



Universidad de Deusto
Deustuko Unibertsitatea

Deusto

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y EDUCACIÓN

**EVALUACION DE RASGOS DE PERSONALIDAD
Y FACTORES DE RIESGO DE DIABETES
MELLITUS TIPO I Y II.**

Tesis Doctoral presentada por:

CORNEJO LEIGHTON, PAULA

Dirigido por:

LOIZAGA LATORRE, FELIX

Febrero 2012

BILBAO

Agradecimientos

A mis abuelos, Norma y Valerio (in memoriam)

Quiero agradecer, en primer lugar, a cada uno de los participantes en esta investigación, pues sin su colaboración desinteresada no habría sido posible la realización de este trabajo.

Al Dr. José López y su equipo del Hospital Virgen de Salud de Toledo, así como también a la Dra. Loreto Aguirre y su equipo de la Asociación de Diabéticos de Chile: su inestimable cooperación fue un gran impulso para el desarrollo de esta investigación.

A la Comisión Nacional Científica y Tecnológica (CONICYT) del Ministerio de Educación de Chile por creer en mí y en este proyecto.

A la Escuela de Psicología de la Universidad Adolfo Ibáñez, en especial, a su Decano, Jorge Sanhueza por darme todas las facilidades necesarias para compatibilizar mis frecuentes viajes a España con mi labor docente, y poner a mi disposición la infraestructura de la mencionada institución.

A la Universidad de Deusto, por brindarme un espacio para aprender, para abrir mi mente, para crecer como persona y profesional. Agradezco a la Dra. Susana Gorbeña, por su confianza y apoyo que significaron un gran estímulo en mi formación. Al Dr. Félix Loizaga por su aliento, su fe en mis capacidades, y por la libertad que me dio para trabajar.

A Marta y Victoria, sus agudas observaciones fueron fundamentales en gran parte de este proceso. A Verónica, por hacerse cargo de aquellas tareas pequeñas que, dado mi estilo personal, habrían ocupado más energía y tiempo del necesario.

A mis amigos Txema, Nieves, Pablo, María José y Aingeru, por su cálida hospitalidad y su noble compromiso en momentos difíciles.

A mis padres, por enseñarme desde pequeña que el logro de sueños, metas y deseos dependen del propio esfuerzo, de la pasión y el amor comprometidos en ello.

Por último, a Iván y a Emiliano por el amoroso e incondicional apoyo que he recibido de parte de ambos durante estos años; por la paciencia y la entereza, pues en muchas ocasiones se vio postergado nuestro *tiempo de estar juntos*, por tolerar y contener mis conflictos e inseguridades. Son parte esencial de este momento feliz.

Gracias, sin ustedes esto no hubiese sido posible.

Índice

	<i>Páginas</i>
Introducción	24
MARCO TEÓRICO	
Capítulo I: Aspectos Generales sobre la Diabetes Mellitus	27
1.1 Criterios Diagnósticos.	28
1.2 Epidemiología.	30
1.3 Clasificación y Etiopatogenia.	31
1.3.1 Diabetes Mellitus Tipo I	32
1.3.1.1 Etiología	33
1.3.2 Diabetes Mellitus Tipo II.	35
1.3.2.1 Etiología	36
1.4 Síntomas y Signos	39
1.5 Complicaciones	40
1.5.1 Enfermedad Microvascular Coronaria	40
1.5.2 Enfermedad Macrovascular Coronaria	44
1.5.3 Cardiomiopatía	45
1.5.4 Infección	45
1.5.5 Otras Complicaciones	46
1.5.6 Detección de las Complicaciones	47
1.6 Tratamiento	48
1.6.1 Educación del Paciente	49
1.6.2 Dieta	49
1.6.3 Actividad Física	50
1.6.4 Monitoreo	51
1.6.5 Insulina	53

	<i>Páginas</i>
1.6.6 Medicamentos Orales Antihiper glucémicos	56
1.6.7 Medicamentos Inyectables Antihiper glucémicos	58
1.6.8 Otros Tratamientos Antidiabéticos	58
1.7 Prevención	59
Capítulo II: Personalidad y Diabetes	60
2.1 Personalidad y Enfermedad	60
2.1.1 Modelos que relacionan Personalidad y Enfermedad	61
2.1.1.1 Medicina Psicosomática	61
2.1.1.2 Estrés y Enfermedad	66
2.2 El Impacto Fisiológico de los Estados Emocionales Negativos.	73
2.3 Emociones Negativas, Alteración Inmune y Neuroendocrina.	76
2.4 Emociones Negativas, Alteraciones Fisiológicas y Diabetes.	77
2.5 Depresión y Diabetes.	79
2.6 Factores de Personalidad en la Diabetes.	80
2.6.1 Estudios de Personalidad y Control de Glucemia.	80
2.6.2 Estudios sobre Personalidad Tipo C y Diabetes.	82
2.7 Estudios de Personalidad en Diabetes mediante el Test de Rorschach, la Teoría de los Cinco Factores (NEO PI-R) y Teoría del Apego.	83
2.7.1. Estudios en Diabetes a través del Test de Rorschach.	83
2.7.2. Estudios en Diabetes a través Teoría de la Personalidad de los Cinco Factores. Inventario de Personalidad NEOPI-R.	85
2.7.3. Estudios en Diabetes a través de la Teoría del Apego.	87
2.8 Criterios previos al Análisis	91
INVESTIGACIÓN APLICADA	
Capítulo III: Metodología	95
3.1 Enfoque Metodológico.	95
3.2 Objetivos e Hipótesis.	95
3.2.1 Objetivos Generales.	95
3.2.2 Objetivos Específicos.	96

