial de artritis reumatoide basados en el criterio del Colegio Americano de Reumatología que asistían a control en el servicio de Reumatología de la Clínica Universitaria Bolivariana (CUB). Se estudiaron las variables de dolor, personalidad, y estrategias de afrontamiento, en la que los pacientes decidieron participar voluntariamente en el estudio, y se contó con su consentimiento informado. Para ello se utilizó el Inventario de Personalidad de Eysenck (EPI), el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (EEC-R), McGill Pain Questionnaire (MPQ) y la Escala Visual Análoga (VAS). Encontrándose relaciones significativas entre algunas estrategias de afrontamiento, mostrando patrones de respuesta coherentes, lo cual denota la solidez de este constructo. No se encontraron relaciones significativas entre las variables estudiadas.

Linares, Robles, y Peralta (2014) en la ciudad de Granada, España desarrollaron una investigación que tuvo como objetivo comprobar la posibilidad de modulación de variables de personalidad (tales como algunos de los Cinco Grandes Factores, o la personalidad resistente) a través de la aplicación de un programa de afrontamiento del estrés. Para ello, han participado 26 personas del ámbito

universitario con alto estrés percibido de la Universidad de Granada, distribuidas en dos grupos (grupo de tratamiento y grupo de control). La investigación se realizó mediante un diseño mixto de grupos independientes con medidas repetidas. Los grupos independientes fueron el grupo experimental y el grupo control. Los instrumentos de evaluación se clasificaron en dos grupos: variables psicológicas y emocionales, y se describen a continuación: Escala de Estrés percibido de Cohen, Kamarak y Mermeistein (1983), Inventario de Síntomas (SCL-90-R), Inventario de Vulnerabilidad al Estrés de Beech, Burns y Schefiel (1986) e Inventario de Preocupación de Meyer, Miller, Metzger y Borkover (1990); y variables de personalidad las cuales son: NEO-FFI de Costa y Mc crae (1992), Life Orientation Test de Scheier, Carver y Bridges (1994) y el Cuestionario de Personalidad Resistente de Moreno y Colaboradores (2000). Los resultados encontrados mostraron que existía que la terapia cognitivo-conductual de afrontamiento al estrés disminuyó las puntuaciones en las variables de estrés percibido, vulnerabilidad al estrés, preocupaciones, somatizaciones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad y ansiedad fóbica y que también interviene el tipo de personalidad según el modelo de Cinco Grandes. En conclusión, destacamos que los resultados encontrados nos informan de la posibilidad de modificar diferentes variables de personalidad que tradicionalmente se consideraban estables, mejorando con ello el abordaje psicológico y emocional que la persona hace ante las continuas situaciones de estrés cotidiano que experimenta.

En Argentina, Granados y Escalante (2010) realizaron un estudio que tuvo por propósito examinar la contribución de la variable personalidad en las conductas de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes. Se trabajó a partir de un diseño transversal con metodología descriptivo-correlacional y triangulación de datos

cualitativos obtenidos mediante entrevistas, el muestreo es no probabilística y se tuvo como participantes a una muestra de 19 sujetos (10 varones y 9 mujeres) con diabetes mellitus tipo 1 o tipo 2, con más de 5 años de evolución de la enfermedad. Se hizo uso del cuestionario MIPS de estilos de personalidad de Millon, el Cuestionario sobre Auto-percepción de Adherencia al Tratamiento de la Diabetes, y una Entrevista semidirigida. Los resultados evidenciaron una escasa interacción entre los niveles de adherencia y estilos de personalidad, del análisis de los casos atípicos se obtuvo que, la interacción de dos categorías centrales: conocimientos sobre la enfermedad y conocimientos sobre sí mismo, que explican el alto nivel de adherencia.

Magallón (2012) en la ciudad de España realizó un estudio de diseño no experimental y correlacional, que tuvo como objetivo principal la identificación de la patología de las variables personalidad y afrontamiento en adolescentes, particularmente en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria y pacientes con trastorno por uso de sustancias, así como en una muestra comunitaria de un Hospital de la ciudad de Barcelona. En el estudio se emplearon 14 instrumentos de evaluación entre ellos están: IPDE de Loranger , IPDE-SG de Loranger y el Temperament and Character Inventory de Cloninger, Svrakic y Wetzel. Los resultados de este estudio proporcionan una amplia visión del impacto de la patología de la personalidad en la adolescencia, y sustenta que el uso de medida de las dimensiones de evaluación de la personalidad puede ser útil y complementario a la exploración clínica.

Macías, Madariaga, Valle y Zambrano (2013) en la Universidad del Norte de Barranquilla en Colombia; ejecutaron una investigación que tuvo como objetivo realizar un análisis teórico que sustentan la correlación de las estrategias de

afrontamiento individual y las estrategias de afrontamiento familiar. El diseño que utilizaron fue transversal de tipo correlacional; y como resultados encontraron mediante la profundización bibliográfica analítica que aunque el concepto de afrontamiento, y más específicamente el afrontamiento familiar, tenga relativamente una corta historia en su abordaje científico, se han desarrollado conceptualizaciones e instrumentos para su evaluación y posterior intervención en aras de la promoción del bienestar humano. El abordaje del afrontamiento familiar desde el enfoque sistémico utilizado por McCubbin en 1981, entre otros; permite dar una mirada al sistema familiar como un conjunto de interacciones en el cual afrontamiento individual y afrontamiento familiar configuran procesos interactivos en los que se influyen mutuamente, al tiempo que dichas interacciones y formas de proceder se contextualizan en la cultura. El rol que juega cada miembro y la interacción total del sistema determinan los modos de afrontar las situaciones críticas que se viven diariamente. De esta forma, es de observar la estrecha relación entre el afrontamiento familiar con respecto al afrontamiento individual. Sin embargo, se resalta el hecho de que si bien para la persona ser parte del grupo familiar lo hace vivir procesos grupales de toma de decisiones frente a las formas posibles de manejar las situaciones críticas, fuera del grupo es el sujeto quien asume sus propias decisiones, guiado bajo criterios individuales. Finalmente, este análisis teórico resalta la relevancia del abordaje científico del afrontamiento tanto individual como familiar, dada su importancia para el bienestar de las personas por constituir un aspecto con alta sensibilidad a la intervención psicosocial para fomentar el desarrollo de recursos psicológicos en el individuo, que se constituyen en recursos resilientes a la hora de afrontar situaciones desbordantes por el nivel de estrés que generan.

Vélez (2010) ejecutó una investigación que tuvo como objetivo describir y comparar las representaciones de la insuficiencia renal crónica; afrontamiento y adherencia al tratamiento. El diseño que utilizó fue transversal de tipo descriptivo comparativo. La primera muestra significativa estuvo compuesta por un total de 120 pacientes, profesionales y estudiantes de Enfermería de la Fundación Jiménez Díaz (FJD) de la ciudad de Madrid, España y la segunda muestra estuvo conformada por un total de 133 pacientes en programa de diálisis de la fundación Jiménez Díaz y su centro satélite de hemodiálisis Fundación Renal Iñigo Álvarez de Toledo (FRIAT). El material de recolección de datos fueron divididas en tres grupos (El riñón y su funcionamiento, insuficiencia renal y diálisis; y finalmente insuficiencia renal y anemia); Cuestionario de Creencias Sobre la Enfermedad (CCSE), Cuestionario de Percepciones de la Enfermedad – Revisado (IPQ), Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE), Test de Morisky- Green (Mide adherencia al tratamiento) y Cuestionario de Teorías Implícitas (Nivel de conocimiento / Información de la Enfermedad). Los resultados indicaron que la mayoría de los participantes utilizan el afrontamiento centrado en la acción (81.7%) y en cuanto a los hallazgos sobre adherencia de los pacientes un 56.8% de adhiere de forma óptima al tratamiento; así mismo, los datos sociodemográficos implican en la forma de responder adecuadamente a la enfermedad.

En España, Morales (2012) realizó un estudio que tuvo como objetivo determinar la efectividad de una intervención cognitivo-conductual para modificar el nivel de malestar emocional, las estrategias de afrontamiento y el control metabólico en pacientes con diabetes tipo 2. El diseño de investigación es experimental con medición pre y post test. La muestra estuvo conformada por 13 pacientes con

diagnóstico de diabetes tipo 2 seleccionados por un muestreo no probabilístico por conveniencia de un Centro de Salud del Estado de Hidalgo. La recolección de datos se realizó mediante los siguientes instrumentos: Cuestionario de Áreas Problema en Diabetes (PAID), Escala de Estrategias de Afrontamiento Personal de Moos, Hemoglobina Glucosilada (HbA1c) y Prueba de Rangos con Signo de Wilcoxon. Los resultados nos indican que las intervenciones cognitivo-conductual resultó ser efectiva para modificar los niveles de malestar emocional, las estrategias de afrontamiento y el porcentaje de control metabólico de los participantes de este estudio.

En Chile, Duarte (2011) ejecutó una investigación que tuvo como objetivo describir los significados asociados a la experiencia de la familia que tiene uno de sus integrantes hijo(a) adolescentes con paraplejia, teniendo como variables a las estrategias de afrontamiento familiar. El tipo de investigación es descriptivo y estudio de casos. El tipo de muestreo es de tipo intencional la cual estuvo compuesta por las familias que han tenido la experiencia de tener a un miembro adolescente que se encuentre en condición de paraplejia. Para la recolección de datos se utilizó una entrevista abierta semiestructurada, en la se asistió al interior de los hogares correspondientes a las familias a entrevistar, esto con mutuo acuerdo. Como resultados se tuvo que las experiencias de tristeza, angustia, impotencia, etc. aparecen asociadas al quiebre de las expectativas de la familia y del hijo (a) y las familias utilizan estrategias y estilos de afrontamiento diversos como: afrontamiento en concentrarse en resolver el problema, esforzarse y tener éxito buscar pertenencia, fijarse en lo positivo, buscar apoyo social, preocuparse, etc.

En Colombia, Useche (2008) ejecutó una investigación que tuvo como objetivo averiguar los factores de personalidad relacionados con el síndrome de burnout a partir de los tipos de personalidad A, B y C. La investigación es de diseño no experimental de tipo explorativo; es decir, es fundamentalmente documental. La fuente única de recolección de información es documental. Tuvo como resultados que a pesar de identificarse factores de personalidad A, B y C, no son por si solos determinantes en la aparición del síndrome de burnout; así mismo, la predisposición al síndrome, no se puede verse solamente afectado desde una personalidad tipo A, B y C, es necesario tener en cuenta la simbiosis entre el contexto interpersonal, variable del cual hace parte la personalidad, de contexto ambiental y contexto organizacional del trabajador.

En España, García-Conde (2014) realizó una investigación de diseño no experimental, de tipo descriptivo transversal que tuvo como objetivo encontrar la relación entre las dimensiones básicas de la personalidad, afrontamiento y adaptación en los pacientes oncológicos. La muestra corresponde a 240 pacientes que acudían a la Unidad de Psicología de la Fundación Instituto Valenciano de Oncología. Los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron: entrevista de datos del paciente, Brief Symptom Inventory - 18 (BSI-18), Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncologicos (CAEPO), Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO-PI-R) y Functional Assessment- General (FACT -G). Los resultados indican que existen altos niveles de malestar emocional y la relación entre dimensiones de personalidad y estrategias de afrontamiento y se encontró que en su mayoría los pacientes manifiestan estrategias de afrontamiento inadecuados según el tipo de personalidad de cada uno de los pacientes que acuden a consulta.

En Argentina, Leiva (2010) ejecutó una investigación de tipo cualitativa y estudio de caso, que tuvo como objetivo identificar aquellos aspectos de la conducta, emociones, pensamientos, motivaciones, entre otras variables de los pacientes con diabetes tipo 2 que tienen estrecha vinculación con el cuidado en aquellos puntos de mayor dificultad en el tratamiento y de esta manera favorecer con proyectos en salud que mejoren la calidad de vida de aquellos pacientes. Las variables que se estudió son los autocuidados y la calidad de vida en aquellos pacientes con diabetes mellitus tipo 2. La muestra estuvo conformada por 14 pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 y con un buen control médico, quienes recibían asistencia médica en un consultorio endocrinológico privado. Los instrumentos que se utilizaron para recolectar los datos fueron: Entrevista en profundidad y las Redes Semánticas Naturales. Concluyendo la diabetes es una enfermedad que permanece asintomática por tal motivo los sujetos no perciben los signos y síntomas y esto trae importantes dificultades con la calidad de vida y el establecer los autocuidados necesarios.

En España, Varella (2011) ejecutó una investigación correlacional, teniendo como variables de estudio al apoyo social y afrontamiento en enfermedad cardiaca y como objetivo analizar la influencia de los factores psicosociales como apoyo social y el tipo de afrontamiento de la pareja en el ajuste a la enfermedad en pacientes con problemática cardiaca, dentro de su proceso de recuperación y, por otro lado evaluar la adhesión en cuanto al cumplimiento de las recomendaciones del programa de rehabilitación cardiaca a lo largo del tiempo. La muestra estuvo conformada por 109 pacientes de ambos sexos, la edad media de los pacientes es de 55 años con diagnóstico de enfermedad cardiaca de la unidad de rehabilitación del Hospital Ramón y Cajal de Madrid. Los instrumentos de recolección de datos fueron: Instrumentos de evaluación

del apoyo social (Inventario de recursos sociales en pareja y paciente), Instrumentos de evaluación del ajuste a la enfermedad (ajuste a la enfermedad del paciente) e Instrumentos de evaluación del afrontamiento (tipo de afrontamiento percibido por el paciente de su pareja y tipo de afrontamiento de la pareja). Los resultados obtenidos fueron que no hay apoyo que proporciona la pareja al paciente y la satisfacción con el mismo con el ajuste a la enfermedad, así mismo, la implicación que tiene el tipo de afrontamiento percibido por el paciente de su pareja en el ajuste a la enfermedad en la que se observa que dicha relación se confirma de forma significativa, es decir; los pacientes perciben de su pareja un determinado tipo de afrontamiento y así presentan un mejor ajuste a la enfermedad y finalmente se concluye que las variables de tipo de apoyo influye en la percepción de afrontamiento activo del paciente de cardiología.

2.2. Bases teóricas de la Personalidad

2.2.1 Definición

El estudio de la personalidad dentro de la psicología es amplio, la única forma de revitalizar un concepto tan desgastado es reconstruyendo su historia. Es así que el conocido investigador (Allport, 1970) hace énfasis en que no hay ninguna definición de personalidad que sea la única correcta. Siendo así que las teorías sobre la estructura de la personalidad remontan a los antiguos griegos, y la teoría de los cuatro humores y los cuatro temperamentos se hizo muy respetable en la antigüedad gracias al médico griego Galeno (Eysenck, 1970).

Por otra parte, Allport (1980), refiere que el investigador (Muller, 1968) hace mención que la palabra “person” y su primitivo “persona” han sustituido durante

mucho tiempo el interés de los lingüistas. Y el mismo Allport considera que una palabra como persona nada puede ser más abstracta. No se precisa si es masculino o femenino, ni es joven o vieja. Como nombre, no es mucha porque “ser” como verbo. En francés hasta puede el significado de nadie, de ninguna persona; “si en París pregunta a la portera si ha llamado alguna persona durante su ausencia, responderá *personne monsieur*, lo que significa nadie señor”. Es así que el mismo Allport, tras diversas investigaciones llega a conceptualizar a la personalidad.

Según Allport (1980) la personalidad es la organización mental total de un ser humano en cualquiera de los estadios del desarrollo. Comprende todos los aspectos del carácter humano, intelecto, temperamento, habilidad, moralidad y todas las actitudes que han sido elaboradas en el curso de la vida del individuo. Así mismo menciona el mismo Allport (1980), que la personalidad es un esquema unificado de experiencia, una organización de valores constantes y es la organización dinámica en el interior del individuo de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y su pensamiento característico. De igual forma, Fadiman y Frager (2001) mencionan que la personalidad es un constructo o concepto difícil de definir, porque hay tantas conceptualizaciones como teorías. Sin embargo, la observación de cierto tipo de conductas lleva a precisar el término de la siguiente manera: conjunto único de características y patrones de comportamiento, sentimientos y pensamientos estables que funcionan como un todo organizado y dinámico y que distinguen a una persona de otra. Ser parte de la noción de que cada individuo es único y diferente a los demás. Así se esgrime una definición que tiene en cuenta la estructura interna, el cual hablaría de una personalidad como entidad objetiva, que a la vez influye y es influida por el mundo circundante (Allport, 1897; véase Cammaudo, 2009). Por otra parte Larsey y

Buss (2005) definen a la personalidad como el conjunto de rasgos psicológicos y mecánicos dentro del individuo que son organizados y relativamente estables y que influyen en sus interacciones y adaptaciones al ambiente intrapsíquico, físico y social.

Es así que Allport (1970) menciona que el término temperamento designa los fenómenos característicos de la naturaleza emocional de un individuo, fenómenos entre los cuales se cuenta su susceptibilidad a la estimulación emocional, su intensidad y velocidad de respuesta habituales la cualidad de su estado de ánimo predominante y todas las peculiaridades de fluctuación e intensidad de sus estado de ánimo, todos estos fenómenos son considerados dependientes de su estructura constitucional y por lo tanto como de origen principalmente hereditario; mientras que Salas, Espinoza, Pando, Medina y Camacho (2008) plantean al temperamento como una estructura psicofísica, congénita y a través del cual el hombre se manifiesta en sus formas más espontáneos con reacciones que le son propias.

El carácter es un término que a menudo se usa como sinónimo de personalidad o su historia es igual larga y casi intrínseca. El carácter hace su aparición solo cuando este esfuerzo personal es juzgado desde el punto de vista de aquel código. Por otra parte, se menciona que el carácter es la disposición psicofisiológica duradera y aprendida, que permite inhibir los impulsos para ajustar la acción a un principio regulador (Salas et al., 2008).

Si bien es cierto, en la actualidad existen un sinnúmero de definiciones que se acercan y/o se alejan en sí a la misma personalidad. En tal sentido, la investigación realizada tomó en cuenta el enfoque psicobiológico propuesto por Eysenck, desarrollado en este estudio dentro de la teoría de los rasgos. Por ello, una definición

más exacta, experimental y por la que se basa este estudio, es la que se presenta a continuación:

La personalidad es la resultante total de los patrones reales o potenciales del organismo, determinados por la herencia y el ambiente. La personalidad emerge y se desarrolla en la interacción funcional de los cuatro sectores principales en que se organizan los patrones de comportamiento: Inteligencia (sector cognitivo), carácter (sector conativo), temperamento (sector afectivo) y constitución (sector somático). (Eysenck, 1970, p.9).

2.2.2 Fundamentos de la personalidad

Herencia

Los rasgos de personalidad son entidades muy globales, que resultan de una gran amalgama de diferentes conductas, Es así que Bermúdez, Pérez, Sanjuan y Rueda (2011) refieren que la herencia biológica es el conjunto de procesos biológicos a través de los cuales las características del organismo se transmiten a la descendencia; y dicha información se convierte en esas características que se encuentra en los genes, que se localizan en el núcleo de cada una de las células que componen el organismo.

La herencia es uno de los factores importantes a considerar en el desarrollo o fundamentación de la personalidad, a raíz de ello se hicieron numerosas investigaciones y postulados en su defensa. Es así que autores como Wiggam (1923; véase en Allport, 1970) defiende que la herencia y no el ambiente es el artífice máximo de los hombres “casi toda la miseria y casi toda la felicidad que hay en el mundo de

ningún modo son debidas al ambiente. Las diferencias entre los hombres se darían a diferencias en las células germinales con las cuales son engendrados”. (p.118)

Otros autores importantes dan demasiada importancia a las características genotípicas, mientras otros a las características fenotípicas de la personalidad.