	<i>Páginas</i>
3.2.3 Hipótesis.	97
3.3 Muestra.	98
3.3.1. Criterios de selección e inclusión de la muestra.	99
3.4 Instrumentos.	99
3.4.1 Cuestionario Sociodemográfico.	99
3.4.2 Test de Rorschach.	100
3.4.3 Inventario de Personalidad NEOPI-R.	101
3.4.4 Cuestionario de Apego Adulto.	102
3.4.5 Procedimiento y aplicación de las pruebas.	103
3.5 Técnicas de Análisis de la Información Recabada.	104
3.6 Calidad del Diseño.	106
3.7 Criterios Éticos.	107
Capítulo IV: Operacionalización de las Variables	108
4.1. Variable Predicha.	108
4.2. Variables Predictoras.	108
4.2.1. Rasgo de Personalidad.	108
• Test de Rorschach.	
a. Control y Tolerancia al Estrés.	109
b. Estrés Situacional.	115
c. Afectos.	120
d. Procesamiento de la Información.	134
e. Mediación.	139
f. Ideación.	143
g. Autopercepción.	149
h. Percepción y Relaciones Interpersonales.	154
• Inventario de Personalidad NEO PI-R.	
a. Neuroticismo (N).	160
b. Extraversión (E).	161
c. Apertura (O).	162
d. Amabilidad (A).	163
e. Responsabilidad (C).	164

	<i>Páginas</i>
4.2.2 Emociones Negativas.	168
4.2.3 Relaciones Interpersonales.	170
• Cuestionario de Apego Adulto.	
a. Factor 1: “Baja autoestima y necesidad de aprobación”.	171
b. Factor 2: “Resolución hostil de conflictos”.	171
c. Factor 3: “Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones”.	171
d. Factor 4: “Autosuficiencia Emocional”.	172
4.2.4 Autoestima.	173
4.2.5 Modulación Afectiva.	174
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	
Capítulo V: Resultados	176
5.1 Estadísticos Descriptivos.	176
5.1.1. Caracterización de la Muestra Diabética.	178
5.2 Resultados.	182
5.2.1. Rasgos de Personalidad de la Muestra Diabética Estudiada.	182
5.2.1.1. Rasgos de Personalidad a través de Indicadores Rorschach.	182
5.2.1.2. Rasgos de Personalidad a través de Factores y Facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R.	191
5.2.2. Predictores de Diabetes para Emociones Negativas.	196
5.2.2.1. Predictores de Diabetes para Emociones Negativas a través de Indicadores Rorschach.	196
5.2.2.2. Predictores de Diabetes para Emociones Negativas mediante el Inventario de Personalidad NEOPI-R.	202
5.2.3. Predictores de Diabetes para Relaciones Interpersonales.	205
5.2.3.1. Predictores de Diabetes para Relaciones Interpersonales mediante Indicadores Rorschach.	205
5.2.3.2. Predictores de Diabetes para Relaciones Interpersonales a través del Inventario de Personalidad NEOPI-R.	206

	<i>Páginas</i>
5.2.3.3. Predictores de Diabetes para Relaciones Interpersonales mediante el Cuestionario de Apego Adulto.	210
5.2.4. Predictores de Diabetes para Autopercepción.	216
5.2.4.1. Predictores de Diabetes para Autopercepción a través de Indicadores Rorschach.	216
5.2.4.2. Predictores de Diabetes para Autopercepción mediante el Inventario de Personalidad NEOPI-R.	218
5.2.4.3. Predictores de Diabetes para Autopercepción mediante el Cuestionario de Apego Adulto.	222
5.2.5. Predictores de Diabetes para Modulación Afectiva.	223
5.2.5.1. Predictores de Diabetes para Modulación Afectiva a través de Indicadores Rorschach.	223
5.2.5.2. Predictores de Diabetes para Modulación Afectiva mediante el Inventario de Personalidad NEOPI-R.	228
5.3 Síntesis de los Hallazgos	230
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	
Capítulo VI: Discusión y Conclusiones	232
6.1 Discusión	232
6.2 Conclusiones	238
BIBLIOGRAFÍA	
Referencias Bibliográficas	251
ANEXOS	
Anexo 1: Cuestionario Sociodemográfico	266
Anexo 2: Láminas del Test de Rorschach	272
Anexo 3: Cuestionario de Apego Adulto	273
Anexo 4: Instrucciones Generales	276
Anexo 5: Codificación de Variables Rorschach para SPSS	277
Anexo 6: Consentimiento Informado	294

	<i>Páginas</i>
Anexo 7: Tablas de Contingencia entre Indicadores Rorschach y Presencia/Ausencia de Diabetes	295
Anexo 8: Análisis de la Muestra Diabética de acuerdo a Tipo de Diabetes, Nacionalidad y Género	297
Anexo 9: Análisis de Interacción y Confusión	326

Índice de Tablas.