Denme una docena de infantes sanos, bien formados y un mundo organizado por mí para criarlos y yo garantizo que podría tomar cualquiera de ellos al azar y educarlo de modo que logre ser el tipo de especialista que yo desee, sea doctor, un abogado, un artista, un comerciante un jefe y un mendigo y un ladrón; sin atender para nada a sustentos peculiaridades, tendencias, capacidades, vocación ni tampoco a la raza de sus antepasado. Watson (1925; véase Allport, 1970, p.119)

Eysenck (1970) señala que los resultados de los estudios proporcionan valores que indican una mayor influencia de las causas hereditarias. Y añade a esto que la mayor parte de trabajos psicológicos que han revestido importancia para la cuestión de la herencia y el medio ambiente son los concernientes a las diferencias entre gemelos idénticos y fraternos.

Por un lado, las características de personalidad, igual que los rasgos físicos, están influidas por múltiples genes, cada uno de ellos con una pequeña aportación, por lo que una configuración particular de genes es necesaria para que se produzcan ciertos fenotipos. Y estudios llevados a cabo en 1987 por Eysenck, revelan que hay buenas pruebas de factores genéticos que juegan un papel importante en la determinación de las diferencias individuales en personalidad e intelecto.

Por otra parte, investigaciones realizadas por Bermúdez et al. (2011) refieren que “aunque los gemelos o los hermanos compartan el 50% de su genotipo no implica que compartan el 50% de su expresión fenotípica” (p.124).

Por todo ello, se podría decir que se pueden heredar los genes pero no la característica expresada.

Ambiente

Allport (1970) afirma que la personalidad se desarrolla a partir de cierto número de datos constitucionales (disposiciones afectivas, régimen emocional de tipos de actividad, entre otros) y bajo la influencia del medio, entendido este en sentido amplio físico, social, ideológico, temporal, es decir, como el conjunto de los acontecimientos y traumatismos que constituyen la historia del individuo. Distingue varios aspectos de ese desarrollo (procesos de maduración, de diferenciación y de integración). Es decir las causas biológicas actúan de forma que predisponen al individuo a responder de cierta manera a la estimulación ambiental, pero el tipo de conducta que va a aparecer depende del medio en que se encuentra el sujeto.

Se podría decir que no existe una única correspondencia entre personalidad y cultura, sino sólo vínculos probabilísticos, de tal manera que la cultura incrementa la probabilidad de ciertos comportamientos consistentes con lo observable entre segmentos significativos de la sociedad. La persona se adapta al marco cultural, desarrollando su propio y único conjunto de tendencias de respuesta, orientaciones cognitivas, metas y valores. Asimismo estima que aproximadamente el 60% de los individuos de una cultura se comportan de acuerdo con el sistema de significados compartidos por los miembros de la misma. Heine (2001; véase Bermúdez et al. 2011).

La cultura es un sistema de significados (creencias, valores, normas, actitudes, conductas, conocimientos, habilidades, etc.) compartido por un grupo determinado, que habla una lengua común, en un período histórico específico y en una región geográfica concreta Triandis y Suh (2002; cit. por Bermúdez et al., 2011). Siendo de esta manera que todo el sistema de significados que constituye la cultura debe ser aprendido por cada generación mediante el proceso de socialización, a través de las prácticas de crianza de los padres, las escuelas y otras instituciones sociales.

Tomando en cuenta, los fundamentos de la personalidad descritos con anterioridad; se puede plantear una postura antagónica, donde la literatura científica investigaciones tras investigaciones nos informaron de la influencia genética y los determinantes ambientales sobre la personalidad, tal vez ha podido en ocasiones dar la impresión de que la personalidad es un mero producto de tales influencias; que el individuo recibe pasivamente tales influencias. Nada más lejano de la realidad, sin embargo, la personalidad sigue evolucionando a lo largo de toda la vida; evolución de la que la personalidad es ciertamente producto y al mismo tiempo agente activo de cambio. Siendo Bermúdez et al. (2011) quienes respaldan este enunciado y mencionan que la personalidad es potencial de acción y adaptación y como tal actúa y se actualiza en interacción con el medio. La personalidad no se desarrolla en el vacío.

2.2.3 Modelos teóricos

2.2.3.1. Teoría Psicodinámica

Esta teoría tiene como principal representante a Sigmund Freud, pues recurrió a la física de su época para acuñar el término psicodinámico: así como a la

termodinámica estudia el calor, la energía mecánica y la manera en que podemos transformar una en otra también la psicodinámica estudia la energía psíquica, y cómo se transforma y se expresa en la conducta. Algunos teóricos psicodinámicos no coinciden en la naturaleza exacta de esta energía psíquica; mientras que Freud encuentra su origen en los impulsos sexuales y agresivos (Morris y Maisto, 2001).

Según Salas et al. (2008) el funcionamiento y desarrollo de personalidad se fundamenta en las observaciones clínicas, que concibe a la personalidad como un sistema de energía. La energía psíquica o libido constantemente presiona al individuo para que libere, y es generada por impulsos. Por otra parte Bettelheim (1982; cit. por Fadiman y Frager, 2001) menciona que Freud observó en sus pacientes series interminables de conflicto y compromisos de orden psíquico; donde percibía contradicciones entre las diferentes pulsiones, mecanismos represivos de las prohibiciones sociales contra los movimientos biológicos y conflictos entre las formas de enfrentar o resolver determinadas situaciones.

Según Garrison (2002) Freud fue el primer psicólogo moderno en afirmar que la personalidad tiene un importante elemento inconsciente. La vida ofrece experiencias agradables y dolorosas. Para él, las experiencias contienen sentimientos y pensamientos, lo mismo que hechos reales. Así también se refiere que según Freud muchas de nuestras experiencias, en especial los episodios dolorosos de la niñez, se olvidan o quedan “enterradas” en el inconsciente; pero aunque no las recordamos conscientemente, siguen influyendo en nuestra conducta. Freud muy convencido de que los motivos y sentimientos inconscientes de la niñez ejercen un impacto enorme en la personalidad y comportamiento del adulto.

Por ello se propone elementos estructurales de personalidad conformada por:

ID (Ello): El término hace referencia a un ello psíquico, desconocido e inconsciente donde el Yo se esfuerza en transmitir a su vez al ello dicha influencia del mundo exterior, y aspira a sustituir el principio del placer que reina sin restricciones en el ello (Freud, 1948). Por otra parte se refiere que está presente desde el nacimiento, constituido por necesidades tan básicas como el hambre, la sed y la sexualidad, se rige por el principio del placer (Morris y Maisto, 2001). El instinto de vida es denominada eros, y el instinto de muerte llamado thanatos, responsable de la agresividad y la destrucción.

EGO (Yo): Este término hace mención a que el Yo representa lo que pudiéramos llamar razón (Freud, 1948). Por otra parte, Morris y Maisto (2001) considera como el mecanismo psíquico que controla el pensamiento y las actividades del razonamiento. Siendo aquella parte que contiene las destrezas, los deseos aprendidos, los temores, el lenguaje, el sentimiento del yo y la conciencia.

Según Salas et al. (2008) el ego se considera como mediador entre el ello y el mundo exterior, actúa en función del principio de realidad.

SUPEREGO (Superyo): Es el vigilante de la moral; lo cual aprende en su interacción con sus padres y con la sociedad (Morris y Maisto, 2001). Opera según el principio de perfección. Se preocupa por lo correcto y lo incorrecto, considerado como conciencia moral.

El ello y el superyo a menudo entran en conflicto. Como ninguno de ellos les preocupa la realidad, también entran en conflicto con el mundo externo. Freud vio en el ego la parte de la personalidad encargada de resolver esas pugnas. De alguna manera deberá encontrar la manera realista de atender las demandas del ello sin ofender al superego. Si el ello no queda satisfecho, el individuo sentirá una tensión intolerable de

ira o deseo. Si esto obedece al superego, se sentirá culpable y tendrá sentimientos de inferioridad. Y en caso que se ignore la realidad externa, sufrirá consecuencias negativas como la inanición o la antipatía por parte de la gente (Freud, 1948).

La libido al ser una energía, se centra en varias partes sensibles del cuerpo, conforme la persona va creciendo. De acuerdo con Freud, las experiencias infantiles en las tres primeras fases propuestas se imprimen a su personalidad tendencias que persisten hasta la adultez (Morris y Maisto, 2001).

Sin embargo Cloninger (1993; cit. por Morris y Maisto) hace referencia que las ideas psicodinámicas han recibido críticas por basarse principalmente en relatos retrospectivos de individuos que buscaban tratamiento y no en investigaciones experimentales con individuos para quienes ese no era su objetivo susceptible de ser probados experimentalmente.

2.2.3.2. Teoría Conductista

Dicha teoría conductual hace suposiciones distintivas acerca de la personalidad y Richards (1986: cit. por Cloninger, 2003, p. 273) postula lo siguiente:

1. La personalidad se define en términos de conducta. Lo que una persona hace constituye su personalidad.
2. La conducta (y por tanto la personalidad) se determina por factores externos en el ambiente, específicamente los reforzamientos y los estímulos discriminativos.
3. El conductismo afirma que es posible influir en la gente para que mejore, cambiando las condiciones ambientales, incluidos cambios sociales.

4. El conductismo asevera que el cambio puede ocurrir a lo largo de la vida de una persona.
5. El conductismo estudia a la persona individual. No supone que los factores que influyen en una persona necesariamente tendrán influencias similares en alguien más.

Por otra parte, Eysenck (1972; véase Useche, 2008) relaciona el desarrollo de la personalidad con las teorías del aprendizaje, fundamental en el análisis experimental del comportamiento, además hay un instrumento adecuado para la medición y correlacional de las variables propuestas. Se describe la personalidad de un individuo, pero eso no va indicar como se va a comportar ya que el modelo conductual es el reflejo de lo habitual, no de lo excepcional. Existen varios patrones de conducta característicos y distintivos de pensamiento, emoción y acción.

2.2.3.3. Teoría socio- cognitiva

Albert Bandura es el máximo representante, donde ofrece un análisis teórico de la personalidad en la tradición de la teoría del aprendizaje, pero pone un énfasis particular en las variables cognoscitivas por la importancia que la capacidad humana del pensamiento tiene para los fenómenos que conforman la personalidad.

Esta teoría, desde una perspectiva cognoscitiva tiene énfasis distintivos:

1. Estos teóricos incluyen descripciones mucho más detalladas de los procesos mentales.
2. Estos teóricos suponen que los individuos difieren entre sí en las formas que piensan de sí mismos y de la gente que los rodea, y que esas cogniciones son

variables clave para comprender las diferencias de personalidad. Estos teóricos intentan medir las cogniciones de manera sistemática.

3. Estos teóricos afirman que el cambio cognoscitivo es la clave para el cambio de personalidad. (Cloninger, 2003, p.343).

Se recalca también la importancia que tiene la influencia de la sociedad, en la formación de constructos y esquemas cognitivos; lo cual nos predispone a ver de cierta manera al mundo exterior.

2.2.2.4. Teoría Humanista

La perspectiva humanista en la teoría de la personalidad representa una “tercera fuerza” Maslow (1968; cit. por Cloninger, 2003).

Las principales características distintivas de la teoría humanista se derivan de su compromiso con el valor del crecimiento personal, ellos son los siguientes:

1. La perspectiva humanista se centra en aspectos “superiores”, más avanzados y sanos de la experiencia humana y su desarrollo. Entre ellos se encuentran la creatividad y la tolerancia.
2. La perspectiva humanista valora la experiencia subjetiva del individuo, incluida la experiencia emocional. Esto se denomina en ocasiones enfoque fenomenológico.
3. Los psicólogos humanistas ponen más énfasis en el presente que en el pasado o el futuro.

4. Los humanistas recalcan que cada individuo es responsable de los resultados de su vida. No hay condiciones pasadas que predeterminen el presente. La capacidad de una persona para la autorreflexión mejora la elección sana.

5. La perspectiva humanista pretende aplicar sus descubrimientos al mejoramiento de la condición humana modificando el ambiente en que se desarrolla la gente. Supone que, dadas las condiciones apropiadas, los individuos se desarrollarán en una dirección deseable. (Cloninger, 2003, p.410).

El humanismo ha intentado ampliar los contenidos de la psicología para que incluya aquellas experiencias humanas que son únicas; como el amor, el odio, el temor, la esperanza, la alegría, el humor, el afecto, la responsabilidad y el sentido de vida, todos aspectos de nuestras vidas que generalmente no son estudiados ni se describe sobre ellos de una forma científica, porque se resisten a ser definidos, manipulados y medidos Schultz (1981; véase Papalia, 2009).

Esta teoría afirma que nos impulsa una motivación positiva y que avanzar hacia niveles superiores de funcionamiento; en otras palabras, que la existencia humana no se limita tan solo a resolver conflictos latentes (Morris y Maisto, 2001).

2.2.3.5. Teoría de los Rasgos según Hans Eysenck

Existen diferentes postulados de la personalidad dentro de la teoría de los rasgos entre ellos: Allport, Cattell y MMPI; sin embargo lo planteado por Hans Eysenck cuenta con una base más explicativa y que se adapta mejor para el presente estudio.

De acuerdo a Carver y Sheier (1997) Hans Eysenck ha hecho contribuciones importantes al desarrollo de la psicología de los rasgos, si bien desde un punto de vista diferente en su búsqueda de las dimensiones básicas de la personalidad. Cabe señalar que es de particular importancia el estudio de los rasgos y tipos de la personalidad. Las palabras rasgo y tipo tienen significados ligeramente diferentes, pero coinciden en la idea de que la gente tiene características estables que muestra en circunstancias y momentos diversos (Eysenck, 1987).

Entonces, se define tipo como un grupo de rasgos correlacionados de la misma forma que se define como un grupo de actos comportamentales o tendencias a la acción correlacionadas, es decir; de las interacciones de los rasgos surgen los tipos, lo cual se refiere a un concepto superior a rasgo (Eysenck, 1987).

La teoría de los rasgos, afirman que las personas se distinguen por el grado en que poseen determinados rasgos de personalidad, como la dependencia, la ansiedad, la agresividad y la sociabilidad. Inferimos los rasgos de manera en que una persona se comporta. Según Allport (1984) los rasgos o “disposiciones” como los llama él; están literalmente codificados en el sistema nervioso como estructuras que guían una conducta uniforme en diversas situaciones. Así mismo cree que aunque los rasgos que describen conductas son comunes a muchas personas, cada personalidad incluye una constelación única de rasgos.

Resumió así las características de los rasgos Allport (1937; véase, Schultz y Schultz, 2010, p.246):

1. Los rasgos de la personalidad son reales y existen en nuestro interior. No son constructos teóricos ni simples etiquetas inventadas para explicar el comportamiento.

2. Los rasgos determinan la conducta o la causan. No sólo ocurren frente a ciertos estímulos. Nos impulsan a buscar los estímulos correctos e interactúan con el entorno para producir conducta.
3. Los rasgos se pueden demostrar de forma empírica. Si observamos la conducta durante cierto tiempo, podremos inferir la existencia de los rasgos en razón de la consistencia de las reacciones de un individuo a estímulos idénticos o similares.
4. Los rasgos están interrelacionados y se pueden traslapar no obstante que representen características diferentes. Por ejemplo, la agresividad y la hostilidad son rasgos distintos pero están relacionados y muchas veces se presentan juntos en el comportamiento de una persona.
5. Los rasgos varían con la situación. Por ejemplo, un individuo puede mostrar el rasgo de orden en una situación y el de desorden en otra.

Es así que, Hans Eysenck (1976) propuso que la personalidad podía reducirse a solo tres dimensiones básicas: Estabilidad emocional, extroversión e introversión y psicoticismo. Así mismo definió la personalidad como la suma total de los patrones conductuales presentes y potenciales del organismo, determinados por la herencia, y el ambiente, se organizan y desarrolla mediante la interacción funcional de los sectores formativos en que se originan esos patrones conductuales.

Según lo expuesto anteriormente, esta teoría también engloba lo postulado por Han Jürgen Eysenck y su enfoque psicobiológico; puesto que Eysenck ha sido uno de los científicos más influyentes de la psicología, ya que logró construir un verdadero paradigma de la personalidad a través de sus trabajos realizados minuciosamente y gran aporte. En este sentido elaboró un sistema utilizando los principios del método

científico para dar una explicación causal y empírica sobre la conducta del hombre Meili (1979; véase Saavedra, 2016)

Eysenck en el proceso del desarrollo científico de su teoría, hizo diversas revisiones en los aportes teóricos realizados por Hipócrates y Galeno, quienes postulaban que la personalidad estaba relacionada con cuatro fluidos corporales o humores: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema; que determinaban el temperamento emocional y daban como resultado un temperamento predominante en la persona Sollod, Wilson y Monte (2009; véase Saavedra, 2016).

Así mismo Eysenck mostró gran interés por los trabajos de Pavlov, por lo que continuo empoderando su teoría en relación a los procesos de excitación e inhibición del sistema nervioso, implicados en las respuestas condicionadas (Cabanyes, 2003). Frente a ello Eysenck propone su primera teoría explicativa sobre la relación entre personalidad e inhibición, a través del postulado de las diferencias individuales y el postulado tipológico.

El primer postulado propone que:

Los seres humanos difieren en lo que respecta a la velocidad, con que se producen la excitación e inhibición, la fuerza de la excitación e inhibición producida y la rapidez con que se disipa la inhibición. Esas diferencias son propiedades de las estructuras físicas que participan en la formulación de conexiones estímulo-respuesta (Eysenck, 1975, p. 84)

El segundo postulado refiere que:

Los individuos cuyo potencial excitatorio se genera lentamente y cuyos potenciales excitatorios así generados sean relativamente débiles, estarán predispuestos a desarrollar esquemas extrovertidos de comportamiento y a

desarrollar alteraciones histérico-psicopáticas en los casos de crisis neurótica; los individuos cuyo potencial excitatorio se genere rápidamente y cuyos potenciales excitatorios así generados sean fuertes estarán predispuestos a desarrollar esquemas introvertidos de comportamiento y alteraciones distímicas en el caso de crisis neuróticas. De forma parecida, los individuos cuya inhibición reactiva se desarrollan rápidamente, en quienes se generen inhibiciones reactivas fuertes, y en quienes la inhibición reactiva se disipe lentamente, estarán predispuestos a desarrollar esquemas de comportamiento extrovertidos y alteraciones histérico-psicopáticas en el caso de crisis neurótica. Contrariamente, los individuos cuya inhibición reactiva se desarrolla lentamente, cuyas inhibiciones reactivas se generen débilmente, y en quienes la inhibición reactiva se disipe rápidamente, estarán predispuestos a desarrollar esquemas de comportamiento introvertidos y alteraciones distímicas en el caso de crisis neuróticas (Eysenck, 1987, p.195).

Sin embargo, este postulado sería modificado tras otras investigaciones realizadas por el mismo Eysenck, donde incluiría el sistema reticular ascendente (SARA); siendo en tanto más específica en cuanto a su descripción de los mecanismos subyacentes de las diferencias individuales en la personalidad (Eysenck, 1987). De tal forma que los introvertidos tienen niveles altos de actividad en el retículo-cortical, mientras que los extrvertidos presentan niveles bajos en este circuito, necesitando mayor estimulación ambiental para alcanzar el nivel óptimo de activación cortical. De esta manera, se explica con cierto detalle las bases biológicas de las dimensiones de la extraversión y el neuroticismo. La extraversión se relaciona con el sistema activador reticular ascendente (SARA), que se localiza en la formación reticular del tallo

cerebral. Las ramas colaterales de las vías sensitivas ascendentes excitan las células del SARA, que entonces envían la excitación a varios lugares del córtex cerebral. El SARA fue en un principio directamente asociado con la reactivación (Eysenck, 1987).

En este sentido, Eysenck asume que el enfoque dimensional es el único que permite captar la estructura de la personalidad, ya que estas dimensiones bipolares, surgidas factorialmente y dispuestas de forma ortogonal, hacen que las personas puedan ser localizadas en cualquier punto o largo de la dimensión (Hernández, 2002). “Donde que una va desde los niveles más elevados de emotividad, hasta los de reactividad emocional más bajos; y otra, que oscila desde los niveles más altos de introversión a los más elevados de extroversión” (Eysenck, 1975, p. 50). Permitiendo de manera cuantitativa, conocer los grados de expresión de la personalidad Meili (1979; cit. por Saavedra, 2016).

Asimismo, Eysenck (1987), presenta cuatro principios básicos en relación al análisis dimensional de la personalidad, estos son:

- I. Biológicos
- II. Metodológico
- III. Dinámico-estructural
- IV. Aprendizaje empírico

El primero, corresponde al principio biológico relacionado con el sistema nervioso central; el segundo en base al uso del método hipotético deductivo fundamentado por medio del análisis factorial; el tercero, pertenece a las estructuras físicas que participan en la realización de las conexiones del sistema nervioso; y por último el cuarto principio que enfatiza los procesos de aprendizaje de la estructura y dinámica de la personalidad, que corresponde básicamente a la condicionalidad del organismo del ser humano (Mori, 2002).

En concordancia con lo antes expuesto se concluye que la teoría de Eysenck es una de las más representativas en cuanto al estudio de la personalidad, porque sus investigaciones están con base científica, experimental y consistente, donde el sistema nervioso es responsable de los procesos de activación y reacción cortical y de esta manera determinar las dimensiones básicas de la estructura de la personalidad.

2.2.4. Dimensiones de la personalidad

Dimensión de Extraversión – Introversión (E)

En general, los extravertidos son personas que disfrutan con un estilo de vida estimulante y variado que implica actividades como ir a fiestas, una amplia socialización y practicar deportes. Se podría afirmar que los extravertidos se caracterizan por un “hambre estimular”. Por el contrario, los introvertidos desarrollan típicamente actividades de naturaleza relativamente estimulante (por ejemplo, la lectura), por lo que su comportamiento se podría considerar una aversión estimular (Eysenck, 1967).

Esta dimensión está ligada al conjunto de características peculiares, tal es así que el típico Extrovertido gusta de realizar actividades enérgicas, gusta de tener muchos amigos y le es fácil por el hecho de ser bastante sociable y hablador. Anhela excitación constante. Actúa sobre estímulos del momento y por lo general es un individuo impulsivo, despreocupado, optimista y gusta reírse y ser divertido. Por otra parte, el tipo Introvertido se caracteriza por ser quieto, gusta de actividades solitarias,

prefiere los libros a las personas. No gusta de las excitaciones, y es pesimista (Anicama, 1974).

Dimensión de Neuroticismo (N)

En el resultado de sus diferentes investigaciones Eysenck (1987) afirmó que la dimensión de personalidad de neuroticismo se relaciona con las diferencias individuales de excitabilidad y respuesta emocional que están reflejadas en la activación autónoma. Por otra parte Anicama (1974) hace referencia que esta dimensión está ligada a las excitaciones del sistema nervioso que moviliza al soma impulsivamente, incrementando de esta manera la presión sanguínea y la vasodilatación.

2.2.5. Importancia de la personalidad en el contexto de la salud

Dentro de la psicología se exponen por doquier, la importancia de las características influyentes en el autocuidado personal, estilos de vida, entre otros; así como, de la salud física y psicológica y los méritos que se deben hacer para lograr ello. Es así que las enfermedades en su conjunto están al acecho y un mal manejo u afronte debilitará al soma humano. A pesar que “La diabetes presenta agravantes al ser una enfermedad que puede permanecer asintomática durante mucho tiempo y que necesita tratamiento durante toda la vida”. Granados y Escalante (2010, p.204).

De esta manera, en la complejidad del tratamiento, se ven involucrados un conjunto de cambios importantes e influyentes en la conducta humana y, por qué no,

en los rasgos de personalidad; quienes tienen que ver, con los hábitos cotidianos, donde se requiere de la colaboración familiar, de resiliencia, de la adquisición de habilidades y conocimientos específicos.

2.3. Bases teóricas del Afrontamiento al estrés

2.3.1 Definición

Cuando se menciona afrontamiento, generalmente éste término va asociado al estrés, es así que según Caver et al. (1997) el afrontamiento es la respuesta a una situación estresante y con ello lograr una adaptación saludable. Asimismo los autores antes mencionados se ayudan de la teoría propuesta en el año 1984 por Lazarus y Folkman, quienes refieren al afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para las demandas específicas externas y/o internas que son evaluados como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

Así mismo Lostaunau y Torrejón (2013) refieren que los investigadores Lazarus y Folkman (1984) mencionan que el afrontamiento es un constructo considerado un factor estabilizador que ayuda a los individuos a mantener la adaptación psicosocial durante los períodos de estrés; pues así también a partir del diagnóstico, los pacientes ponen en juego distintas estrategias de afrontamiento. Evalúan la situación que puede ser valorada como amenaza, como desafío o resultar indiferente para luego resolver los problemas de manera cognitiva o conductual, o reaccionar con simple pasividad o evitación. Tal como lo señalan (Cano Vindel y

Tobal, 2001; véase Bail y Azzollinis, 2012), para tratar de afrontar la enfermedad, es necesario normalizar los cambios en el estilo de vida.

2.3.2. Modelos teóricos

2.3.2.1. Modelo Conductual

Este modelo postula la influencia del ambiente y el aprendizaje, lo cual constituye el elemento central de su trabajo, dedicado principalmente a que el organismo podía aprender y también el modo en que éste se producía. Especialmente la psicología conductual no tiene unos límites fijos con respecto al tipo de cosas que pueden ser abarcados dentro de su teoría, la única exigencia consiste con que pueda medir y observar lo que estamos haciendo (Villanueva, 2010).

Este modelo conductual valora los resultados o también llamados síntomas y lo considera como aquello que puede ser corregido mediante un proceso de reaprendizaje. De acuerdo con este planteamiento el aprendizaje defectuoso puede ser doblemente culpable, por un lado de que el individuo aprende determinada conducta en una situación adaptativa y por otro de que adquiere alguna habilidad importante en el manejo y afrontamiento adecuado de los estresores (Beech, Burns y Sheffield, 1986; cit. por Villanueva, 2010).

Por otra parte, se usa el término afrontamiento para denotar las formas que se orienta la conducta hacia los factores estresantes (Albuja, 2012). Y finalmente, autores como Levine, Weinberg y Ursin (1978; véase Albuja, 2012) definen al afrontamiento

como la variación que da el cuerpo a las respuestas fisiológicas que se presentan en el estrés; lo cual se manifestara como una conducta externa.

2.3.2.2. Modelo Cognitivo de Lazarus y Folkman

En este modelo cognitivo del afrontamiento al estrés postulado por Lazarus y Folkman y es Carver y colaboradores donde se apoyaron para dar una explicación sustentada del afrontamiento al estrés; por ende esta investigación se sustenta en mencionada teoría.

Este modelo cognitivo, basado en la teoría de la emoción trata de buscar el germen irracional del pensamiento, es decir el conjunto de determinantes sobre los que se organiza la cognición. Siendo esta postura propuesta por Lazarus y Folkman (1984) que se apoya en un enjuiciamiento funcional de la actividad psíquica, centrado en tres clases de procesos:

1. Proceso de evolución, encargados de llegar a una cognición tras optar con la información que procede del exterior de uno mismo.
2. Procesos automáticos, que dependen del estilo cognitivo y las conductas automatizadas por el aprendizaje.
3. Los procesos de esfuerzo, de naturaleza dinámica que persiguen objetivos que implican una participación activa.

Se añade a lo mencionado, que los resultados de las diferentes investigaciones llevados a cabo por Lazarus y Folkman (1984) infieren que la característica distintiva de este modelo surgen sistemáticamente de que las situaciones consideras como

estresantes no generan estrés en todas las personas y que éstas, a su vez, no reaccionan de la misma manera en situaciones estresantes.

Asimismo, la característica distintiva de este modelo cognitivo radica en las configuraciones de las cogniciones que el sujeto hace de ella y de la realidad. Por otra parte, también estudia el modo en que el sujeto utiliza sus cogniciones automáticas, así de esta manera nacen los pensamientos deformados los cuales se identifican por su naturaleza lógica y responden a suposiciones erróneas, prejuicios, los cuales son conceptualizaciones como errores de computación de los datos perceptivos optando de esta forma experiencias correctoras para aprobar la naturaleza exacta de la realidad (Glogow, Peiro y Salvador, 1986; véase Villanueva, 2010).

Según Caver et al. (1997) esta postura considera al estrés como resultado de una evaluación de daños, de amenaza o de desafío. En el primer caso, el sujeto evalúa hechos consumados, en el segundo caso los anticipa y en el tercero se mueve entre la posibilidad de perder o ganar. Existen muchos factores personales que influyen en esa evaluación (motivaciones, compromisos, creencias, expectativas, etc.).

2.3.3 Estilos y recursos de afrontamiento

Los estilos o las estrategias de afrontamiento, pueden llegar a tener un papel decisivo en la elección de soluciones eficaces o ineficaces para resolver bien sea el estrés asociado a la vivencia de situaciones conflictivas, o los propios estresores vitales (Lazarus y Folkman, 1984; véase Magallón, 2012)

Según Carver et al. (1997) las estrategias de afrontamiento, se enfocan en el cómo actuamos y enfrentamos los problemas ante determinadas situaciones. Las estrategias de afrontamiento han sido conceptualizadas como “estilos” o como “conductas” de solución al estrés o a los conflictos en sí mismos. Se entiende por recurso de afrontamiento a las variables disposicionales que influyen sobre la elección de las estrategias de afrontamiento. En cambio las estrategias de afrontamiento son acciones concretas y específicas ante ciertas situaciones.

A pesar de que estas conceptualizaciones aparentemente opuestas y excluyentes entre sí, Carver y Scheier (1994; cit. por Lostaunau, 2013) aclararon que la estabilidad aludiría a los recursos de afrontamiento, los cuales son predisposiciones personales que facilitan el acceso al uso a ciertas estrategias de afrontamiento, desplegadas de acuerdo al contexto y la situación y, en ese sentido potencialmente cambiantes. Esto generaría que las respuestas de afrontamiento sean heterogéneas y varíen de acuerdo a la situación experimentada, incluso en una misma persona frente a contextos distintos.

Así mismo, el afrontamiento es agrupado en dos dimensiones: el afrontamiento con carácter disposicional y el afrontamiento con carácter situacional. Los primeros hacen referencia a los recursos que se definen como aquellas predisposiciones de la persona para enfrentar diversas situaciones y por tanto, determinan el uso de ciertas estrategias de afrontamiento según el momento y el lugar; mientras que los segundos se refieren a las estrategias como procesos concretos y específicos que varían a través del tiempo y de las circunstancias para manejar las demandas de las situaciones Carver y Scheier (1994; cit. por Lostaunau, 2013).

2.3.4 Dimensiones del afrontamiento al estrés

Lazarus y Folkman (1984) observaron dos tipos de afrontamiento, el afrontamiento dirigido al problema y el afrontamiento dirigido a la emoción. Las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción suelen aparecer cuando el sujeto evalúa que no puede hacer nada para cambiar las condiciones perjudiciales, amenazantes o desafiantes del entorno; mientras que las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema se presentan cuando hay condiciones evaluadas como susceptibles de cambio.

Estilo de Afrontamiento enfocado al problema

Según Lazarus y Folkman (1984) las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema se concentran específicamente en la definición del problema en cuestión, en la búsqueda de soluciones alternativas al problema, en el análisis de dichas alternativas tomando en cuenta el balance entre costo y beneficio y en su selección y aplicación concreta.

Se considera que dentro de las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema existen dos grupos, las estrategias dirigidas al entorno y las dirigidas al sujeto. Las primeras intentan modificar las presiones ambientales, los obstáculos, los procedimientos, etc. mientras que las segundas se encargan de cambios de carácter cognitivo o de motivaciones como la variación en el grado de las aspiraciones, la búsqueda de nuevas formas de gratificación, el desarrollo de nuevas pautas de conducta o el aprendizaje de nuevos procedimientos.

Estilo de Afrontamiento enfocado a la emoción

Existe una gama de formas de afrontamiento focalizadas en la emoción. Hay un grupo que está constituido de procesos cognitivos que disminuyen el grado de trastorno emocional, incluyendo algunas estrategias de afrontamiento como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos que son negativos. Mientras que existe otro grupo más pequeño de estrategias cognitivas con acciones dirigidas a aumentar el grado de trastorno emocional, debido a que algunas personas primero necesitan sentirse mal antes de sentirse mejor. Por otro lado la reevaluación se refiere a ciertas formas de afrontamiento cognitivo dirigido a la emoción que modifican la forma de vivir la situación, sin cambiarla objetivamente (Lazarus y Folkman ,1984).

Estilo Adicional u otros estilos de Afrontamiento

Autores como Frydenberg, Lewis, Cubero y Pereña (1997) señalan la importancia de una tercera categoría de estilos de afrontamiento, denominada afrontamiento de evitación en el cual las personas evaden el problema no prestándole atención o distrayéndose llevando a cabo otro tipo de conductas.

Las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y en el problema se distinguen fácilmente y suelen ponerse en práctica de forma paralela (Chico, 2002). Mientras que Pinheiro, Traccoli y Tamayo (2003) menciona que los individuos

emplean el estilo centrado en la evitación u otros modos de afrontar cuando no desean centrarse en el problema, haciendo uso de la evitación cognitiva.

Por otro lado, el término de afrontamiento pasivo, incluye la evitación y el afrontamiento activo que es un afrontamiento no evitativo. Esta estructura de dos factores de afrontamiento está incorporada dentro del marco de afrontamiento como un antecedente a la intención conductual para afrontar, así como llevar a cabo la conducta de afrontamiento. Es probable que los individuos puedan tener un número de respuestas de afrontamiento a su disposición, aunque cada individuo puede tener sus propios estilos de afrontamiento basados en sus atributos de personalidad Shaw (1999; véase Morales, 2012).

2.3.5. Importancia del afrontamiento al estrés en el contexto de la salud

Lazarus y Folkman (1984) hace mención de las amenazas, las emociones que perturban el equilibrio corporal y los precursores de la enfermedad; asimismo de los esfuerzos de afrontamiento y el modo en que estos afectan a la salud a lo largo del tiempo. De esta manera nos preguntamos ¿Cuáles son las distintas vías por las que las formas de afrontar los acontecimientos de la vida diaria pueden afectar la salud?, si bien es cierto, de la salud a la enfermedad o viceversa, hay una característica que los une y es pues, las estrategias de afrontamiento que se utiliza.

Tal como lo recalca Lazarus y Folkman (1984, p.234) “el afrontamiento puede influir en la frecuencia, intensidad, duración y forma de las reacciones neuroquímicas al estrés”. Vale decir, que el estrés se presenta cada vez que existen situaciones o

experiencias nuevas; y en una enfermedad tal como lo es la diabetes mellitus tipo 2, es imprescindible la adaptación y el afronte del mismo.

2.4. Diabetes mellitus tipo 2

2.4.1 Epidemiología

La diabetes es una enfermedad presente en todo el mundo, que genera consecuencias humanas, sociales y económicas desfavorables. Esta enfermedad provoca tantas muertes al año como el VIH/SIDA y ocasiona una sobrepoblación en los sistemas sanitarios y las economías mundiales, aunque la peor parte recae sobre los países de ingresos bajos y medios (Morales, 2012). A pesar de ello, la concientización en la población mundial de la amenaza diabética sigue siendo escasa.

Según la Federación Internacional de Diabetes (2013) se calcula que alrededor de 382 millones de personas en el mundo padecen diabetes y que esta cifra aumentará a 439 millones en el año 2030. Esta pandemia causó 5,1 millones de muertes en 2013, y cada 6 segundos una persona muere con esta enfermedad. Y para el 2025 se espera que la prevalencia de diabetes en la Región de América del Sur y Central sea casi tan alta (9,3%) como la de la Región de América del Norte (9,7%). La Región del Pacífico Occidental seguirá teniendo el mayor número de personas con diabetes, con unos 100 millones, lo que representará un aumento de casi un 50% con respecto al 2007.

Actualmente el Perú se encuentra entre los cinco países con mayor número de casos, siendo antecedido por Brasil, México, Argentina y Colombia. Pues la diabetes

mellitus afecta a más de un millón de peruanos y menos de la mitad han sido diagnosticados, siendo las mujeres quienes encabezan la lista de afectados con un total de 27, 453 casos registrados, mientras que los varones suman 14,148; asimismo Piura y Lima son los más afectados (2,5%). Esta situación también se ve de manera concreta en el Hospital Nacional Dos de Mayo, donde según el Instituto Nacional de Estadística e informática(INEI) durante mayo y junio del 2011, se han registrado 747 y 857 casos de diabetes respectivamente, identificados en el Programa de diabetes (Hidalgo, 2012). Al respecto, informes de la Oficina de Estadística e Informática del Ministerio de Salud indican que la diabetes es la décima quinta causa de mortalidad en el país. Estudios de la Universidad Cayetano Heredia apuntan que la prevalencia en Lima es mayor que en cualquier otro departamento del Perú (7,6%) debido al desordenado estilo de vida en la población urbana (Hidalgo, 2012).

Según Arnold, Licea y Castelo (2012) la epidemia de la diabetes mellitus tipo 2 debe ser afrontada con seriedad. No es suficiente realizar campañas de tamizaje en poblaciones vulnerables, sino será necesario trabajar desde la prevención de la enfermedad, las cuales dependerá de la creación de una cultura alimentaria saludable y responsable en las etapas más críticas del desarrollo (infancia y en la adolescencia); a partir del ámbito familiar y los escenarios escolares que es donde se deben aprender conductas de estilos de vida sana.

2.4.2 Definición

Según la Federación Internacional de Diabetes (2013) la diabetes mellitus es una enfermedad crónica que aparece cuando el cuerpo no puede producir suficiente

insulina. Y la Sociedad Americana de Diabetes (2010) menciona que la diabetes mellitus es un grupo de enfermedades que se caracterizan por una hiperglucemia que es provocada por defectos en la secreción de la insulina, o en la acción de la insulina o en ambas.

Dentro de la diabetes mellitus, existe una clasificación, y una de ellas en el tipo 2, también llamada no insulino dependiente, se caracterizan por presentar en su etiología un factor de resistencia a la acción de la insulina, acompañado de disminución en la secreción pancreática de insulina. (Franch, 2006; cit. por Patilla, 2011). De igual forma, es vital señalar que la diabetes tipo 2 es una enfermedad crónica y degenerativa, es susceptible de presentarse en todos los grupos socioeconómicos, étnicos y culturales; cuyas manifestaciones clínicas son progresivas dando lugar a una posible discapacidad parcial, completa, llevando al paciente incluso a la muerte. Asimismo es importante destacar que hasta hace poco, este tipo de diabetes sólo se observaba en adultos, pero en la actualidad también se está manifestando en niños (OMS, 2011).