	<i>Página</i>
1. Criterios diagnósticos sobre la Diabetes según OMS	29
2. Criterios diagnósticos de HbA _{1c}	30
3. Tipos etiológicos de Diabetes	32
4. Características generales de Diabetes Mellitus tipo I y II	38
5. Dimensiones y subescalas del Cuestionario Tridimensional de Personalidad	80
6. Expectativas teóricas y hallazgos Rorschach asociados al control de glucemia	84
7. Caracterización de los Estilos de Apego	88
8. Fiabilidad y Validez de pruebas aplicadas	103
9. Criterios de D Ajustada e Índice de Inhabilidad Social para Control y Tolerancia al Estrés	111
10. Criterios de Experiencia Accesible y Puntuación D para Control y Tolerancia al Estrés	112
11. Criterios de Estilo Vivencial y Lambda para Control y Tolerancia al Estrés	113
12. Criterios de Estimulación Sufrida Ajustada para Control y Tolerancia al Estrés	114
13. Criterios de D Ajustada, (EA – es) y (EA – Adj es) para Estrés Situacional	116
14. Criterios de diferencia entre D Ajustada y Puntuación D para Estrés Situacional	116
15. Criterios de m y SumY para Estrés Situacional	117
16. Criterios de puntuaciones D y D Ajustada según SumT y SumV para Estrés Situacional	118
17. Criterios de puntuaciones D para Estrés Situacional	119
18. Criterios de Respuestas Complejas creadas con m ó Y para Estrés Situacional	119
19. Criterios de Respuestas Complejas Color-Sombreado para Estrés Situacional	120
20. Criterios diagnósticos del Índice DEPI	121
21. Criterios diagnósticos del Índice CDI	122
22. Criterios DEPI y CDI para Afectos	122
23. Clasificación de Estilos de Respuesta para Afectos	124
24. Criterios para los valores de Experiencia de Malestar Emocional para Afectos	126
25. Criterios para los valores de Constricción Afectiva para Afectos	126
26. Valores medios según Estilo Vivencial	127
27. Criterios para los valores de Proporción Afectiva para Afectos	127
28. Criterios para los valores del Índice de Intelectualización para Afectos	128
29. Criterios para los valores de Proyección de Color para Afectos	128
30. Criterios para los valores de la Proporción FC:CF+C para Afectos	129
31. Criterios para los valores de Color puro para Afectos	130
32. Criterios de interpretación de Respuestas de Espacio para Afectos	131
33. Valores medios de Respuestas Complejas según Estilo Vivencial y Lambda	131

	<i>Página</i>
34. Criterios de interpretación de Respuestas Complejas para Afectos	132
35. Criterios de interpretación de Respuestas Complejas relacionadas con Estrés Situacional para Afectos	132
36. Criterios de interpretación de Respuestas de Complejidad Inusual para Afectos	133
37. Criterios de interpretación de Respuestas Complejas de Color-Sombreado para Afectos	133
38. Criterios de interpretación de Respuestas Complejas de Sombreado para Afectos	134
39. Criterios de interpretación de Frecuencia de Actividad Organizativa para Procesamiento de la Información	135
40. Criterios de interpretación de la Proporción W:D:Dd para Procesamiento de la Información	135
41. Criterios de interpretación de la Proporción de Aspiraciones para Procesamiento de la Información	136
42. Criterios de interpretación de la Diferencia de Z para Procesamiento de la Información	137
43. Criterios de interpretación de las Perseveraciones para Procesamiento de la Información	137
44. Valores medios de respuestas con Calidad Evolutiva + y v según Estilo Vivencial	138
45. Criterios de interpretación de Calidad Evolutiva para Procesamiento de la Información	139
46. Criterios de interpretación de Forma Apropriadada Ampliada y de Forma Apropriadada en Áreas Comunes para Mediación	140
47. Criterios de interpretación de Forma Distorsionada para Mediación	141
48. Criterios de interpretación de Respuestas Populares para Mediación	142
49. Criterios de interpretación de Forma Convencional y de Forma Única para Mediación	143
50. Criterios de interpretación de Movimiento Activo y Movimiento Pasivo para Ideación	144
51. Criterios de interpretación Índice de Hipervigilancia, Índice Estilo Obsesivo, Contenido Mórbido para Ideación	145
52. Criterios de interpretación de Lado Izquierdo de la Experiencia Base para Ideación	146
53. Criterios de interpretación de la Proporción Movimiento Humano Activo y Movimiento Humano Pasivo para Ideación	146
54. Criterios de interpretación de Suma Bruta y Suma Ponderada de los Seis Códigos Especiales Críticos para Ideación	148
55. Criterios de interpretación de la Calidad Formal de Respuestas de Movimiento Humano para Ideación	148
56. Criterios sobre Índice de Hipervigilancia e Índice de Estilo Obsesivo para Autopercepción	149
57. Criterios sobre Respuestas de Reflejos para Autopercepción	150
58. Criterios sobre Índice de Egocentrismo para Autopercepción	150