2.4.3 Etiología

Seclén, Faustor, Motta, Noriega y Pinto (2014) refieren que en estos pacientes la etiología no está bien definida, no hay factores inmunes, la gran mayoría son obesos, existe asociación familiar, presentan niveles de insulina elevados o normales, pero éstos son insuficientes para los niveles de glucosa (p.28).

2.4.4 Sintomatología

En relación a la sintomatología, es importante hacer hincapié que varios síntomas de la diabetes sólo aparecen en algunos pacientes y muchas personas pueden presentar esta enfermedad y encontrarse completamente asintomáticas (MINSA, 2007; véase Patilla, 2011)

Los síntomas clásicos de la diabetes son:

- ψ Aumento del volumen urinario (poliuria).
- ψ Aumento de la sensación de sed (polidipsia).
- ψ Aumento del apetito (polifagia).
- ψ Pérdida de peso (en muchas ocasiones el paciente es obeso o está en sobrepeso, pero viene perdiendo peso).
- ψ Prurito, picores en diferentes partes del cuerpo.
- ψ Infecciones.
- ψ Enfermedades cardiovasculares asociadas.
- ψ Adormecimiento de manos y pies.
- ψ Cansancio y agotamiento sin necesidad de realizar muchas labores.

Los síntomas antes mencionados se pueden manifestarse en cada paciente indistintamente, tomando en cuenta que no siempre suelen presentarse todos estos.

2.4.5. Aspectos psicológicos relacionados a la diabetes mellitus tipo 2

La diabetes mellitus tipo 2, es un asunto de preocupación en la salud pública en nuestro país, además de requerir una acción política concertada de muchos sectores. Su impacto es físico, pero sobretodo es psicológico y emocional a lo largo del proceso de la cronicidad, ya que deteriora la calidad de vida de las personas que la padecen. Y

cabe puntualizar el aporte que hace Eysenck (1994) quien refiere la importancia de las actitudes mentales para la supervivencia indican de manera indudable, que las actitudes mentales constituyen un importante factor de pronosis en la enfermedad, como el cáncer.

De esta manera, el impacto psicológico frente al diagnóstico es inesperado y hasta cierto punto inexplicable, ciertas personas pueden reaccionar de una manera poco adaptativa, ante ello las interacciones médico-paciente, el apoyo familiar y social pueden mitigar este impacto. Otro aspecto, es que tras el diagnóstico, el paciente se encuentra con que su vida debe cambiar, adoptando ciertas rutinas en algunos casos bajo unas contingencias de autocontrol por evitación: no hacer ciertas cosas que desea y ha hecho durante largos años y hacer otras que a nadie gusta para no sufrir las consecuencias a medio largo plazo de su enfermedad.

Gil e Ybarra (2009) refieren el fuerte contenido psicológico que presenta esta enfermedad y su tratamiento, ya que ciertas peculiaridades concernientes a su modo de aparición a las condiciones sociales asociadas a su padecimiento hacen posibles que el impacto psicológico de la diabetes adquiera tintes y matices muy dispares que pueden exigir la ayuda psicológica al paciente.

De esta manera, diversas investigaciones en el tema del dolor y la enfermedad consideran la posibilidad que éste puede perturbar o distorsionar algunas características de la personalidad o generar culpa, miedo, ira, ansiedad, depresión, etc. (Dersh, 2002; véase Salas, 2009). Por otro lado, la personalidad podría influir en que determinados pacientes respondan mejor que otros frente al dolor y la enfermedad, ya

que se considera que de acuerdo a la personalidad del individuo existe la posibilidad de organizar mejor la forma en que interrelaciona lo psicológico con su propio cuerpo Infante (1998; véase Salas 2009). De esta manera, se consideraría que la personalidad del paciente con enfermedad diabética podría jugar un papel fundamental tanto en el inicio como en el curso de la patología.

Es primordial señalar que dentro de los aspectos psicológicos encontramos también aquellos que desestabilizan o impiden un adecuado control metabólico de la diabetes, como es el caso de las situaciones estresantes, los cuadros de ansiedad y en situaciones que acarrear mayor complicación al tratamiento como la depresión (Gil e Ybarra, 2009). También se debe considerar que las diversas situaciones de estrés mantienen una clara relación con la glucemia.

En este sentido es pertinente hacer mención, que el seguimiento a las recomendaciones no es una tarea sencilla para los pacientes diabéticos, sino que conlleva importantes cambios en distintos aspectos de su vida y las dificultades que encuentra cada paciente para la adaptación a estos cambios son diferentes y personales (Leiva, 2010).

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Hipótesis de la investigación

3.1.1. Hipótesis general

Existe relación entre la personalidad con el afrontamiento al estrés en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de una Institución de Salud de Lima.

3.1.2. Hipótesis secundarias

1. Existe relación entre la dimensión de la personalidad introversión-extroversión (E) y el afrontamiento enfocado en el problema, en pacientes con diabetes tipo 2.
2. Existe relación entre la dimensión de la personalidad introversión-extroversión (E) y el afrontamiento enfocado en la emoción, en pacientes con diabetes tipo 2.
3. Existe relación entre la dimensión de la personalidad introversión-extroversión (E) y otros estilos de afrontamiento, en pacientes con diabetes tipo 2.
4. Existe relación entre la dimensión de la personalidad estabilidad-inestabilidad (N) y el afrontamiento enfocado en el problema, en pacientes con diabetes tipo 2.
5. Existe relación entre la dimensión de la personalidad estabilidad-inestabilidad (N) y el afrontamiento enfocado en la emoción, en pacientes con diabetes tipo 2.
6. Existe relación entre la dimensión de la personalidad estabilidad-inestabilidad (N) y otros estilos de afrontamiento, en pacientes con diabetes tipo 2.

3.2. Variables, dimensiones e indicadores, definición conceptual y operacional

3.2.1 Definición Conceptual

Personalidad

La personalidad es la resultante total de los patrones reales o potenciales del organismo, determinados por la herencia y el ambiente. La personalidad emerge y se desarrolla en la interacción funcional de los cuatro sectores principales en que se organizan los patrones de comportamiento: Inteligencia (sector cognitivo), carácter (sector conativo), temperamento (sector afectivo) y constitución (sector somático) (Eysenck, 1970).

Afrontamiento al estrés

El afrontamiento es el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para las demandas específicas externas y/o internas que son evaluados como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Carver et al. 1997).

3.2.2. Definición operacional

Personalidad

Es lo que mide el Inventario de Personalidad de Eysenck, cuyas dimensiones e indicadores se explican en la Tabla 1 siguiente.

Afrontamiento al estrés

Es lo que mide el Inventario de Estimación de Afrontamiento al estrés de Carver y colaboradores, cuyas dimensiones e indicadores se explican en la Tabla 2 siguiente.

Tabla 1

Definición operacional de la variable Personalidad

Variable	Dimensiones	Sub- dimensiones	Indicadores	Ítems	Niveles y rangos	
VARIABLE 1: PERSONALIDAD	Extraversión (E)	Extroversión	sociable			
			Hablador			
			Divertido		Extrovertido (14 a 24)	
		Introversión	Arriesgado	1,3,5,8,10,13		
			Enérgico	,15,17,20,22, 25,27,29,32, 34,37,39,41, 46,49,51,53	Si=1 No=0	
			Retraído			
		Pasivo	y 56 (24 ítems)			
		Controlado		Introvertido (0 a13)		
		Sosegado				
	Neuroticismo (N)	Estabilidad	Indeciso			
			Pesimista			
			Responsable			
Inestabilidad		Equilibrado	2,4,7,9,11,14			
		Tranquilo	,16,19,21,23, 26,28,31,33,	Estable (0 a 11)		
		Líder	35,38,	Si=1 No=0		
	Alegre	40,43,45,47, 50,52,55 y 57				
	Intranquilo					
	Insociable	(24 ítems)	Inestable (12 a 24)			
Veracidad (L)	Mentiras	Indeciso				
		Pesimista				
				6,12,18,24,30,36,42,48y 54 (9ítems)	Si=1 No=0	0 a 4= válido 4 a +=inválido

Tabla 2

Definición operacional de la variable Afrontamiento al estrés

Variables	Dimensiones	Sub-dimensiones	Indicadores	Ítems	Niveles y rangos	
VARIABLE 2: AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS	Estilos de afrontamiento enfocados en el problema	Afrontamiento activo	Actúa paso a paso			
		Planificación	Elabora estrategias			
		La supresión de otras actividades	Busca información	1,14,27,40,2,15,28,41,3,16,29,42,4,17,30,43,5,18,31y44	(20 ítems)	
		La postergación del afrontamiento	Se concentra en las alternativas			
			Focaliza el problema			
	Estilos de afrontamiento enfocado en la emoción	La búsqueda de apoyo social	Elabora y planea pasos a seguir	Busca apoyo		
			Comunica el problema	Comunica y busca apoyo		
		La búsqueda de soporte emocional	Optimista	6,19,32,45,7,20,33,46,8,21,34,47,9,22,35,48,10,23,36y49	(20 ítems)	Adecuado Si=1 No=0 Inadecuado
		Reinterpretación positiva	Positivo			
		La aceptación	Tolerante			
	Otros estilos de afrontamiento	Acudir a la religión	Cree en Dios	Practica la espiritualidad		
		Análisis de las emociones	Expresa sentimientos	Expresa alteración		
		Negación	No acepta el problema		11,24,37,50,12,25,38,51,13,26,39 y 52	(12 ítems)
		Conductas inadecuadas	Pesimista			
		Distracción	Realiza otras actividades			

CAPÍTULO IV
METODOLOGÍA

4.1. Diseño metodológico

4.1.1. Tipo de la investigación

La presente investigación corresponde a una investigación de tipo correlacional, dado que describen relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado, o en función causa-efecto (Hernández, Fernández y Baptista, 2003)

4.1.2. Diseño de la investigación

La investigación asume un diseño no experimental, donde Hernández et al. (2003) consideran que son “estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos” (p.269).

4.2. Diseño muestral

4.2.1. Población

La población estuvo conformada por aquellos pacientes que acudieron a la Unidad de Pie Diabético con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, por consulta externa y/o siguen su respectivo tratamiento (control), de los cuales 70 pacientes corresponde al sexo femenino y 40 pacientes al sexo masculino, haciendo una sumatoria total de 110 pacientes; quienes vienen atendándose en el Hospital María Auxiliadora, ubicado en el distrito de San de Miraflores de Lima.

4.2.2. Muestra

El tipo de muestreo empleado para el presente trabajo de investigación fue de tipo no probabilístico por conveniencia debido a que los sujetos de estudio fueron seleccionados dada la accesibilidad al investigador.

4.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

4.3.1. Encuestas

Las encuestas se definen como “un método de buscar información sobre un grupo grande de personas” (Papalia, 2009, p.22)

4.3.2. Instrumentos

Para realizar la recolección de datos nos ayudamos de dos instrumentos, que cumplen con los requisitos de validez y confiabilidad, los cuales están diseñados para la medición de las variables a estudiar.

Inventario de Personalidad de Eysenck – Forma B (EPI)

El inventario de Personalidad de Eysenck (EPI), fue la prueba utilizada para la evaluación de Personalidad. Este inventario ha sido traducido al castellano y validado factorialmente por Sánchez (1972) y editado por TEA Ediciones (1973) y respecto a las propiedades psicométricas con población peruana, Anicama (1974), realizó un estudio de estandarización. El autor aplicó confiabilidad test-retest a un grupo de 100 sujetos, formado por estudiantes del último año de secundaria de Lima, estudiantes universitarios y población obrera de la misma ciudad. Todos fueron seleccionados al

azar, de ambos sexos y de edades diversas. El tiempo transcurrido entre el test y el retest fue de 8 meses aproximadamente; siendo los coeficientes 0.71 en la escala de N, 0.68 en la escala E y 0.61 en la escala L, con $p < .05$.

Respecto a la validez, realizó el método de los grupos nominados estableciendo la prueba de homogeneidad con la T de student. Fueron 30 los psicólogos que se desempeñaron como jueces, quienes proporcionaron juicios para 110 sujetos, aproximadamente. Los coeficientes de correlación fueron los siguientes: 4.51 en la escala E, 4.0216 en la escala N y 1.96 en la escala L. Se encontró una relación altamente significativa entre el criterio del juez y el puntaje obtenido por el sujeto en el test.

De igual modo, determinó la validez por el método de validez clínica en grupos nominados, para ello, 8 personas, entre psicólogos y psiquiatras, se desempeñaron como jueces. Los coeficientes de correlación que se obtuvieron para distímicos e histéricos- psicopáticos en las escalas E y N son 6.579 y 0.374 respectivamente. Se encontró una relación altamente significativa entre el diagnóstico clínico de psicólogos y psiquiatras con los puntajes obtenidos en ambas escalas del test por los sujetos de experimentación.

Recientemente Galdós-Tanguis (2014, p.52), obtuvo la validez del Inventario de Personalidad de Eysenck (Forma B), mediante la validez convergente para la dimensión de Neuroticismo y la validez discriminante para la dimensión Extraversión y con respecto a la confiabilidad realizó el método de consistencia interna de 0.75 y 0.65 respectivamente.

El EPI es una prueba constituida por 57 ítems, contiene 24 ítems de la dimensión Extraversión “E”, 24 ítems de la dimensión Neuroticismo “N” y 9 ítems que corresponde a la escala de Veracidad “L”.

Los ítems del Inventario están redactados en forma afirmativa implicando su aceptación o rechazo “SI” o “NO”.

En cuanto a la Escala “L” hay una considerable evidencia de que el puntaje de 4 a más nos indican que es probable que este falseando, por lo tanto la prueba se considera nula.

Los coeficientes Alpha de Cronbach para cada dimensión de personalidad son elevados porque superan los valores del punto de corte de .70, mayormente aceptado como adecuado para los instrumentos psicológicos. La tabla 3 muestra estimaciones de confiabilidad y consistencia interna.

Tabla 3

Estimaciones de confiabilidad mediante el coeficiente alpha en el Inventario de Personalidad de Eysenck-Forma B

Dimensiones de la personalidad	Nº de ítems	Alpha de Cronbach
Extraversión	24	0.942
Neuroticismo	24	0.892

En la tabla 4 se observa la validez de constructo por el método de análisis de ítems. La correlación ítem-test de los 24 reactivos que constituyen la dimensión de Extraversión del Inventario de personalidad de Eysenck-Forma B, donde se observó que los ítems reportaron correlaciones apropiadas ($r > .50$) y significativas ($p < .05$).

Tabla 4

Resultados del análisis de ítems-test de la dimensión Neuroticismo del Inventario de personalidad de Eysenck-Forma B

Ítems	r	p
Ítem 1	.662	.000
Ítem 3	.673	.000
Ítem 5	.738	.000
Ítem 8	.542	.000
Ítem 10	.574	.000
Ítem 13	.565	.000
Ítem 15	.607	.000
Ítem 17	.723	.000
Ítem 20	.508	.000
Ítem 22	.603	.000
Ítem 25	.721	.000
Ítem 27	.656	.000
Ítem 29	.606	.000
ítem 32	.565	.000
ítem 34	.501	.000
Ítem 37	.575	.000
ítem 39	.734	.000
Ítem 41	.603	.000
Ítem 44	.761	.000
Ítem 46	.639	.000
Ítem 49	.618	.000
Ítem 51	.740	.000
Ítem 53	.728	.000
ítem 56	.609	.000

** La correlación es significativa al nivel 0.01

Nota: n= 110 pacientes

En la tabla 5 se aprecia la validez de constructo por el método de análisis de ítems. La correlación ítem-test de los 24 reactivos que constituyen la dimensión de Neuroticismo del Inventario de personalidad de Eysenck-Forma B, donde se observó que los ítems reportaron correlaciones apropiadas ($r > .30$) y significativas ($p < .05$).

Tabla 5

Resultados del análisis de ítems-test de la dimensión Neuroticismo del Inventario de personalidad de Eysenck-Forma B

Ítems	r	p
Ítem 2	.540	.000
Ítem 4	.610	.000
Ítem 7	.410	.000
Ítem 9	.598	.000
Ítem 11	.575	.000
Ítem 14	.489	.000
Ítem 16	.598	.000
Ítem 19	.439	.000
Ítem 21	.512	.000
Ítem 23	.489	.000
Ítem 26	.446	.000
Ítem 28	.457	.000
Ítem 31	.363	.000
Ítem 33	.625	.000
Ítem 35	.659	.000
Ítem 38	.614	.000
Ítem 40	.389	.000
Ítem 43	.546	.000
Ítem 45	.583	.000
Ítem 47	.430	.000
Ítem 50	.422	.000
Ítem 52	.309	.000
Ítem 55	.496	.000
Ítem 57	.481	.000

** La correlación es significativa al nivel 0.01

Nota: n= 110 pacientes

En conclusión la prueba psicológica antes mencionada, cumple con los requisitos de validez y confiabilidad para el siguiente estudio.

Inventario de Estimación de Afrontamiento de Carver (COPE)

El instrumento utilizado para la presente investigación será la prueba COPE, elaborada por Carver, Scheir y Weintraub en 1989. Este instrumento fue construido en los Estados Unidos en base a dos modelos teóricos: el modelo teórico de Lazarus y Folkman (1986) y el modelo de autorregulación conductual.

La confiabilidad del COPE se obtuvo utilizando la consistencia interna del Alfa de Cronbach para las subescalas, consiguiendo valores que oscilaban entre 0.45 y 0.92. Solo la escala de desentendimiento mental tuvo un coeficiente menor a 0.60. Además, la fiabilidad test- retest, según un intervalo de seis semanas, osciló entre 0.42 y 0.89, y, respecto a un intervalo de ocho semanas, entre 0.46 y 0.86, demostrando una relativa estabilidad en el tiempo (Carver et al., 1989).

Estos análisis indican la estabilidad, confiabilidad y la independencia de las escalas del cuestionario de afrontamiento.

El instrumento está constituido por 13 escalas o modos de afrontamiento.

Las 5 primeras escalas se ubican dentro de la categoría de afrontamiento enfocado al problema:

1. Afrontamiento activo
2. Planificación
3. Supresión de actividades competentes
4. Postergación del afrontamiento
5. Búsqueda de apoyo social

Las siguientes 5 escalas se ubican dentro de la categoría de afrontamiento enfocado a la emoción:

1. Búsqueda de apoyo social
2. Reinterpretación positiva y crecimiento
3. Aceptación
4. Negación
5. Acudir a la religión

Las 3 escalas que siguen son:

1. Enfocar y liberar emociones
2. Desentendimiento conductual
3. Desentendimiento mental

Este instrumento permite evaluar las formas o estilos de afrontamiento que utiliza las personas ante eventos estresantes. Está compuesto por 52 ítems que presentan respuestas dicotómicas, “SI” y “NO”.

En el Perú, Salazar y Sánchez en 1992 realizaron la validación (ítem-test) de este cuestionario bajo el método de criterio de jueces. Con el fin de establecer la consistencia interna de las escalas del instrumento, ellos aplicaron el análisis del Coeficiente interna de las escalas del instrumento, ellos aplicaron el análisis del Coeficiente de Cronbach. Los resultados condujeron a la aceptación de cada una de las escalas.

Salazar y Sanchez (1992; cit. por Guerrero, 1996), hallaron que los valores fueron aceptablemente altos; asimismo los puntajes “r” entre las escalas de la prueba indican que éstas no se relacionan significativamente, lo cual indica su independencia.

Los autores del COPE (Carver et al., 1989) demostraron mediante criterios de correlación que éste se puede utilizar de manera válida y confiable para

investigaciones de afronte en situaciones específicas y afronte ante cualquier evento estresante.