	<i>Página</i>
59. Criterios sobre respuestas Forma Dimensión y Vista para Autopercepción	151
60. Criterios sobre respuestas de Anatomía y de Rayos X para Autopercepción	151
61. Criterios sobre respuestas de Contenido Mórbido para Autopercepción	152
62. Valores medios de las categorías de Contenido Humano	153
63. Criterios de la proporción de Contenido Humano para Autopercepción	153
64. Criterios sobre Índice de Inhabilidad Social para Percepción y Relaciones Interpersonales	154
65. Criterios sobre Índice de Hipervigilancia para Percepción y Relaciones Interpersonales	155
66. Criterios sobre Proporción de Movimiento Activo y Movimiento Pasivo para Percepción y Relaciones Interpersonales	155
67. Criterios sobre respuestas de Comida para Percepción y Relaciones Interpersonales	155
68. Criterios sobre las respuestas de Textura para Percepción y Relaciones Interpersonales	156
69. Valores esperados de Suma de respuestas de Contenido Humano y de la media de Contenido Humano puro	157
70. Criterios sobre la Suma de respuestas de Contenido Humano y de Contenido Humano puro para Percepción y Relaciones Interpersonales	157
71. Criterios sobre la Proporción de Representación Humana de Buena Calidad y de Mala Calidad para Percepción y Relaciones Interpersonales	158
72. Criterios para el Movimiento Cooperativo y Respuestas Agresivas para Percepción y Relaciones Interpersonales	159
73. Criterios sobre Personalizaciones para Percepción y Relaciones Interpersonales	159
74. Criterios sobre Índice de Aislamiento para Percepción y Relaciones Interpersonales	160
75. Esquema clasificatorio de puntajes para factores y facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R	160
76. Facetas de Neuroticismo. NEOPI-R	161
77. Facetas de Extraversión. NEOPI-R	162
78. Facetas de Apertura. NEOPI-R	163
79. Facetas de Amabilidad. NEOPI-R	164
80. Facetas de Responsabilidad. NEOPI-R	165
81. Variables consideradas en el análisis de la variable Rasgos de Personalidad	166
82. Variables consideradas en el análisis de la variable Emociones Negativas	169
83. Variables consideradas en el análisis de la variable Relaciones Interpersonales	170
84. Baremos del Cuestionario de Apego Adulto	172
85. Variables consideradas en el análisis de la variable Autoestima	173
86. Variables consideradas en el análisis de la variable Modulación Afectiva	174
87. Pruebas chi-cuadrado para Presencia de Estrés Situacional del Test de Rorschach	183
88. Estimación de riesgo para Presencia de Estrés Situacional del Test de Rorschach	183

	<i>Página</i>
89. Pruebas chi-cuadrado para Impacto del Estrés Situacional del Test de Rorschach	184
90. Estimación de riesgo para Impacto del Estrés Situacional del Test de Rorschach	185
91. Pruebas de chi-cuadrado para Experiencia de Malestar Emocional del Test de Rorschach	186
92. Pruebas de chi-cuadrado para Experiencia de Base Normal del Test de Rorschach	186
93. Pruebas de chi-cuadrado para Experiencia de Base con Claroscuros aumentados del Test de Rorschach	186
94. Estimación de riesgo para Experiencia de Base Normal del Test de Rorschach	187
95. Estimación de riesgo para Experiencia de Base Normal con Claroscuros aumentados del Test de Rorschach	187
96. Pruebas chi-cuadrado para Modulación Afectiva del Test de Rorschach	188
97. Estimación de riesgo para Modulación Afectiva del Test de Rorschach	189
98. Pruebas de chi-cuadrado para Perseveraciones del Test de Rorschach	190
99. Estimación de riesgo para Perseveraciones del Test de Rorschach	190
100. Medias y desviación típica para Sombreados Difusos del Test de Rorschach	191
101. Diferencia de medias para Sombreados Difusos del Test de Rorschach	191
102. Medias y desviación típica para los factores del Inventario de Personalidad NEOPI-R	192
103. Diferencia de medias para los factores del Inventario de Personalidad NEOPI-R	193
104. Diferencia de medias y desviación típica para las facetas Ansiedad, Depresión, Ansiedad Social y Acciones del Inventario de Personalidad NEOPI-R	194
105. Resumen del procedimiento Prueba T para las facetas Ansiedad, Depresión, Ansiedad Social y Acciones del Inventario de Personalidad NEOPI-R	195
106. Variables en la ecuación del modelo inicial de Regresión Logística Binaria para Emociones Negativas con Indicadores Rorschach	197
107. Clasificación para el modelo de Regresión Logística Binaria para Emociones Negativas con Indicadores Rorschach	198
108. Modelo final de Regresión Logística Binaria para Emociones Negativas con Indicadores Rorschach	199
109. Resumen del procesamiento de los casos para el modelo de Regresión Logística Binaria para Emociones Negativas con Indicadores Rorschach	199
110. Clasificación para modelo de Regresión Logística Binaria para Emociones Negativas con Indicadores Rorschach con todos los casos	200
111. Clasificación para modelo de Regresión Logística Binaria para Emociones Negativas con Indicadores Rorschach con casos atípicos excluidos	200
112. Pruebas ómnibus sobre los coeficientes del modelo de Regresión Logística para Emociones Negativas con Indicadores Rorschach	201
113. Prueba de Hosmer y Lemeshow para el modelo de Regresión Logística Binaria para	201