Asimismo, se corroboró la validez ítem- test, al haber obtenido que los ítems contruidos correlacionaban de forma significativa con sus respectivas escalas con índices superiores a 0.32. En este sentido, tales ítems demostraron ser válidos para medir el constructo que cada escala pretendía medir. De igual manera diversos estudios (Alcalde, 1998; Cassaretto, 2003; Cassaretto y Paredes, 2006; Chau, 1999.) señalan su pertinencia para la población peruana.

De la misma manera, un estudio reciente de Díaz (2015) demostró que el alfa de Cronbach presenta el valor de 0,872 en modos de afrontamiento centrados en el problema; en modos de afrontamiento centrados en la emoción obtuvo el valor de 0,892 y en otros modos de afrontamiento el valor de 0,755. Todos estos resultados indican un nivel alto de confiabilidad.

La tabla 6 muestra las estimaciones de confiabilidad del Inventario de Estimación de Afrontamiento de Carver (COPE), y está dada por las dimensiones siguientes: en la dimensión del *afrontamiento enfocado en el problema* la confiabilidad es 0.859, en la dimensión del *afrontamiento enfocado en la emoción* la confiabilidad que corresponde es 0.892 y en *otros estilos de afrontamiento* la confiabilidad interna está dada por 0.841.

Tabla 6

Estimaciones de confiabilidad mediante el coeficiente alpha en Inventario de Estimación de Afrontamiento de Carver

Dimensiones del afrontamiento	Nº de ítems	Alpha de Cronbach
Afrontamiento enfocado en el problema	20	0.859
Afrontamiento enfocado en la emoción	20	0.892
Otros estilos de afrontamiento	12	0.841

En la tabla 7 se muestra la validez de constructo por el método de análisis de ítems. La correlación ítem-test de los 20 reactivos que constituyen la dimensión de afrontamiento enfocado en el problema, donde se observó que los ítems reportaron correlaciones apropiadas ($r > .20$) y significativas ($p < .05$).

Tabla 7

Resultados del análisis de ítems-test de la dimensión afrontamiento enfocado en el problema del Inventario de Estimación de Afrontamiento de Carver

Ítems	r	p
Ítem 1	.579	.000
Ítem 2	.474	.000
Ítem 3	.450	.000
Ítem 4	.686	.000
Ítem 5	.606	.000
Ítem 14	.387	.000
Ítem 15	.586	.000
Ítem 16	.338	.000
Ítem 17	.344	.000
Ítem 18	.494	.000
Ítem 27	.641	.000
Ítem 28	.686	.000
Ítem 29	.475	.000
Ítem 30	.263	.000
Ítem 31	.432	.000
Ítem 40	.261	.000
Ítem 41	.493	.000
Ítem 42	.614	.000
Ítem 43	.432	.000
Ítem 44	.416	.000

** La correlación es significativa al nivel 0.01

Nota: n= 110 pacientes

En la tabla 8 se muestra la validez de constructo por el método de análisis de ítems. La correlación ítem-test de los 20 reactivos que constituyen la dimensión de

afrontamiento enfocado en la emoción, donde se observó que los ítems reportaron correlaciones apropiadas ($r > .40$) y significativas ($p < .05$).

Tabla 8

Resultados del análisis de ítems-test de la dimensión afrontamiento enfocado en la emoción del Inventario de Estimación de Afrontamiento de Carver

Ítems	r	p
Ítem 6	.629	.000
Ítem 7	.756	.000
Ítem 8	.577	.000
Ítem 9	.492	.000
Ítem 10	.415	.000
Ítem 19	.482	.000
Ítem 20	.630	.000
Ítem 21	.757	.000
Ítem 22	.728	.000
Ítem 23	.578	.000
Ítem 32	.453	.000
Ítem 33	.712	.000
Ítem 34	.445	.000
Ítem 35	.429	.000
Ítem 36	.521	.000
Ítem 45	.591	.000
Ítem 46	.677	.000
Ítem 47	.590	.000
Ítem 48	.521	.000
Ítem 49	.581	.000

** La correlación es significativa al nivel 0.01

Nota: n= 110 pacientes

En la tabla 9 se muestra la validez de constructo por el método de análisis de ítems. La correlación ítem-test de los 12 reactivos que constituyen la dimensión de otros estilos de afrontamiento, donde se observó que los ítems reportaron correlaciones apropiadas ($r > .30$) y significativas ($p < .05$).

Tabla 9

Resultados del análisis de ítems-test de la dimensión otros estilos de afrontamiento del Inventario de Estimación de Afrontamiento de Carver

Ítems	r	p
ítem 11	.368	.000
Ítem 12	.480	.000
ítem 13	.341	.000
Ítem 24	.569	.000
Ítem 25	.730	.000
Ítem 26	.660	.000
Ítem 37	.353	.000
Ítem 38	.648	.000
Ítem 39	.339	.000
Ítem 50	.786	.000
Ítem 51	.721	.000
Ítem 52	.520	.000

** La correlación es significativa al nivel 0.01

Nota: n= 110 pacientes

En conclusión, los datos revelaron que el inventario de estimación de afrontamiento de Carver (COPE) cumple con los requisitos de validez y confiabilidad necesarios para el presente estudio.

4.4. Técnicas del procesamiento de información

Para la recogida de datos se hizo previas coordinaciones con el representante del área de Apoyo a la Docencia e Investigación y la jefa del servicio de Endocrinología del Hospital María Auxiliadora. A los pacientes se solicitó consentimiento verbal explicando el anonimato de la prueba. Dando así, a conocer las instrucciones y objetivo de dicho Inventario. Por otro lado se hizo mención que a duda alguna se hará el esclarecimiento correspondiente.

Una vez recolectado los datos correspondientes de la investigación, fue necesario trabajar con el programa estadístico SPSS versión 18 en español.

4.5. Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información

En el paquete estadístico SPSS versión 18 en español se comenzó con el análisis de consistencia interna de Alpha de Cronbrach y validez correspondiente, tanto como para el Inventario de Personalidad de Eysenck – Forma B (EPI) y el Inventario de Estimación de Afrontamiento de Carver (COPE).

Por otra parte, se realizó el análisis de correlación de regresión logística binaria para la correlación entre las variables de personalidad y afrontamiento, así como de las dimensiones y los estilos de afrontamiento. Para ello se trabajó con un nivel de significación <0.05 y con el grado de correlación correspondiente.

4.6. Aspectos éticos contemplados

Con referencia a los pacientes y frente a la aplicación de pruebas, ellos fueron informados del procedimiento y el anonimato de la prueba, resguardando de esta manera la confiabilidad en todo momento y según criterios éticos personales y de la misma institución donde se realizó dicha investigación.

De la misma manera esta investigación se rige por el Código de Ética del Psicólogo, establecida en nuestro país para el buen ejercicio profesional. En igual forma, por los Principios Éticos de los Psicólogos y Código de Conducta establecida en el punto 8 de Investigación y Publicación, que postula la Asociación Americana de Psicología.

CAPITULO V
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1. Análisis descriptivos

5.1.1 Tipo de temperamento predominante en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de una Institución de Salud

En la tabla 10 se observa que el tipo de temperamento predominante en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 es el temperamento melancólico (35.5%), seguidamente el temperamento sanguíneo (23.6%), en contraste del temperamento flemático (20.9%) y colérico (20.0%) que corresponden a poca predominancia de entre los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Tabla 10

Tipo de temperamento predominante en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de una Institución de salud

Tipo de temperamento	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Melancólico	39	35.5	59.1
Flemático	26	23.6	23.6
Sanguíneo	23	20.9	80.0
Colérico	22	20.0	100.0
Total	110	100.0	

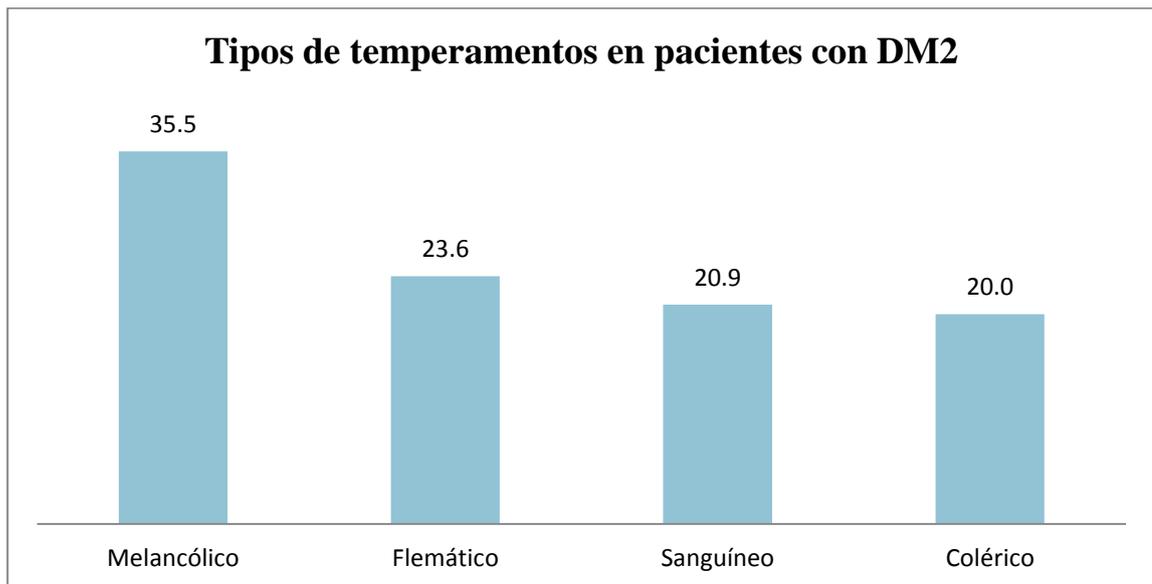


Figura 1. Tipos de temperamentos en pacientes con diabetes mellitus tipo 2

5.1.2 Análisis porcentual de la dimensión extroversión-introversión de la personalidad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2

En la tabla 11 se observa que en la dimensión extroversión-introversión (E) de la personalidad los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 mostraron mayormente rasgos introvertidos (59.1%), a diferencia del grupo de pacientes con rasgos extrovertidos (40.9%).

Tabla 11

Análisis porcentual de la dimensión extroversión-introversión de la personalidad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2

Dimensión de la personalidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Introversión	65	59.1	59.1
Extroversión	45	40.9	100.0
Total	110	100.0	

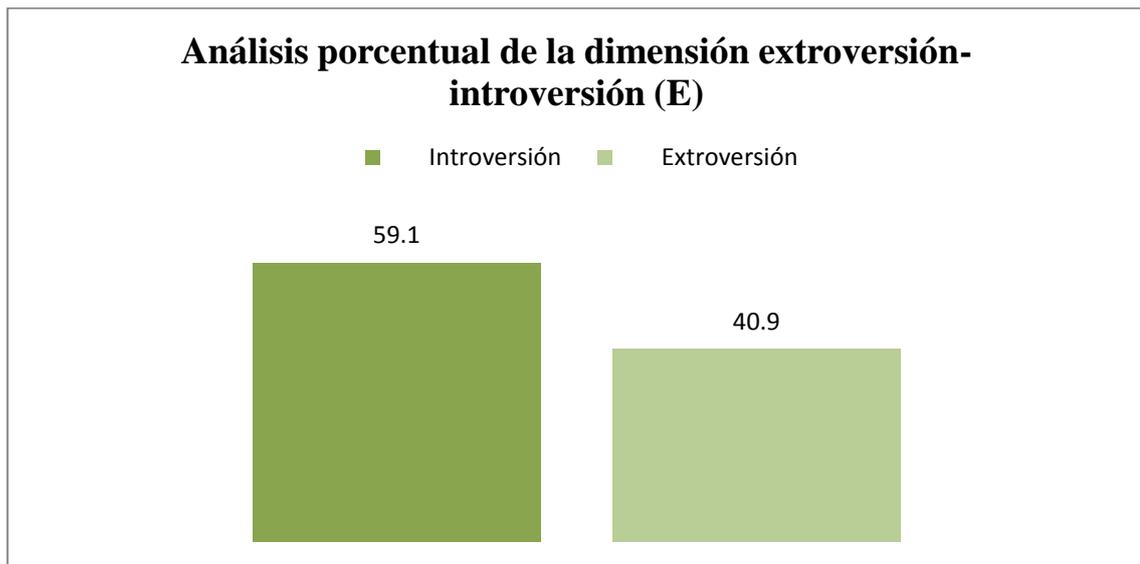


Figura 2. Análisis porcentual de la dimensión extroversión-introversión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2

5.1.3 Análisis porcentual de la dimensión estabilidad-inestabilidad de la personalidad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2

En la tabla 12 se muestra que en la dimensión estabilidad- inestabilidad (N) de la personalidad los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 presentaron mayormente rasgos inestables (55.5%), en contraste del grupo de pacientes con rasgos estables (44.5%).

Tabla 12

Análisis porcentual de la dimensión estabilidad-inestabilidad de la personalidad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2

Dimensión de la personalidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Estabilidad	49	44.5	44.5
Inestabilidad	61	55.5	100.0
Total	110	100.0	

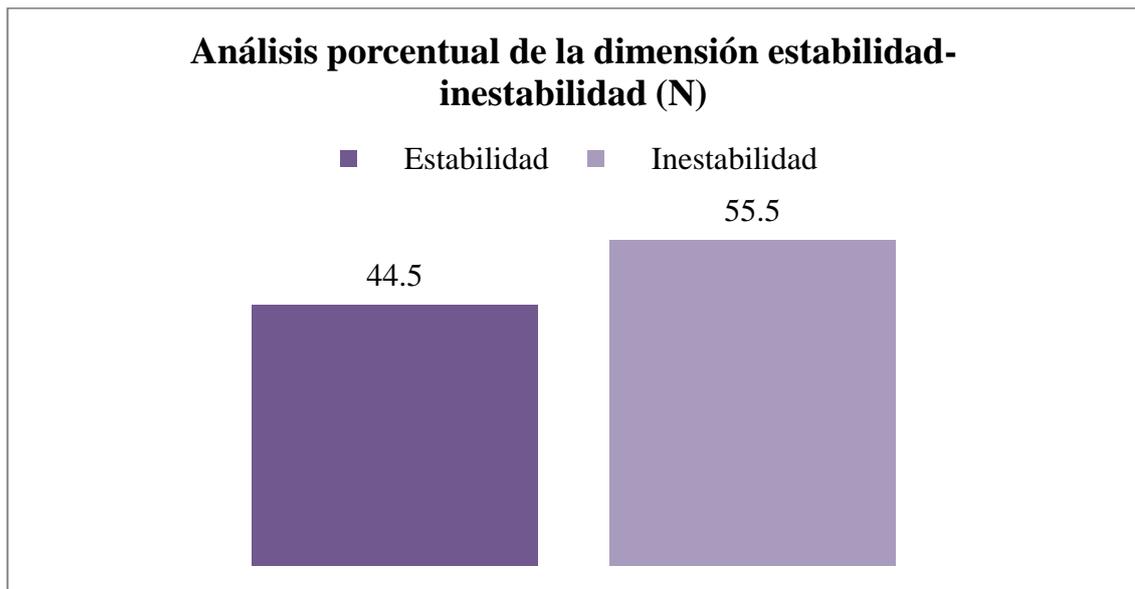


Figura 3. Análisis porcentual de la dimensión estabilidad-inestabilidad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2

5.1.4 Análisis porcentual del afrontamiento al estrés en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de una Institución de Salud

En la tabla 13 se aprecia que el 80.9% del grupo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 manifiesta un estilo de afrontamiento enfocado al problema, mientras que la muestra mayoritaria correspondiente al 84.5% del estilo de afrontamiento de la emoción y el 12.7% manifiesta que en situaciones de estrés responde con otros estilos de afrontamiento.

Tabla 13

Análisis porcentual del afrontamiento al estrés en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de una Institución de salud

Estilo de afrontamiento	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Problema	38	34.5	34.5
Emoción	69	62.7	97.3
Otros	3	2.7	100.0
Total	110	100	

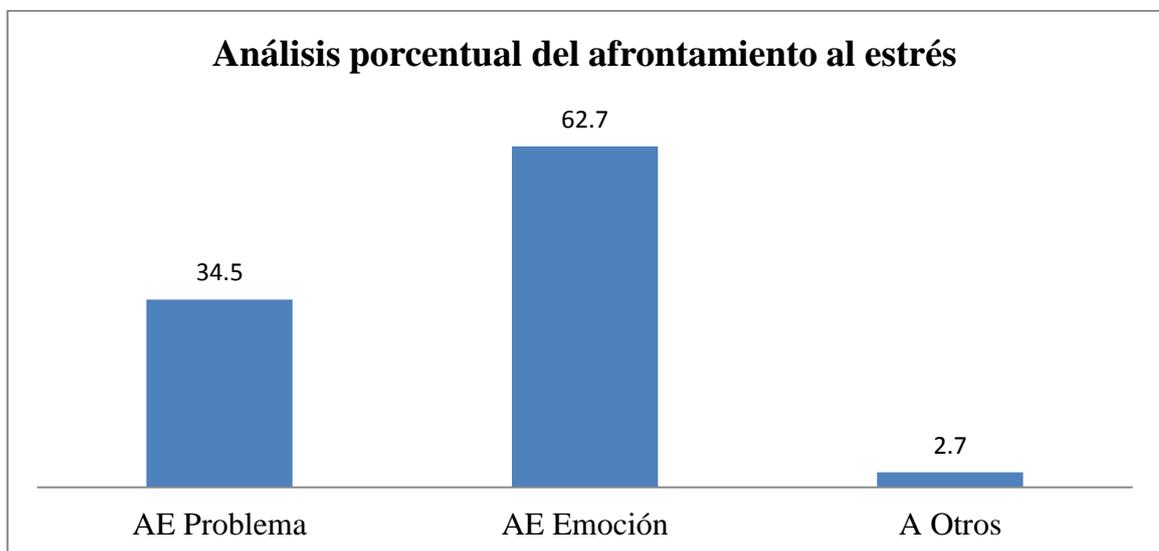


Figura 4. Análisis porcentual de los estilos de afrontamiento al estrés en pacientes con diabetes mellitus tipo 2

5.2 Análisis inferenciales

5.2.1 Relación entre la personalidad y el afrontamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de una institución de Salud de Lima

Ho: No existe relación significativa entre la personalidad y el afrontamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Ha: Existe relación entre la personalidad con el afrontamiento al estrés en pacientes con diabetes mellitus tipo 2

En la tabla 14 se aprecia la regresión logística binaria entre las dimensiones de personalidad y el afrontamiento; se mostró que los valores de significancia para la dimensión extraversión-introversión y la dimensión estabilidad-inestabilidad fueron superiores al valor esperado ($p > .05$). En la valoración del intervalo de confianza (I.C.) al 95% se observó que el valor real de predicción para la dimensión introsión-extroversión osciló entre .858 y 5.557, mientras que para la dimensión estabilidad-inestabilidad los valores hallados fueron de .766 y 5.335. Dicho esto, se concluye que no existe relación significativa entre la personalidad (introsión-extroversión y estabilidad-inestabilidad) y el afrontamiento al estrés en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de una Institución de Salud de Lima. Por tanto, para esta muestra no se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 14

Relación logística entre la personalidad y afrontamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2

	<i>Afrontamiento al estrés</i>		
	<i>Wald</i>	<i>Exp (B)</i>	<i>p</i>
Introversión-Extroversión	2.685	2.184	.101
Estabilidad-inestabilidad	2.018	2.021	.155

5.2.2. Relación entre la dimensión de la personalidad introversión-extroversión (E) y el afrontamiento enfocado en el problema, en pacientes con diabetes tipo 2

Ho: No existe relación entre la dimensión de la personalidad extroversión - introversión (E) y el afrontamiento enfocado en el problema en pacientes con diabetes tipo 2.