	<i>Página</i>
Emociones Negativas con Indicadores Rorschach	
114. Resumen de los modelos de Regresión Logística Binaria para Emociones Negativas con Indicadores Rorschach	202
115. Modelo inicial de Regresión Logística Binaria para Emociones Negativas con factores y facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R	204
116. Modelo final de Regresión Logística Binaria para Emociones Negativas con factores y facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R	204
117. Pruebas ómnibus sobre los coeficientes del modelo Relaciones Interpersonales con indicadores Rorschach	205
118. Modelo de Regresión Logística Binaria para Relaciones Interpersonales con indicadores Rorschach	206
119. Prueba de Hosmer y Lemeshow para el modelo inicial de Regresión Logística para Relaciones Interpersonales mediante facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R	207
120. Modelo inicial de Regresión Logística Binaria para Relaciones Interpersonales con factores y facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R	207
121. Modelo final de Regresión Logística Binaria para Relaciones Interpersonales con factores y facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R	208
122. Resumen del procesamiento de los casos para el modelo de Regresión Logística Binaria para Relaciones Interpersonales con facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R	208
123. Tabla de Clasificación para el modelo de Regresión Logística Binaria para Relaciones Interpersonales con facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R	209
124. Pruebas ómnibus sobre los coeficientes del modelo de Regresión Logística para Relaciones Interpersonales con facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R	209
125. Prueba de Hosmer y Lemeshow para el modelo de Regresión Logística Binaria para Relaciones Interpersonales con facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R	209
126. Resumen de los modelos de Regresión Logística para Relaciones Interpersonales con facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R	210
127. Variables en la ecuación del modelo inicial de Regresión Logística Binaria para Relaciones Interpersonales a través de factores del Cuestionario de Apego Adulto	212
128. Pruebas ómnibus sobre los coeficientes del modelo de Regresión Logística para Relaciones Interpersonales a través de factores del Cuestionario de Apego Adulto	212
129. Prueba de Hosmer y Lemeshow para el modelo de Regresión Logística Binaria para Relaciones Interpersonales con factores del cuestionario de Apego Adulto	212
130. Modelo final de Regresión Logística Binaria para Relaciones Interpersonales con factores del Cuestionario de Apego Adulto	213
131. Resumen del procesamiento de los casos para el modelo de Regresión Logística	213

	<i>Página</i>
Binaria para Relaciones Interpersonales con factores del Cuestionario de Apego Adulto	
132. Tabla de Clasificación para modelo de Regresión Logística Binaria para Relaciones Interpersonales con factores del Cuestionario de Apego Adulto	214
133. prueba ómnibus sobre los coeficientes del modelo de Regresión Logística Binaria para Relaciones Interpersonales	214
134. Prueba de Hosmer y Lemeshow para modelo de Regresión Logística Binaria para Relaciones Interpersonales con factores del Cuestionario de Apego Adulto	215
135. Resumen de los modelos de Regresión Logística Binaria para Relaciones Interpersonales con factores del Cuestionario de Apego Adulto	215
136. Modelo inicial de Regresión Logística Binaria para Autopercepción con indicadores Rorschach	217
137. Modelo final de Regresión Logística Binaria para Autopercepción con indicadores Rorschach	217
138. Modelo inicial de Regresión Logística Binaria para Autopercepción con facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R	218
139. Pruebas ómnibus sobre los coeficientes del modelo inicial de Regresión Logística Binaria para Autopercepción con facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R	219
140. Modelo final de Regresión Logística Binaria para Autopercepción con facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R	219
141. Resumen del procesamiento de los casos para el modelo final de Regresión Logística Binaria para Autopercepción con facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R	219
142. Tabla de Clasificación para modelo de Regresión Logística Binaria para Autopercepción con facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R	220
143. Pruebas ómnibus sobre los coeficientes del modelo de Regresión Logística Binaria para Autopercepción con facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R	220
144. Prueba de Hosmer y Lemeshow para el modelo de Regresión Logística Binaria para Autopercepción con facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R	221
145. Resumen de los modelos de Regresión Logística Binaria para Autopercepción con facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R	221
146. Modelo final de Regresión Logística Binaria para Autopercepción con factores del Cuestionario de Apego Adulto	223
147. Pruebas ómnibus sobre los coeficientes del modelo de Regresión Logística Binaria para Autopercepción con factores del Cuestionario de Apego Adulto	223
148. Variables en la ecuación del modelo inicial de Regresión Logística Binaria para Modulación Afectiva con indicadores Rorschach	224
149. Modelo final de Regresión Logística Binaria para Modulación Afectiva con indicadores Rorschach	224