Ha: Existe relación entre la dimensión de la personalidad extroversión - introversión (E) y el afrontamiento enfocado en el problema, en pacientes con diabetes tipo 2.

El análisis de la prueba de regresión logística binaria que se muestra en la tabla 15 de la dimensión de la personalidad extroversión - introversión (E) y el afrontamiento enfocado en el problema en pacientes con diabetes tipo 2, indicó que el valor estimado de la regresión fue adecuado y predisponente para la dimensión de la personalidad extroversión - introversión ($\text{Exp} - B = .877$) ya que fue un valor menor a uno; a nivel de significancia se observó que no fue significativo ($p = .737$), siendo este mayor al valor teórico estimado ($p > .05$). Con respecto a la valoración del intervalo de confianza (I.C) al 95% se observó que el valor de predicción osciló entre .409 y 1.882. De esta manera se concluye que no existe relación significativa entre la dimensión de la personalidad extroversión - introversión (E) y el afrontamiento enfocado en el problema en pacientes con diabetes tipo 2. Por tanto, para esta muestra no se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 15

Relación logística entre la dimensión de la personalidad introversión-extroversión(E) y el afrontamiento enfocado en el problema en pacientes con diabetes mellitus tipo 2

	<i>Afrontamiento enfocado en el problema</i>		
	<i>Wald</i>	<i>Exp (B)</i>	<i>p</i>
Introversión-Extroversión	.113	.877	.737

5.2.3. Relación entre la dimensión de la personalidad introversión- extroversión (E) y el afrontamiento enfocado en la emoción, en pacientes con diabetes tipo 2

Ho: No existe relación entre la dimensión de la personalidad extroversión – introversión (E) y el afrontamiento enfocado en la emoción en pacientes con diabetes tipo2.

Ha: Existe relación entre la dimensión de la personalidad extroversión – introversión (E) y el afrontamiento enfocado en la emoción en pacientes con diabetes tipo2.

En la tabla 16 se observa el análisis de la prueba de regresión logística binaria de la dimensión de la personalidad extroversión - introversión (E) y el afrontamiento enfocado en la emoción, se apreció que el valor estimado de la regresión fue adecuado y predisponente para la dimensión de la personalidad extroversión - introversión ($Exp - B = .825$) ya que fue un valor menor a uno; a nivel de significancia se observó que no fue significativo ($p = .621$), siendo este mayor al valor teórico

estimado ($p > .05$). Con referente a la valoración del intervalo de confianza (I.C) al 95% se observó que el valor de predicción osciló entre .385 y 1.769. Se concluye que no existe relación significativa entre la dimensión de la personalidad extroversión - introversión (E) y el afrontamiento enfocado en la emoción en pacientes con diabetes tipo 2. Por tanto, para esta muestra no se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 16

Relación logística entre la dimensión de la personalidad introversión-extroversión (E) y el afrontamiento enfocado en la emoción en pacientes con diabetes mellitus tipo 2

	<i>Afrontamiento enfocado en la emoción</i>		
	<i>Wald</i>	<i>Exp (B)</i>	<i>p</i>
Introversión-Extroversión	2.44	.825	.621

5.2.4. Relación entre la dimensión de la personalidad introversión-extroversión (E) y otros estilos de afrontamiento, en pacientes con diabetes tipo 2

Ho: No existe relación entre la dimensión de la personalidad extroversión – introversión (E) y otros estilos de afrontamiento en pacientes con diabetes tipo2.

Ha: Existe relación entre la dimensión de la personalidad extroversión – introversión (E) y otros estilos de afrontamiento en pacientes con diabetes tipo2.

En la tabla 17 se observa el análisis de la prueba de regresión logística binaria de la dimensión de la personalidad extroversión - introversión (E) y otros estilos de afrontamiento, donde se observó que el valor estimado de la regresión fue poco predisponente, ya que superó a uno ($Exp - B = 1.021$); a nivel de significancia se observó que el valor supera al valor esperado ($p > .05$). Con respecto a la valoración del intervalo de confianza (I.C) al 95% se observó que el valor de predicción osciló entre .476 y 2.187. Finalmente se concluye que no existe relación significativa entre la dimensión de la personalidad extroversión - introversión (E) y otros estilos de afrontamiento en pacientes con diabetes tipo 2. Por tanto, para esta muestra no se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 17

Relación logística entre la dimensión de la personalidad introversión-extroversión (E) y otros estilos de afrontamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2

	<i>Otros estilos de afrontamiento</i>		
	<i>Wald</i>	<i>Exp (B)</i>	<i>p</i>
Introversión-Extroversión	.003	1.021	.958

5.2.5 Relación entre la dimensión de la personalidad estabilidad-inestabilidad (N) y el afrontamiento enfocado en el problema, en pacientes con diabetes tipo 2

Ho: No existe relación entre la dimensión de la personalidad estabilidad – inestabilidad (N) y el afrontamiento enfocado en el problema en pacientes con diabetes tipo 2.

Ha: Existe relación entre la dimensión de la personalidad estabilidad – inestabilidad (N) y el afrontamiento enfocado en el problema en pacientes con diabetes tipo 2.

En la tabla 18 se observa el análisis de la prueba de regresión logística binaria de la dimensión de la personalidad estabilidad – inestabilidad (N) y el afrontamiento enfocado en el problema, se apreció que el valor estimado de la regresión fue adecuado y predisponente para la dimensión de la personalidad estabilidad – inestabilidad ($Exp - B = .775$) ya que fue un valor menor a uno; a nivel de significancia se observó que no fue significativo ($p = .509$), siendo este mayor al valor teórico estimado ($p > .05$). Con referente a la valoración del intervalo de confianza (I.C) al 95% se observó que el valor de predicción osciló entre .364 y 1.651. Se concluye que no existe relación significativa entre la dimensión de la personalidad estabilidad – inestabilidad (N) y el afrontamiento enfocado en el problema en pacientes con diabetes tipo 2. Por tanto, para esta muestra no se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 18

Relación logística entre la dimensión de la personalidad estabilidad – inestabilidad (N) y afrontamiento enfocado en el problema en pacientes con diabetes mellitus tipo 2

	<i>Afrontamiento enfocado en el problema</i>		
	<i>Wald</i>	<i>Exp (B)</i>	<i>p</i>
Estabilidad-Inestabilidad	.436	.775	.509

5.2.6 Relación entre la dimensión de la personalidad estabilidad-inestabilidad (N) y el afrontamiento enfocado en la emoción, en pacientes con diabetes tipo 2

Ho: No existe relación entre la dimensión de la personalidad estabilidad – inestabilidad (N) y el afrontamiento enfocado en la emoción en pacientes con diabetes tipo 2.

Ha: Existe relación entre la dimensión de la personalidad estabilidad – inestabilidad (N) y el afrontamiento enfocado en la emoción en pacientes con diabetes tipo 2.

En la tabla 19 se observa el análisis de la prueba de regresión logística binaria de la dimensión de la personalidad estabilidad – inestabilidad (N) y el afrontamiento enfocado en la emoción, se apreció que el valor estimado de la regresión para la dimensión de estabilidad-inestabilidad fue mayor a uno ($\text{Exp} - B = 1.312$); a nivel de significancia se observó que no fue significativo ($p = .481$), siendo este mayor al valor teórico estimado ($p > .05$). Con respecto a la valoración del intervalo de confianza (I.C) al 95% se observó que el valor de predicción osciló entre .617 y 2.789. Finalmente se concluye que no existe relación significativa entre la dimensión de la personalidad estabilidad – inestabilidad (N) y el afrontamiento enfocado en la emoción en pacientes con diabetes tipo 2. Por tanto, para esta muestra no se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 19

Relación logística entre la dimensión de la personalidad estabilidad – inestabilidad (N) y afrontamiento enfocado en la emoción en pacientes con diabetes mellitus tipo 2

	<i>Afrontamiento enfocado en la emoción</i>		
	<i>Wald</i>	<i>Exp (B)</i>	<i>p</i>
Estabilidad-Inestabilidad	.497	1.312	.481

5.2.7 Relación entre la dimensión de la personalidad estabilidad-inestabilidad (N) y otros estilos de afrontamiento, en pacientes con diabetes tipo 2

Ho: No existe relación entre la dimensión de la personalidad estabilidad – inestabilidad (N) y otros estilos de afrontamiento en pacientes con diabetes tipo 2.

Ha: Existe relación entre la dimensión de la personalidad estabilidad – inestabilidad (N) y otros estilos de afrontamiento en pacientes con diabetes tipo 2.

En la tabla 20 se observa el análisis de la prueba de regresión logística binaria de la dimensión de la personalidad estabilidad – inestabilidad (N) y otros estilos de afrontamiento, se apreció que el valor estimado de la regresión para la dimensión de estabilidad-inestabilidad fue mayor a uno ($Exp - B = 1.402$); a nivel de significancia se observó que no fue significativo ($p = .381$), siendo este mayor al valor teórico estimado ($p > .05$). Con respecto a la valoración del intervalo de confianza (I.C) al 95%

se observó que el valor de predicción osciló entre .659 y 2.986. De esta manera se concluye que no existe relación significativa entre la dimensión de la personalidad estabilidad – inestabilidad (N) y otros estilos de afrontamiento en pacientes con diabetes tipo 2. Por tanto, para esta muestra no se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 20

Relación logística entre la dimensión de la personalidad estabilidad – inestabilidad (N) y otros estilos de afrontamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2

	<i>Otros estilos de afrontamiento</i>		
	<i>Wald</i>	<i>Exp (B)</i>	<i>p</i>
Estabilidad-Inestabilidad	.769	1.402	.381

5.3. Discusión y conclusiones

5.3.1 Discusión

El presente trabajo de investigación sobre personalidad y afrontamiento al estrés en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, surge en base a una continua preocupación de un familiar cercano con diabetes mellitus tipo 2, quien junto a la familia día a día se afronta dicha enfermedad. Otra de las razones principales de este estudio son el conjunto de complicaciones observadas en los factores psicológicos de dichos pacientes, tal como lo menciona la Sociedad Peruana de Endocrinología (2008) que la DM2 es una morbimortalidad que lleva a complicaciones en los factores psicológicos, mientras que los estudios llevados a cabo por Marín et al. (2009)

revelaron que la enfermedad de diabetes genera un impacto socioeconómico muy fuerte y en nuestro país el 5% de toda la población Peruana es portadora de la DM2. Siendo menester mencionar que los nocivos cambios de estilos de vida y el fenómeno de “obesogenización” en nuestra población, están dando lugar a desequilibrios en la homeostasis físico y psicológico de la persona (MINSA, 2010). Cabe señalar, que las enfermedades posibilitan la perturbación o distorsión en las características de la personalidad generando miedo, culpa, depresión, etc. y por ende en la respuesta al estrés de la enfermedad (Dersh, 2002; véase Salas, 2009).

En tal sentido, los resultados descriptivos de esta investigación con respecto al tipo de temperamento que predomina en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de una Institución de Salud; indicaron que el temperamento melancólico es el tipo con más incidencia en nuestra población de estudio, lo que significa que los pacientes en su mayoría, manifiestan conductas ansiosas, gustan el silencio y la soledad, suelen ser inhibidos, rígidos, pesimistas, reservados, insociables y presentan dificultad en la adaptación al cambio (Eysenck y Eysenck, 1964). De tal manera que estas personas suelen ser emocionalmente poco estables, ya que prima en ellos un sistema nervioso débil e inhibitorio (Eysenck, 1967). Por lo antes expuesto, se explica que los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 tienden mayor probabilidad de presentar ansiedad, depresión y mayor percepción de situaciones generadoras de estrés (Patilla, 2011).

En este sentido, se confirma lo postulado por algunos investigadores (ej., Patilla, 2011; Magallón, 2012 y García-Conde, 2014) que manifiestan que las características más comunes en los pacientes con patologías de diabetes mellitus, son conductas introvertidas, ensimismadas, ansiosas, de tristeza, pesimismo, y dificultad en la adaptación al cambio.

Asimismo, en cuanto al análisis porcentual de la dimensión extroversión-introversión en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de una Institución de salud, se observó que un porcentaje mayoritario corresponde a pacientes con rasgos introvertidos (59%), lo que significa que los pacientes con DM2 tienden a presentar indicadores tales ansiedad, irritabilidad, son relativamente cautelosos, poco sociables y son más propensos a la fatiga; de manera que ven mermada su actividad general, así como sus relaciones interpersonales, confirmando lo señalado por Díaz (2015) quien sostiene que los pacientes con DM2, por lo general no son muy comunicativos, y podrían mantenerse distantes de los hechos que suceden en su entorno, siendo proclives hacer su propio mundo. Igualmente, este estudio guarda concordancia con los planteamientos de Rhodes, Courneya y Bobick (2001; véase García-Conde, 2014) quien refiere que se han encontrado relación entre la dimensión extroversión y patrones de conducta más adaptativos y por lo tanto mayor bienestar; mientras que con la dimensión introversión sucede lo contrario.

En lo respecta al análisis porcentual de la dimensión estabilidad-inestabilidad en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de una Institución de Salud de Lima, se encontró que un 55.5% corresponde a la dimensión inestabilidad y el 44.5 a la dimensión estabilidad, lo que significa que en su mayoría los pacientes con ésta enfermedad estarían sujetos a experiencias de tristeza, angustia, impotencia, malestar emocional, etc. En ese sentido, Duarte (2011) y Varella (2011) sostuvieron que las emociones negativas (tristeza, llanto, impotencia, ira, etc.) causan inestabilidad emocional y se asocia fuertemente con el poco apoyo familiar, lo que por consiguiente causa el éxito o fracaso de resolver un problema o una enfermedad física. Por otra

parte Seclén et al. (2014) mencionan que la diabetes mellitus tiene una fuerte carga familiar, está muy asociado a la obesidad y el estilo de vida es crucial, donde implica desde ya una inestabilidad en el individuo.

Por tanto, se asume que existe una estrecha relación entre el temperamento melancólico, la dimensión introversión y la inestabilidad emocional, en este grupo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de una Institución de Salud de Lima.

Ahora bien, al analizar los estilos de afrontamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, se encontró mayor prevalencia en el afrontamiento enfocado en la emoción (62.7%), lo que dio a entender que la muestra estudiada presenta altos índices de mal manejo de frustración, dificultades en la adaptación, proclives a un mal manejo de emociones, conductas inadecuadas, negación del problema, etc. este hallazgo, se orienta en similar sentido al formulado por Lostaunau y Torrejón (2013) quienes refieren que el estilo de afrontamiento más frecuente en su uso es el afrontamiento enfocado en la emoción, considerado éste como un inadecuado estilo de afronte al estrés. Así, Díaz (2015) refiere que los pacientes en su mayoría se enfrentan a la enfermedad de la DM2 con una ansiedad y preocupación ansiosa, por lo tanto tienden a mayor somatización y una menor calidad de vida.

Por otro lado, el soporte social y familiar influye en la elección de estrategias de afrontamiento al estrés (Rodríguez, 2012). En este sentido el aporte hecho por el INEI (2015) donde refiere que el 32.2% de los hogares del distrito de San Juan de Miraflores tienen al menos una necesidad básica insatisfecha, lo que podría influir negativamente en una mejora de la calidad de vida y esta a su vez en el adecuado o inadecuado afronte al estrés. Por su parte, Macías et al. (2013) reafirman la

importancia del rol de cada miembro y la interacción total del sistema determinado éste los modos de afrontar las situaciones críticas que se viven diariamente.

Asimismo, el hallazgo de este estudio se relaciona con lo encontrado por Vallejo y Ortega (2007; véase García-Conde, 2014) donde refirieron que el modo en el que el paciente con DM2 vive su enfermedad es determinante y el ajuste de sus recursos a su medio psicosocial determina mayor adherencia al tratamiento.

Por lo antes mencionado, se explica que el estilo de afrontamiento centrado en la emoción y otros estilos de afrontamiento son usados con más frecuencia en la población de estudio, lo cual es considerado como un afrontamiento inadecuado por englobar un conjunto de respuestas emocionales y poco adaptativas (Carver y Scheier, 1994).

En lo que respecta a la hipótesis general que señala la existencia de relación significativa entre personalidad y afrontamiento al estrés en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de una Institución de Salud de Lima, se comprobó que no existe asociación significativa entre la dimensión estabilidad-inestabilidad y el afrontamiento al estrés, ni entre la dimensión extroversión-introversión y la variable afrontamiento al estrés. Dicho hallazgo, se sostiene en los estudios realizados por muchos investigadores (ej., Gaviria et al., 2006; Useche, 2008; Granados y Escalante, 2010), donde manifestaron que no existe relación significativa entre los rasgos de personalidad y los estilos de afrontamiento, afirmando que los factores de personalidad no son por si solos determinantes en el uso de una determinada estrategia de afrontamiento, sino que es necesario tener en cuenta la simbiosis entre el contexto interpersonal, ambiental, familiar y social, variables que forman parte de la

personalidad. En contraposición a los resultados obtenidos, se encontró la investigación que realizó García-Conde (2014) donde afirmó que en un grupo de pacientes oncológicos las dimensiones básicas de la personalidad, afrontamiento y adaptación si mantenían relación aunque existían altos niveles de malestar emocional y la mayoría de pacientes manifestaban estrategias de afrontamiento inadecuados según el tipo de personalidad. Frente a esta divergencia de resultados, se asume que la personalidad y el afrontamiento al estrés son variables que se deberían seguir investigándose a profundidad y en muestras representativas.

Por otro lado, en cuanto a las hipótesis específicas sobre la existencia de relación significativa entre la dimensión introversión-extroversión(E) de la personalidad y el afrontamiento enfocado en el problema, la existencia de relación significativa entre la dimensión introversión-extroversión(E) de la personalidad y el afrontamiento enfocado en la emoción y la existencia de relación significativa de la dimensión introversión-extroversión(E) de la personalidad y otros estilos de afrontamiento en un grupo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de una Institución de Salud de Lima, los datos reflejaron ausencia de dicha relación, afianzando la hipótesis general, donde se expresó que la dimensión introversión-extroversión no predice la probabilidad de un determinado estilo de afrontamiento. Sin embargo Rhodes, Courneya y Bobick (2001; véase Díaz, 2015) aseveró que las personas más sociables, con mayor vinculación con la gente, asertivos y activos tienen menos trastornos mentales pudiendo actuar esta dimensión de la personalidad como protector. Asimismo, en su estudio encontró relaciones positivas entre la dimensión extraversión y patrones de conducta más adaptativas y por lo tanto mayor bienestar.

Al mismo tiempo, con respecto a las hipótesis específicas sobre la existencia de relación significativa entre la dimensión estabilidad-inestabilidad (N) de la personalidad y el afrontamiento enfocado en el problema, la existencia de relación significativa entre la dimensión estabilidad-inestabilidad (N) de la personalidad y el afrontamiento enfocado en la emoción y la existencia de relación significativa de la dimensión estabilidad-inestabilidad (N) de la personalidad y otros estilos de afrontamiento en un grupo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de una Institución de Salud de Lima, los datos reflejaron ausencia de dicha relación, afianzando la hipótesis general, donde se observó que la dimensión estabilidad-inestabilidad no predice la probabilidad de un determinado estilo de afrontamiento. No obstante Lai, Tang y Chung (2010; cit. por Díaz, 2015) enfatizaron que los pacientes con altos índices de neuroticismo presentan de forma intensa facetas de ansiedad, depresión, hostilidad y vulnerabilidad. Asimismo Aarstad, Aarstad y Olofsson (2008; véase Díaz, 2015) afirmó que existe relación negativa entre la dimensión de la personalidad de neuroticismo y la calidad de vida; es decir, a mayor índice de neuroticismo menor será la calidad de vida.

Con respecto a las propiedad psicométricas de los instrumentos de medición; la confiabilidad del Inventario de Personalidad de Eysenck (EPI) forma B evaluada a través del método de consistencia interna Alfa de Cronbach, se apreció una alta confiabilidad en la dimensión de Extraversión ($\alpha=.942$) y en la dimensión Neuroticismo ($\alpha=.892$). En cuanto a las correlaciones ítems-test para evidenciar la validez de la prueba se evidenciaron apropiadas ($r>.50$) y significativas ($p < .05$). Asimismo estos hallazgos son similares a los que obtuvo (ej., Gaviria et al., 2006 y Saavedra, 2016).

De igual forma, con lo referente a la confiabilidad del Inventario de Estimación de Afrontamiento de Carver (COPE) se encontró un valor de consistencia interna óptima a través del coeficiente de Alfa de Cronbach, tanto para el afrontamiento enfocado en el problema ($\alpha=.859$), afrontamiento enfocado en la emoción ($\alpha=.892$) y otros estilos de afrontamiento ($\alpha=.841$). De igual manera, la validez se obtuvo mediante las correlaciones ítems-test en las dimensiones correspondientes, arrojando como resultado una validez apropiada ($r>.20$) y significativas ($p < .05$), los resultados antes mencionados concuerdan con los estudios llevados a cabo por Díaz (2015).

Finalmente, es importante hacer mención la pobreza en la comunicación efectiva entre los profesionales de la salud implicados en la atención y tratamiento al paciente diabético, sobre todo entre el profesional endocrinólogo y psicólogo donde se observa escasos de diálogo terapéutico. Tal como lo refiere Damasceno et al. (2012) el proceso comunicacional o la relación interpersonal entre pacientes, enfermeros y demás profesionales de salud, aun es considerado poco efectivo. En la práctica clínica se observa dificultades de comunicación entre los profesionales y los pacientes, lo que puede tener fuerte influencia en la satisfacción, en la adhesión al tratamiento y consecuentemente en los resultados de salud, sugiriendo la necesidad de un arreglo técnico y humano de los profesionales envueltos.

5.3.2 Conclusiones

1. En cuanto a la personalidad y afrontamiento al estrés se concluye que no existe relación significativa en la población de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de una Institución de Salud de Lima.

2. No existe relación entre la dimensión de la personalidad introversión-extroversión (E) y el afrontamiento enfocado en el problema en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 ($p = .737$; $p > .05$).
3. No existe relación entre la dimensión de la personalidad introversión-extroversión (E) y el afrontamiento enfocado en la emoción en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 ($p = .621$; $p > .05$).
4. No existe relación entre la dimensión de la personalidad introversión-extroversión (E) y otros estilos de afrontamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 ($p = .958$; $p > .05$).
5. No existe relación entre la dimensión de la personalidad estabilidad-inestabilidad (N) y el afrontamiento enfocado en el problema en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 ($p = .509$; $p > .05$).
6. No existe relación entre la dimensión de la personalidad estabilidad-inestabilidad (N) y el afrontamiento enfocado en la emoción en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 ($p = .481$; $p > .05$).
7. No existe relación entre la dimensión de la personalidad estabilidad-inestabilidad (N) y otros estilos de afrontamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 ($p = .381$; $p > .05$).

5.3.3 Recomendaciones

- Considerar importante la presencia del profesional de Psicología en el campo Clínico y de la Salud.
- Promover espacios de diálogo terapéutico entre profesionales que asisten al paciente, desde una visión interdisciplinaria.

- Considerar la importancia de actividades preventivo-promocionales en son de la salud integral.
- Promover el espíritu de investigación para continuar en la realización de investigaciones futuras en referencia a las variables de estudio, valorando los datos aquí presentados.

ANEXOS Y APÉNDICES

-Pruebas psicológicas utilizadas:**INVENTARIO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK (EPI)**

Edad: Estado civil:

Sexo: Femenino..... Masculino.....

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará una serie de frases sobre formas de pensar, sentir o actuar. No existen respuestas correctas o incorrectas, buenas o malas. Marque la respuesta que describa mejor su persona. Para contestar señale con una X según sea su respuesta (SI) o (NO).

1	¿Le gusta abundancia de excitación y bullicio a su alrededor?	SI	NO
2	¿Tiene a menudo un sentimiento de intranquilidad, como si quisiera algo, pero sin saber qué?	SI	NO
3	¿Tiene casi siempre una contestación lista “a la mano” cuando se le habla?	SI	NO
4	¿Se siente algunas veces feliz, algunas veces triste sin una razón real?	SI	NO
5	¿Permanece usualmente retraído(a) en fiestas y reuniones?	SI	NO
6	Cuándo niño(a), ¿hacia siempre inmediatamente lo que le decían, sin renegar?	SI	NO
7	¿Se enfada a menudo?	SI	NO
8	Cuando lo(a) meten en una pelea, ¿prefiere “sacar los trapitos al aire” de una vez por todas, en vez de quedar callado(a) esperando a que las cosas se calmen solas?	SI	NO
9	¿Se usted triste, melancólico(a)?	SI	NO
10	¿Le gusta mezclarse con la gente?	SI	NO
11	¿Ha perdido a menudo el sueño por sus preocupaciones?	SI	NO
12	¿Se pone a veces malhumorado (a)?	SI	NO
13	¿Se catalogaría a si mismo(a) como despreocupado (a) o confiado a su buena ventura?	SI	NO
14	¿Se decide a menudo demasiado tarde?	SI	NO
15	¿Le gusta trabajar solo (a)?	SI	NO
16	¿Se ha sentido a menudo apático(a) y cansado (a) sin razón?	SI	NO
17	¿Es por lo contrario animado(a) y jovial?	SI	NO
18	¿Se ríe a menudo cuando trata de prestar atención a algo?	SI	NO
19	¿Se siente a menudo aburrido?	SI	NO
20	¿Se siente incómodo(a) con vestidos que no son del diario?	SI	NO
21	¿Se distrae (vaga su mente) a menudo cuando trata de prestar	SI	NO

	atención a algo?		
22	¿Puedes expresar en palabras fácilmente lo que piensa?	SI	NO
23	¿Se abstrae (se pierde en sus pensamientos) a menudo?	SI	NO
24	¿Es completamente libre de prejuicios de cualquier tipo?	SI	NO
25	¿Le gustan las bromas?	SI	NO
26	¿Piensa a menudo en su pasado?	SI	NO
27	¿Le gusta mucho la buena comida?	SI	NO
28	Cuando se fastidia ¿necesita algún (a) amigo (a) para hablar sobre ello?	SI	NO
29	¿Le molesta vender cosas o pedir dinero a la gente para alguna buena causa?	SI	NO
30	¿Se alardea un poco a veces?	SI	NO
31	¿Es usted muy susceptible (sensible) por algunas cosas?	SI	NO
32	¿Le gusta quedarme más en casa, que ir a una fiesta aburrida?	SI	NO
33	¿Se pone a menudo inquieto (a) que no puede permanecer sentado (a) durante mucho rato en una silla?	SI	NO
34	¿Le gusta planear las cosas con mucha anticipación?	SI	NO
35	¿Tiene a menudo mareos (vértigos)?	SI	NO
36	¿Contesta una carta personal, tan pronto como puede, después de haberla leído?	SI	NO
37	¿Hace usted usualmente las cosas mejor resolviéndolas solo (a) que hablando a otra persona sobre ellas?	SI	NO
38	¿Le falta frecuentemente aire, sin haber hecho un trabajo pesado?	SI	NO
39	¿Es usted generalmente una persona tolerante, que no se molesta si las cosas no están perfectas?	SI	NO
40	¿Sufre de los nervios?	SI	NO
41	¿Le gustaría más planear cosas, que hacer cosas?	SI	NO
42	¿Deja algunas veces para mañana lo que debería hacer hoy día?	SI	NO
43	¿Se pone nervioso (a) en lugares como ascensores, trenes o túneles?	SI	NO
44	Cuando hace nuevos amigos (as) ¿Es usted usualmente quien inicia la relación o invita a que se produzca?	SI	NO
45	¿Sufre de fuertes dolores de cabeza?	SI	NO
46	¿Sientes generalmente que las cosas se arreglarán por sí solas y que terminarán bien de algún modo?	SI	NO
47	¿Le cuesta trabajo coger el sueño al acostarse en las noches?	SI	NO
48	¿Ha dicho alguna vez mentiras en su vida?	SI	NO
49	¿Dice algunas veces lo primero que se le viene a la cabeza?	SI	NO
50	¿Se preocupa durante mucho tiempo demasiado largo, después de una experiencia embarazosa?	SI	NO
51	¿Se mantiene usualmente hermético (a) o encerrado(a) en sí mismo(a), excepto con amigos muy íntimos?	SI	NO
52	¿Se crea a menudo problemas, por hacer cosas sin pensar?	SI	NO

53	¿Le gusta contar chistes y referir historias graciosas a sus amigos?	SI	NO
54	¿Se le hace más fácil ganar que perder un juego?	SI	NO
55	¿Se siente a menudo demasiado consciente de sí mismo (a) o poco natural cuando esta con superiores?	SI	NO
56	Cuando todas las posibilidades están contra usted, piensa aunque usualmente no vale la pena	SI	NO
57	¿Siente “sensaciones” raras en el abdomen, antes de algún hecho importante?	SI	NO

INVENTARIO DE ESTIMACIÓN DE AFRONTAMIENTO DE CARVER (COPE)

INSTRUCCIONES

Marque con una “X” en el recuadro la respuesta que describa mejor su forma de responder al momento de enfrentar situaciones difíciles o estresantes.

1. Ejecuto acciones adicionales para deshacerme del problema	SI	NO
2. Elaboro un plan de acción para deshacerme del problema	SI	NO
3. Dejo de lado otras actividades para concentrarme en el problema	SI	NO
4. Me esfuerzo esperando el momento apropiado para enfrentar el problema	SI	NO
5. Pregunto a personas que han tenido experiencias similares sobre lo que hicieron	SI	NO
6. Hablo con alguien sobre mis sentimientos	SI	NO
7. Busco algo bueno de lo que está pasando	SI	NO
8. Aprendo a convivir con el problema	SI	NO
9. Busco ayuda en Dios	SI	NO
10. Emocionalmente me perturbo y libero mis emociones	SI	NO
11. Me niego a aceptar que el problema ha ocurrido	SI	NO
12. Dejo de lado mis metas	SI	NO
13. Me dedico a trabajar o realizar otras actividades para alejar el problema de mi mente	SI	NO
14. Concentro mis esfuerzos para hacer algo sobre el problema	SI	NO
15. Elaboro un plan de acción	SI	NO
16. Me dedico a enfrentar el problema, y si es necesario dejo de lado otras actividades	SI	NO
17. Me mantengo alejado del problema sin hacer nada, hasta que la situación lo permita	SI	NO
18. Trato de obtener el consejo de otros para saber qué hacer con el problema	SI	NO
19. Busco el apoyo emocional de amigos y familiares	SI	NO
20. Trato de ver el problema en forma positiva	SI	NO

21. Acepto que el problema ha ocurrido y no podrá ser cambiado	SI	NO
22. Deposito mi confianza en Dios	SI	NO
23. Libero mis emociones	SI	NO
24. Actuó como si el problema no hubiera sucedido realmente	SI	NO
25. Dejo de perseguir mis metas	SI	NO
26. Voy al cine o miro la TV, para pensar menos en el problema	SI	NO
27. Hago paso a paso lo que tiene que hacerse	SI	NO
28. Me pongo a pensar más en los pasos a seguir para solucionar el problema	SI	NO
29. Me alejo de otras actividades para concentrarme en el problema	SI	NO
30. Me aseguro de no crear problemas peores por actuar muy pronto	SI	NO
31. Hablo con alguien para averiguar más sobre el problema	SI	NO
32. Converso con alguien sobre lo que me está sucediendo	SI	NO
33. Aprendo algo de la experiencia	SI	NO
34. Me acostumbro a la idea de que el problema ya ha sucedido	SI	NO
35. Trato de encontrar consuelo en mi religión	SI	NO
36. Siento mucha perturbación emocional y expreso esos sentimientos a otros.	SI	NO
37. Me comporto como si hubiese ocurrido el problema	SI	NO
38. Acepto que puedo enfrentar al problema y lo dejo de lado	SI	NO
39. Sueño despierto con otras cosas que no se relacionen al problema	SI	NO
40. Actuó directamente para controlar el problema	SI	NO
41. Pienso en la mejor manera de controlar el problema	SI	NO
42. Trato que otras cosas no interfieran en los esfuerzos que pongo para enfrentar el problema	SI	NO
43. Me abstengo de hacer algo demasiado pronto	SI	NO
44. Hablo con alguien que podría hacer algo frente el problema	SI	NO
45. Busco la simpatía y la comprensión de alguien	SI	NO
46. Trato de desarrollarme como una persona a consecuencia de la experiencia	SI	NO
47. Acepto que el problema ha sucedido	SI	NO
48. Rezo más de lo usual	SI	NO
49. Me perturbo emocionalmente y estoy atento al problema	SI	NO
50. Me digo a mi mismo: "esto no es real"	SI	NO
51. Disminuyo los esfuerzos que pongo para solucionar el problema	SI	NO
52. Duermo más de lo usual.	SI	NO

- **Matriz de consistencia**

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS
Problema principal	Objetivo general	Hipótesis general
<p>¿Cómo se relaciona la personalidad con el afrontamiento al estrés en pacientes con diabetes mellitus tipo 2?</p> <p>Problemas secundarios</p> <p>1. ¿Cómo se relaciona la dimensión de la personalidad introversión-extroversión (E) con el afrontamiento enfocado en el problema en pacientes con diabetes mellitus tipo 2?</p> <p>2. ¿Cómo se relaciona la dimensión de la personalidad introversión-extroversión (E) con el afrontamiento enfocado en la emoción, en pacientes con diabetes mellitus tipo 2?</p> <p>3. ¿Cómo se relaciona la dimensión de la personalidad introversión-extroversión (E) con otros estilos de afrontamiento, en pacientes con diabetes mellitus tipo 2?</p> <p>4. ¿Cómo se relaciona la dimensión de la personalidad estabilidad-inestabilidad (N) con el afrontamiento enfocado en el problema, en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2?</p>	<p>Determinar la relación entre la personalidad y el afrontamiento al estrés en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>1. Identificar la relación entre la dimensión de la personalidad introversión-extroversión (E) y el afrontamiento enfocado en el problema en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.</p> <p>2. Identificar la relación entre la dimensión de la personalidad introversión-extroversión (E) y el afrontamiento enfocado en la emoción, en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.</p> <p>3. Identificar la relación entre la dimensión de la personalidad introversión-extroversión (E) y otros estilos de afrontamiento, en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.</p> <p>4. Identificar la relación entre la dimensión de la personalidad estabilidad-inestabilidad (N) y el afrontamiento enfocado en el problema, en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.</p>	<p>Existe relación entre la personalidad con el afrontamiento al estrés, en pacientes con diabetes mellitus tipo 2</p> <p>Hipótesis secundarias</p> <p>1. Existe relación entre la dimensión de la personalidad introversión-extroversión (E) y el afrontamiento enfocado en el problema, en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.</p> <p>2. Existe relación entre la dimensión de la personalidad introversión-extroversión (E) y el afrontamiento enfocado en la emoción, en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.</p> <p>3. Existe relación entre la dimensión de la personalidad introversión-extroversión (E) y otros estilos de afrontamiento, en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.</p> <p>4. Existe relación entre la dimensión de la personalidad estabilidad-inestabilidad (N) y el afrontamiento enfocado en el problema, en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.</p>

<p>5. ¿Cómo se relaciona la dimensión de la personalidad estabilidad-inestabilidad (N) con el afrontamiento enfocado en la emoción, en pacientes con diabetes mellitus tipo 2?</p> <p>6. ¿Cómo se relaciona la dimensión de la personalidad estabilidad-inestabilidad (N) con otros estilos de afrontamiento, en pacientes con diabetes mellitus tipo 2?</p>	<p>5. Identificar la relación entre la dimensión de la personalidad estabilidad-inestabilidad (N) y el afrontamiento enfocado en la emoción, en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.</p> <p>6. Identificar la relación entre la dimensión de la personalidad estabilidad-inestabilidad (N) y otros estilos de afrontamiento, en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.</p>	<p>5. Existe relación entre la dimensión de la personalidad estabilidad-inestabilidad (N) y el afrontamiento enfocado en la emoción, en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.</p> <p>6. Existe relación entre la dimensión de la personalidad estabilidad-inestabilidad (N) y otros estilos de afrontamiento, en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.</p>
--	--	--

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Definición operacional de la variable Personalidad	69
Tabla 2. Definición operacional de la variable Afrontamiento	70
Tabla 3. Estimaciones de confiabilidad mediante el coeficiente Alpha en el Inventario de Personalidad de Eysenck-Forma B	75
Tabla 4. Resultados del análisis de ítems-test de la dimensión Neuroticismo del Inventario de personalidad de Eysenck-Forma B	76
Tabla 5. Resultados del análisis de ítems-test de la dimensión Neuroticismo del Inventario de personalidad de Eysenck-Forma B	77
Tabla 6. Estimaciones de confiabilidad mediante el coeficiente Alpha en Inventario de Estimación de Afrontamiento de Carver	80
Tabla 7. Resultados del análisis de ítems-test de la dimensión afrontamiento enfocado en el problema del Inventario de Estimación de Afrontamiento de Carver	81
Tabla 8. Resultados del análisis de ítems-test de la dimensión afrontamiento enfocado en la emoción del Inventario de Estimación de Afrontamiento de Carver	82
Tabla 9. Resultados del análisis de ítems-test de la dimensión otros estilos de afrontamiento del Inventario de Estimación de Afrontamiento de Carver	83
Tabla 10. Tipo de temperamento predominante	86
Tabla 11. Análisis porcentual de la dimensión extroversión-introversión de la personalidad	87

Tabla 12. Análisis porcentual de la dimensión estabilidad-inestabilidad de la personalidad	88
Tabla 13. Niveles de afrontamiento	89
Tabla 14. Relación logística entre la personalidad y afrontamiento	91
Tabla 15. Relación logística entre la dimensión de la personalidad introversión-extroversión(E) y el afrontamiento enfocado en el problema	92
Tabla 16. Relación logística entre la dimensión de la personalidad introversión-extroversión(E) y el afrontamiento enfocado en la emoción	94
Tabla 17. Relación logística entre la dimensión de la personalidad introversión-extroversión(E) y otros estilos de afrontamiento	95
Tabla 18. Relación logística entre la dimensión de la personalidad estabilidad – inestabilidad (N) y afrontamiento enfocado en el problema	96
Tabla 19. Relación logística entre la dimensión de la personalidad estabilidad – inestabilidad (N) y afrontamiento enfocado en la emoción	97
Tabla 20. Relación logística entre la dimensión de la personalidad estabilidad – inestabilidad (N) y otros estilos de afrontamiento	98

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Tipo de temperamentos en los pacientes con DM2	87
Figura 2. Análisis porcentual de la dimensión extroversión-introversión en pacientes con DM2	88
Figura 3. Análisis porcentual de la dimensión estabilidad-inestabilidad en pacientes con DM2	89
Figura 4. Niveles de afrontamiento en pacientes con DM2	90