	<i>Página</i>
150. Resumen del procesamiento de los casos para el modelo de Regresión Logística Binaria para Modulación Afectiva con Indicadores Rorschach	225
151. Clasificación para el modelo de Regresión Logística Binaria para Modulación Afectiva con indicadores Rorschach con todos los casos	225
152. Clasificación para modelo de Regresión Logística Binaria para Modulación Afectiva con indicadores Rorschach	226
153. Pruebas ómnibus sobre los coeficientes del modelo de Regresión Logística para Modulación Afectiva con indicadores Rorschach	226
154. Prueba de Hosmer y Lemeshow para el modelo de Regresión Logística Binaria para Modulación Afectiva con indicadores Rorschach	227
155. Resumen de los modelos de Regresión Logística Binaria para Modulación Afectiva con indicadores Rorschach	227
156. Variables en la ecuación del modelo de Regresión Logística Binaria para Modulación Afectiva con facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R	228
157. Pruebas ómnibus sobre los coeficientes del modelo de Regresión Logística Binaria para Modulación Afectiva con facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R	229
ANEXOS	
Anexo 5: “Codificación de Variables Rorschach para SPSS”	
a.1. Puntuación D Ajustada e Índice de Inhabilidad Social	277
a.2. Experiencia Accesible	277
a.3. Estilo Vivencial y Lambda	277
a.4. Estimulación Sufrida Ajustada	278
b.1. Puntuación D, Experiencia Accesible, Experiencia Sufrida y Experiencia Sufrida Ajustada	278
b.2. Diferencia entre puntuación D Ajustada y puntuación D	278
b.3. Movimiento inanimado y Sumatoria de Sombreados Difusos	278
b.4. Puntuación D, puntuación D Ajustada, Sumatoria de respuestas de Textura y Sumatoria de respuestas de Perspectiva	279
b.5. Puntuación D	279
b.6. Respuestas complejas creadas por Movimiento Inanimado o de Sombreado Difuso	279
b.7. Respuestas complejas Color-Sombreado	280
c.1. Índice de Depresión e Índice Inhabilidad Social	280
c.2. Estilo Vivencial y Lambda	281
c.3. Estilo Vivencial Pertinaz	281
c.4. Análisis del lado derecho de la Experiencia de Base	281
c.5. Constricción Afectiva	281
c.6. Proporción Afectiva	282

	<i>Página</i>
c.7. Índice de Intelectualización	282
c.8. Proyección de Color	282
c.9. Proporción FC:CF+C	282
c.10. Respuestas de Color puro	283
c.11. Respuestas de Espacio Blanco	283
c.12. Respuestas Complejas, estilo Vivencial y Lambda	283
c.13. Respuestas Complejas relacionadas con el Estrés Situacional	283
c.14. Complejidad Inusual	284
c.15. Respuestas Complejas Color-Sombreado	284
c.16. Respuestas Complejas de Sombreado	284
d.1. Frecuencia de la Actividad Organizativa	284
d.2. Proporción de Área de Localización	285
d.3. Proporción de Aspiraciones	285
d.4. Diferencia de Z	285
d.5. Perseveraciones	285
d.6. Calidad evolutiva	286
e.1. Forma Apropiada Ampliada y Forma Apropiada en Áreas Comunes	286
e.2. Forma Distorsionada	287
e.3. Respuestas Populares	287
e.4. Forma Convencional y Forma Única	287
f.1. Movimiento Activos y Pasivos	287
f.2. Índice de Hipervigilancia, Índice de estilo Obsesivo y Contenido Mórbido	288
f.3. Lado izquierdo de la Experiencia de Base	288
f.4. Movimiento Humano Activo y Pasivo	288
f.5. Suma Bruta y Suma Ponderada de los Seis Códigos Especiales Críticos	289
f.6. Calidad Formal de respuestas de Movimiento Humano	289
g.1. Índice de Hipervigilancia e Índice de Estilo Obsesivo	289
g.2. Respuestas de Reflejo	289
g.3. Índice de Egocentrismo	290
g.4. Respuestas de Forma Dimensión y Perspectiva	290
g.5. Sumatoria de Respuestas de Anatomía y Rayos X	290
g.6. Sumatoria de Contenidos Mórbidos	290
g.7. Proporción de Contenidos Humanos	291
g.8. Experiencia Humana	291
h.1. Índice Inhabilidad Social	291
h.2. Índice de Hipervigilancia	291
h.3. Proporción de Movimiento Activo y Pasivo	291

	<i>Página</i>
h.4. Respuestas de Comida	292
h.5. Respuestas de Textura	292
h.6. Suma de Respuestas de Contenido Humano y Contenido Humano puro	292
h.7. Proporción de Representación Humana de Buena Calidad y de Mala Calidad	293
h.8. Movimiento Cooperativo y Movimiento Agresivo	293
h.9. Personalizaciones	293
h.10. Índice de Aislamiento	293
Anexo 7: “Tablas de Contingencia entre Indicadores Rorschach y Presencia/Ausencia de Diabetes”	
1. Tabla de Contingencia para Presencia de Estrés Situacional del Test de Rorschach y Presencia/Ausencia de Diabetes	295
2. Tabla de Contingencia para Impacto de Estrés Situacional del Test de Rorschach y Presencia/Ausencia de Diabetes	295
3. Tabla de Contingencia para Experiencia de Malestar Emocional del Test de Rorschach y Presencia/Ausencia de Diabetes	296
4. Tabla de Contingencia para Modulación Afectiva del Test de Rorschach y Presencia/Ausencia de Diabetes	296
5. Tabla de Contingencia para Perseveraciones del Test de Rorschach y Presencia/Ausencia de Diabetes	296
Anexo 8: “Análisis de la Muestra Diabética de acuerdo a Tipo de Diabetes, Nacionalidad y Género”	
6. Tabla de Contingencia para Impacto de Fenómenos Emocionales Transitorios en estrés Situacional	297
7. Pruebas de chi-cuadrado para Impacto de fenómenos Emocionales Transitorios en estrés Situacional	297
8. Estimación de riesgo para Impacto de Fenómenos Emocionales Transitorios en Estrés Situacional	298
9. Tabla contingencia para Grado de Ajuste a lo Convencional	299
10. Pruebas de chi-cuadrado para Grado de Ajuste a lo Convencional	299
11. Estimación de riesgo para Grado de Ajuste a lo Convencional	300
12. Tabla de Contingencia para Empatía y Percepción de los otros	300
13. Pruebas de chi-cuadrado para Empatía y Percepción de los otros	300
14. Estimación de riesgo para Empatía y Percepción de los otros	301
15. Diferencia de medias y desviación típica para las facetas Impulsividad y Búsqueda de Emociones del Inventario de Personalidad NEOPI-R	302
16. Resumen del procedimiento Prueba T para muestras independientes para las facetas Impulsividad y Búsqueda de Emociones del Inventario de Personalidad NEOPI-R	302