REFERENCIAS

- Albuja, M. (2012). *Respuestas de estrés y estrategias frente al proceso de ejecución de tesis en alumnos de quinto año*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador. Recuperado de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/2171/1/T-UCE-0007-74.pdf>
- Allport, G. (1970). *Psicología de la personalidad*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Allport, G. (1980). *La personalidad su configuración y desarrollo*. Barcelona, España: Herder.
- Análisis de la Situación de Salud del Perú*. (2010). Lima, Perú: Ministerio de Salud. Recuperado de http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_asis/asis25.pdf
- Angulo, A.M. (2007). *Implementación de un programa de intervención psicológica para pacientes diabéticos con baja adhesión al tratamiento*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia. Recuperado de http://repository.upb.edu.co:8080/jspui/bitstream/123456789/149/1/digital_15726.pdf
- Anicama, J. (1974). *Rasgos básicos de Personalidad de la población de Lima: Un enfoque experimental, Estandarización del inventario Eysenck de personalidad EPI Forma B*. (Tesis Inédita de Licenciatura). Universidad Mayos de San Marcos, Lima, Perú.
- Arnold, Y., Licea, M. y Castelo, L. (2012). Diabetes mellitus y tuberculosis. *Revista Peruana de Epidemiología*, 2(16), 1–8. Recuperado de http://rpe.epiredperu.net/rpe_ediciones/2012_V16_N02/3AR_Vol16_No2_2012_Diabetes_tuberculosis.pdf

- Azzollini, S.C., Bail, V. y Vidal, V.A. (2012). Diabetes: Importancia de la familia y el trabajo en la adhesión al tratamiento. *Revistas Argent Publica*, 1 (18), 323 -3 30. Recuperado de (2012)<http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v18/v18a35.pdf>
- Bail,V y Azzollini, S. (2012). Actitudes, afrontamiento y autocuidado en pacientes con diabetes tipo 2. *Revista Argent Salud Publica*, 3 (10), 15-23. Recuperado de <http://www.saludinvestiga.org.ar/rasp/articulos/volumen10/Pupko.pdf>
- Barreda, D.V. (2011). *Depresión y estilos de Afrontamiento al Estrés en pacientes con enfermedad cerebrovascular*. (Tesis Inédita de Licenciatura). Universidad Nacional Federico Villareal, Lima, Perú.
- Berdicheusky, F. (2005). *Personalidad: Estilos y Trastornos*. Buenos Aires, Argentina: AKADIA
- Bermúdez, J., Perez, A.M., Sanjuan, P. y Rueda, B. (2011) *Psicología de la Personalidad*. Madrid, España: Grafo.
- Blua, M.F. (2010). Funcionamiento Familiar y Afrontamiento al estrés en pacientes con insuficiencia renal crónica de un Hospital Nacional (Tesis Inédita de Licenciatura). Universidad Nacional Federico Villareal, Lima, Perú.
- Bustamante, M.L. (1984). *Estudio de algunos rasgos de personalidad de estudiantes de educación secundaria de adultos medidos por el inventario de personalidad de Eysenck Forma B*. (Tesis Inédita de Licenciatura). Universidad Nacional Federico Villareal, Lima, Perú.
- Cabaynes, J. (2003). Eysenck y la teoría de los tres factores. A. Polaino-Lorente, J. Cabanyes y A. Del Pozo (Eds). *Fundamentos de psicología de la personalidad*. (pp. 208 – 217). España: RIALP.

- Carver, A., Scheier R. y Weintraub, W. (1989). *Cuestionario de Modos de Afrontamiento del estrés*. Estados Unidos: TEA
- Carver, C. S. y Scheier, M. (1994). Afrontamiento situacional y afrontamiento de carga combinado en una transacción estresante. *Revista de personalidad y psicología social*, 66(1), 184-195. Recuperado de <http://psycnet.apa.org/?&fa=main.doiLanding&doi=10.1037/0022-3514.66.1.184>
- Carver, C. S. y Scheier, M.F. (1997). *Teorías de la personalidad*. México: Prentice-Hall Hispanoamericano.
- Chico, E.L. (2002). Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento. *Revista Psicothema*, 14 (3), 545 – 550. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/763.pdf>
- Cloninger, S.C. (2003). *Teorías de la Personalidad (3ra Ed.)*, Naucalpan de Juárez, México: Pearson Educación.
- Cruz, C. y Vargas, L. (2001). *Estrés entenderlo es manejarlo*. México: Alfaomega.
- Cummaudo, M. (2009). *Rasgos de Personalidad y Prostitución (Análisis de un caso)*. (Tesis de Licenciatura). Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina. Recuperado de http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/19/tesis-938-rasgos.pdf
- Damasceno, M.M., Zanetti, M.L., Carvalho, E.C., Teixeira, C.R., Araújo, M.F. y Alencar, A.M. (2012). La comunicación terapéutica entre profesionales y pacientes en la atención en diabetes mellitus. *Revista Latino-Am. Enfermagem*, 20(4), 1-8. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n4/es_08.pdf

- Diabetes, Centro de prensa.* (2015). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
Recuperado de http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/
- Díaz, A.G. (2015). *Estilos de personalidad, modos de afrontamiento y clima social familiar en pacientes amputados de miembro inferior* (Tesis de Doctorado) Universidad de San Martín de Porres. Lima, Perú. Recuperado de http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1089/3/D%C3%A1z_AA.pdf
- Dresch, V. (2006). *Relaciones entre personalidad y salud física-psicológica: diferencia según sexo-genero, situación laboral y cultura-nación.* (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid, España. Recuperado de <http://biblioteca.ucm.es/tesis/psi/ucm-t29612.pdf>
- Duarte, B. (2011). *Estilos y estrategias de afrontamiento familiar frente a adolescentes en condición de paraplejía.* (Tesis de Licenciatura). Universidad Académica de Humanismo Cristiano, Chile. Recuperado de <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/123456789/164/1/TESIS.pdf>
- Estado de la población Peruana.* (2014). Lima, Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Recuperado de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1157/libro.pdf
- Estudio de Prevalencia de Diabetes Tipo 2 y sus factores de riesgo, Reporte Técnico.* (2010). Texas, Estados Unidos: Organización Panamericana de Salud. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/168243/1/fep003172.pdf>

- Eysenck, H.J. (1970). *Fundamentos biológicos de la personalidad*. Barcelona, España: Fontanella.
- Eysenck, H. J. (1971). *Estudio científico de la personalidad*. Argentina: Paidós
- Eysenck, H. J. y Eysenck, M. W. (1987). *Personalidad y diferencias individuales*. Madrid, España: Piramide.
- Eysenck, H. J. y Eysenck, S. B. (1964). *Inventario de 'personalidad- Forma B (EPI)*. Londres, Inglaterra: TEA
- Eysenck, H.J. (1967). *Fundamentos biológicos de la personalidad*. Barcelona, España: Fontanella.
- Eysenck, H.J. (1975) .*Fundamentos biológicos de la personalidad*. Barcelona, España: Fontanella.
- Eysenck, H.J. (1994). *Tabaco, personalidad y estrés*: Barcelona, España: Herder.
- Fadiman, J. y Frager, R. (2001). *Teorías de la personalidad*. México: Oxford University Press.
- Federación Internacional de Diabetes, (2014). Recuperado de <http://www.idf.org/diabetesatlas/content/diabetes-and-impaired-glucose-tolerance>
- Fernández, E (2009). *Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiante de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional*. (Tesis Doctoral). Universidad de León, España. Recuperado de <https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/902/2009FERN%C3%81NDEZ%20MART%C3%8DNEZ,%20MAR%C3%8DA%20ELENA.pdf?sequence=1>
- Freud, S. (1948). *Obras completas I*. Madrid, España: Editorial Biblioteca Nueva.

- Frydenberg, E., Lewis, R., Cubero, N.S. y Pereña, J. (1997). Escala de afrontamiento para adolescentes: TEA.
- Galdós-Tanguis, A. (2014). *Relación entre el rendimiento, estrés académico y dimensiones de personalidad en universitarios*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Lima, Perú. Recuperado de <http://repositorioacademico.upc.edu.pe/upc/bitstream/10757/552258/1/Tesis+Galdos-Tanguis.pdf>
- García, A. (2014). *Dimensiones Básicas De La Personalidad, Afrontamiento y Adaptación en Pacientes Oncológicos*. (Tesis Doctoral). Universidad de Valencia, España. Recuperado de <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/37194/Tesis%20doctoral%20%28Ana%20G-C%29.pdf?sequence=1>
- García, M. y Durruty, P. (2009). Prevención de la diabetes mellitus tipo 2. *Revista de Medicina Clínica*, 20(5), 580-587. Recuperado de http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2009/5%20sept/03_Dr_Garcia_de_los_rios-3.pdf
- Garrison, M. (2002). *Psicología*. México: Mc Graw Hill
- Gastelumendi, C. y Oré, B. (2013). Personalidad y Afrontamiento en voluntarios Peruanos de Lucha Contra la Pobreza. *Revista de Psicología de la Universidad Pontificia Católica del Perú*, 30 (1), 67-98. Recuperado de <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/6371/6425>
- Gavira, A.E., Vinaccia, S., Quiceno, J.M., Martinez, K., Yépes, M., Echevarria, C., Contreras, F. y Pineda, R. (2006). Rasgos de Personalidad, Estrategias y Dolor en

- Pacientes con Diagnostico de Artritis Reumatoide. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 24, (1),23-29. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78524103>
- Gonzales, A.N. (2011). *Problemas psicosociales y estrategias de afrontamiento en adultos mayores que asisten al Centro de Adulto Mayor de Rímac ESSALUD*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1036/1/gonzales_om.pdf
- Granados, E.E. y Escalante, E. (2010). Estilos de Personalidad y Adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus. *Sociedad Iberoamericana de Información Científica*, 16 (2), 203-216. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v16n2/a10v16n2.pdf>
- Greene, J. y D'Oliveira, M. (1984). *Pruebas Estadísticas para Psicología y Ciencias Sociales*. Colombia: Norma
- Guardia, J.E. (2010). *Ansiedad y Afrontamiento en Cuidadores de pacientes con Esquizofrenia*. (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú. Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/665>
- Guerrero, R. V. (1996). *Modos de Afrontamiento al Estrés en mujeres de 15 a 35 años, con Embarazo no Planificado, atendidas en un Hospital de Lima por complicaciones debidas a un Aborto*. (Tesis Inédita de Licenciatura). Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

- Guía clínica de Diabetes Mellitus tipo 1.* (2013). Santiago, Chile: División de Prevención y control de Enfermedades. Recuperado de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/b554e8e580878b63e04001011e017f1e.pdf>
- Guía Peruana de Diagnostico, Control y Tratamiento de Diabetes Mellitus Tipo 2.* (2008). Lima, Perú: Sociedad Peruana de Endocrinología.
- Hampson, S. (1986). *Construcción de la personalidad.* Barcelona, España: Paidós.
- Hernández, A. (2010). Los programas educativos para diabéticos también son útiles en zonas rurales. *Sociedad Iberoamericana de Información Científica*, 6 (2), 1-24. Recuperado de http://www.siicsalud.com/pdf/claves_diabetologia62.pdf
- Hernández, M. (2002). *Motivación animal y humana.* México: Manual Moderno.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2013). *Metodología de la Investigación.* México: Mc Graw Hill.
- Hidalgo, E. (2012). Medidas de autocuidado que realizan los pacientes diabéticos. Factores socioculturales que favorecen o limitan su cumplimiento en los pacientes que asisten al programa de diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo (Tesis Inédita de Licenciatura). Universidad Mayor de San Marcos de Lima, Perú.
- Larsen, R. y Buss, D. (2005). *Psicología de la personalidad: Dominio del conocimiento sobre la naturaleza humana.* Madrid, España: Mc Graw Hill Interamericana.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos.* Nueva York, Estados Unidos: Springer Publishing Company.
- Leiva, M. (2010). *Diabetes Mellitus Tipo II, Autocuidado y calidad de vida.* (Tesis de Licenciatura). Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina. Recuperado de http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/109/tesis-1017-diabetes.pdf

- Lersch, P. (1966). *Estructura de la Personalidad*. Barcelona, España: Scientia.
- Linares, J., Robles, H. y Peralta, M.I. (2014). Modificación de la Personalidad mediante una Terapia cognitivo-conductual de Afrontamiento al estrés. *Anales de Psicología*, 30 (1), 114-122. Recuperado de <http://revistas.um.es/analesps/article/view/136281>
- Lostanau, A.V. (2013). *Ansiedad Rasgo y Recursos de Afrontamiento en Pacientes con Diabetes tipo II* (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú. Recuperado de http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/4701/LOSTANAU_CALERO_ANA_PACIENTES_DIABETES.pdf?sequence=1
- Lostanau, A.V. y Torrejón, S. C. (2013). *Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con cáncer de mama*. (Tesis de Maestría). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú. Recuperado de http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/5175/LOSTANAU_CALERO_TORREJON_SALMON_ESTRES_CANCER.pdf?sequence=1
- Macías, M., Madariaga, O., Valle, M. y Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 30,123-145. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21328600007>
- Magallón, E.M. (2012). *Personalidad y Afrontamiento en adolescentes con patología psiquiátrica: estudio en pacientes con trastornos del comportamiento alimentario y consumidores de drogas*. (Tesis Doctoral). Universidad de Barcelona, España.

Recuperado de
http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/83501/EMMN_TESIS.pdf?sequence=1

Marín, L., Márquez, L. y Salazar, T. (2009). *Diabetes mellitus en los estudiantes de Medicina del área clínica de la Universidad de Oriente Núcleo Anzoátegui*. (Tesis Doctoral). Universidad de Oriente Núcleo Anzoátegui. Puerto la Cruz, Venezuela.

Recuperado de
<http://ri.bib.udo.edu.ve/bitstream/123456789/1137/1/Tesis.DIABETES%20MELLI TUS%20EN%20LOS%20ESTUDIANTES%20DE%20MEDICINA.pdf>

Mezquita, L. (2010). *El papel del maltrato, la personalidad y los motivos en el consumo de alcohol: un estudio prospectivo de cinco años en adultos jóvenes*. (Tesis Doctoral). Universidad Jaume I, Castellón, España. Recuperado de
<http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/31851/mezquita.pdf?sequence=1>

Mikkelsen, F.M. (2009). *Satisfacción con la vida y estrategias de afrontamiento en grupo de adolescentes universitarios de Lima*. (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú. Recuperado de
http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/416/MIKKELSEN_RAMELLA_FLOR_SATISFACCION_CON_LA_VIDA.pdf?sequence=1

Morales, O. (2012). *Malestar emocional, estrategias de afrontamiento y control metabólico en pacientes con Diabetes tipo 2*. (Tesis de maestría). Universidad Autónoma Del Estado De Hidalgo, México. Recuperado de
<http://repository.uaeh.edu.mx/bitstream/bitstream/handle/123456789/14768/TESIS%20OSCAR%20MORALES%20TELLEZ.pdf?sequence=1>.

- Mori, P. (2002). *Personalidad, autoconcepto y percepción del compromiso parental: sus relaciones con el rendimiento académico en alumnos del sexto grado*. (Tesis doctoral Inédita). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Morris, CH. y Maisto, A. (2001). *Psicología*. México: Prentice Hall
- Papalia, D.E. (2009). *Psicología*. México: Mc Graw Hill Interamericana.
- Papalia, D.E., Olds, S. y Feeldman, R. (2011). *Desarrollo Humano*. México: Mc Graw Hill Interamericana.
- Paredes, R.H. (2005). *Afrontamiento y soporte social en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal*. (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú. Recuperado de http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/420/PAREDES_CARRION_ROSARIO_AFRONTAMIENTO_SOPORTE_SOCIAL.pdf?sequence=1
- Patilla, C. (2011). *Ansiedad, Depresión y situaciones generadoras de estrés en pacientes diabéticos tipo 2 con adherencia y sin adherencia al tratamiento*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/582/1/patilla_vc.pdf
- Pillaca, H.H. (2013). *Estrategias de afrontamiento del paciente que asiste a la ESN-PCT en el centro de salud Max Arias Schreiber*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3441/1/pillaca_gh.pdf
- Prince, M. (1924). *The unconscious*. Nueva York. Estados Unidos: Artika.

- Principios Éticos de los Psicólogos Y Código de Conducta.* (2010). Argentina: Asociación Americana de Psicología. Recuperado de http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/Codigo_APA.pdf
- Rodríguez, A. B. (2012). *Afrontamiento y Soporte Social en grupo de adictos de un Hospital Psiquiátrico de Lima.* (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú. Recuperado de http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/1561/RODRIGUEZ_CHACON_ALEJANDRA_AFRONTACION_SOPORTE.pdf?sequence=1
- Saavedra, M.C. (2016). *Personalidad y dependencia emocional en estudiantes de psicología de la Universidad Alas Peruanas sede Pueblo Libre, Lima-2016.* (Tesis inédita de Licenciatura). Universidad Alas Peruanas, Lima, Perú.
- Salas, C., Espinoza, M.C., Pando, L., Medina, J.C. y Camacho, R. (2008). *Psicología.* Lima, Perú: CEPURP
- Salas, G.G. (2009). *Calidad de Vida y Estilos de Personalidad en Pacientes con Dolor Crónico.* (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú. Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/1204>
- San Juan de Miraflores: Perfil sociodemográfico de las poblaciones en riesgo.* (2015). Lima, Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Recuperado de http://www.trabajo.gob.pe/archivos/file/estadisticas/peel/estadisticas/PROPOLI_SJM.pdf
- Schultz, D. y Schultz, S.E. (2010) *Teorías de la Personalidad.* Santa Fe, México: Lengage Learnig.

- Seclén, S., Faustor, J., Motta, V., Noriega, V.H. y Pinto, M. (2014) *Diabetes, La pandemia del siglo XXI*. Lima, Perú: Santillana S.A.
- Seelbach, G.A. (2012) *Teorías de la Personalidad*. Tlalnepantla, México: Red Tercer Milenio.
- Sollod, R., Wilson, J. y Monte, C. (2009). *Teorías de la Personalidad (8va Ed.)*, Santa Fe, México: Mc Graw-Hill.
- Thorpe, L.P. (1946). *Fundamentos psicológicos de la personalidad*. Buenos Aires, Argentina: Guillermo Kranft Limitada.
- Thumala, D. (2011). *Formas de afrontamiento a las pérdidas asociadas al envejecer*. (Tesis Doctoral). Universidad de Chile, Chile. Recuperado de http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2011/cs-thumala_d/pdfAmont/cs-thumala_d.pdf
- Torrejón, C. S. (2011). *Ansiedad y afrontamientos en universitarios migrantes*. (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú. Recuperado de file:///C:/Users/admin/Downloads/TORREJON_SALMON_CLAUDIA_ANSIEDAD_Y_AFRONTAMIENTO.pdf
- Useche, M. (2008). *Factores de personalidad a partir de los tipos de personalidad A, B y C*. (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis06.pdf>
- Varela, I. (2011). *Apoyo social y afrontamiento en enfermedad cardiaca*. (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid, España. Recuperado de <http://eprints.ucm.es/13346/1/T31110.pdf>

- Vélez, E. (2010). *Representaciones de la insuficiencia renal crónica; afrontamiento y adherencia al tratamiento*. (Tesis Doctoral). Universidad de Alcalá, Madrid, España. Recuperado de <http://dspace.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/9001/Tesis%20%20EVELEZ%20Final%20mayoI10.pdf?sequence=1>
- Villanueva, M. (2010). *Calidad de vida y estilos de afrontamiento al estrés en universitarios de la ciudad de Lima* (Tesis Inédita de Licenciatura). Universidad Nacional Federico Villareal, Lima, Perú.