	<i>Página</i>
17. Diferencia de medias y desviación típica para Autosuficiencia Emocional del Cuestionario de Apego Adulto	303
18. Resumen del procedimiento Prueba T para muestras independientes para Autosuficiencia Emocional del Cuestionario de Apego Adulto	304
19. Tabla de Contingencia para Impacto de Fenómenos Emocionales Transitorios en Estrés Situacional	305
20. Prueba de chi-cuadrado para Impacto de Fenómenos Emocionales Transitorios en Estrés Situacional	305
21. Estimación de riesgo para Impacto de Fenómenos Emocionales Transitorios en Estrés Situacional	306
22. Tabla de Contingencia para Grado de Distorsión de la Realidad	306
23. Prueba de chi-cuadrado para Grado de Distorsión de la Realidad	307
24. Estimación de riesgo para Grado de distorsión de la Realidad	307
25. Tabla de Contingencia para Índice de Egocentrismo	308
26. Pruebas chi-cuadrado para Índice de Egocentrismo	308
27. Estimación de riesgo para Índice de Egocentrismo	308
28. Tabla de Contingencia para Empatía y Percepción de los otros	309
29. Pruebas de chi-cuadrado para Empatía y Percepción de los otros	309
30. Estimación de riesgo para Empatía y Percepción de los otros	310
31. Diferencia de medias y desviación típica para sumatoria de respuestas de Perspectiva	310
32. Resumen del procedimiento Prueba T para muestras independientes para sumatoria de respuestas de Perspectiva	310
33. Diferencia de medias y desviación típica para facetas Ansiedad, Hostilidad, Búsqueda de Emociones, Estética y Modestia del Inventario de Personalidad NEOPI-R	311
34. Resumen del procedimiento Prueba T para muestras independientes para facetas Ansiedad, Hostilidad, Búsqueda de Emociones, Estética y Modestia del Inventario de Personalidad NEOPI-R	312
35. Diferencia de medias y desviación típica para Autosuficiencia Emocional del Cuestionario de Apego Adulto	313
36. Autosuficiencia Emocional del Cuestionario de Apego Adulto	313
37. Tabla de Contingencia para Confusión Afectiva y estrés Situacional	314
38. Pruebas chi-cuadrado para Confusión Afectiva y Estrés Situacional	314
39. Estimación de riesgo para Confusión Afectiva y Estrés Situacional	315
40. Tabla de Contingencia para Modulación Afectiva	315
41. Pruebas de chi-cuadrado para Modulación Afectiva	315
42. Estimación de riesgo para modulación Afectiva	316

	<i>Página</i>
43. Tabla de contingencia para Complejidad Inusual	316
44. Pruebas de chi-cuadrado para Complejidad Inusual	316
45. Estimación de riesgo para Complejidad Inusual	317
46. Tabla de contingencia para Confusión Emocional	317
47. Pruebas chi-cuadrado para Confusión Emocional	317
48. Estimación de riesgo para Confusión Emocional	318
49. Diferencia de medias y desviación típica para respuestas de Textura y de Perspectiva	318
50. Resumen del procedimiento Prueba T para muestras independientes para respuestas de Textura y de Perspectiva	319
51. Diferencia de medias y desviación típica para factores y facetas del inventario de Personalidad NEOPI-R	320
52. Resumen del procedimiento Prueba T para muestras independientes para factores y facetas del inventario de Personalidad NEOPI-R	321
53. Diferencia de medias y desviación típica para Expresión Emocional del Cuestionario de Apego Adulto	323
54. Resumen del procedimiento Prueba T para muestras independientes para Expresión Emocional del Cuestionario de Apego Adulto	323
Anexo 9: “Análisis de Interacción y Confusión”	
55. Análisis de interacción entre los indicadores Rorschach Presencia de Estrés Situacional e Impacto de Fenómenos Emocionales Transitorios en Estrés Situacional	326
56. Análisis de interacción entre los indicadores Rorschach Sombreados Difusos y Grado de Complejidad Psicológica afectada por estrés Situacional	326
57. Análisis de confusión entre los indicadores Rorschach Presencia de Estrés Situacional y Magnitud de Estrés	327
58. Análisis de confusión entre los indicadores Rorschach Presencia de Estrés Situacional y estado de Sobrecarga e Impulsividad	327
59. Análisis de confusión entre los indicadores Rorschach Presencia de estrés Situacional y Sombreados Difusos	328
60. Análisis de confusión entre indicadores Rorschach Presencia de estrés Situacional y Experiencia de Base normal	328
61. Análisis de confusión entre los indicadores Rorschach Magnitud de estrés y Sombreados Difusos	329
62. Análisis de confusión entre los indicadores Rorschach Experiencia de Base normal y Magnitud de Estrés	330
63. Análisis de confusión entre los indicadores Rorschach Experiencia de Base normal y Sombreados Difusos	330
64. Análisis de confusión entre los indicadores Rorschach Experiencia de Base normal y	331

	<i>Página</i>
Grado de Introspección y/o Visión Negativa de Sí Mismo	
65. Análisis de confusión entre los indicadores Rorschach Experiencia de Base normal, Índice de Depresión e Índice de Inhabilidad Social	331
66. Análisis de confusión entre los indicadores Rorschach Experiencia de Base normal y Suma Estrés Situacional	332
67. Análisis de confusión entre los indicadores Rorschach Proporción de Representación Humana de Buena y de Mala Calidad y respuestas de Comida	332
68. Análisis de confusión entre los indicadores Rorschach respuesta Reflejo y Suma Autopercepción	333
69. Análisis de confusión entre los indicadores Rorschach Respuestas Reflejo e Índice de Egocentrismo	333

Índice de Figuras

	<i>Página</i>
1. Distribución porcentual del Estado Civil en la muestra según Cuestionario Sociodemográfico	176
2. Distribución porcentual de Nivel Educativo en la muestra según Cuestionario Sociodemográfico	177
3. Distribución porcentual de Otras Enfermedades en la muestra según Cuestionario Sociodemográfico	178
4. Distribución porcentual del control de glucemia en diabéticos según Cuestionario Sociodemográfico	179
5. Distribución porcentual del grado de impacto de la enfermedad en distintas áreas de funcionamiento en diabéticos según Cuestionario Sociodemográfico	180
6. Distribución porcentual del grado en que afecta la Diabetes en la Autoestima según Cuestionario Sociodemográfico	180
7. Distribución porcentual de percepción de Estado de Ánimo Bajo según Cuestionario Sociodemográfico	181
8. Distribución porcentual de percepción de Irritabilidad según Cuestionario Sociodemográfico	181
9. Distribución porcentual de percepción de Ansiedad según Cuestionario Sociodemográfico	182
10. Distribución porcentual para Presencia de Estrés Situacional del Test de Rorschach entre personas con y sin Diabetes	184
11. Distribución porcentual para Impacto de Estrés Situacional del Test de Rorschach entre personas con y sin Diabetes	185
12. Distribución porcentual para Experiencia de Malestar Emocional del Test de Rorschach entre personas con y sin Diabetes	188
13. Distribución porcentual para Modulación Afectiva del Test de Rorschach entre personas con y sin Diabetes	189
14. Distribución porcentual para Perseveraciones del Test de Rorschach entre personas con y sin Diabetes	190
15. Distribución de Medias de factores del Inventario de Personalidad NEOPI-R entre personas con y sin Diabetes	192
16. Distribución de Medias de facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R entre personas con y sin Diabetes	194
Anexo 8: “Análisis de la Muestra Diabética de acuerdo a Tipo de Diabetes, Nacionalidad y Género”	
1. Distribución porcentual de Fenómenos Emocionales Transitorios en Estrés Situacional del Test de Rorschach según tipo de Diabetes	298

	<i>Página</i>
2. Distribución porcentual de Grado de Ajuste a lo Convencional del Test de Rorschach según tipo de Diabetes	299
3. Distribución porcentual de Empatía y Percepción del Otro del Test de Rorschach según tipo de Diabetes	301
4. Diferencia de Medias para las facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R según tipo de Diabetes	303
5. Diferencia de Medias para el factor Autosuficiencia Emocional del Cuestionario de Apego Adulto según tipo de Diabetes	304

Introducción

La Diabetes es una de las enfermedades crónicas más frecuentes dentro de nuestra sociedad. A nivel mundial se estima que cerca de 200 millones de personas la padecen y las cifras de prevalencia van en rápido aumento año tras año (Wild, 2004), estimando que para el año 2030 esta cifra aumente en más del 50%.

En España la prevalencia de esta enfermedad en el año 2000 se calculaba en 2.717.000 personas y las estimaciones para el año 2030 recaen en 3.752.000 sujetos. Actualmente, en este país, la prevalencia de Diabetes se sitúa en un 6,3% de la población (Ministerio de Salud, Política Social e Igualdad, 2009) y en Chile en un 7,5 % según las últimas estadísticas de salud recogidas (ADICH, 2006). Cada año se producen aproximadamente 2,9 millones de muertes atribuibles a la Diabetes, donde alrededor de la mitad son menores de 70 años y predominantemente mujeres (World Health Organization, 2011).

Ciertas investigaciones han demostrado relación entre la tendencia permanente a experimentar emociones negativas, como la ira, el estrés, los sentimientos depresivos, entre otros, y el desarrollo de enfermedades crónicas como la Diabetes (Lustman, 2007; Smart Richman, 2005; Kielcolt-Glaser, 2002). De este modo, dentro de una sociedad movilizadora y dependiente del tiempo, del rendimiento, de las exigencias sociales, económicas e individuales, no resulta extraña una mayor vulnerabilidad a estados displacenteros que repercuten en diversas áreas de la vida. A partir de ello surge el interés y la inquietud por investigar acerca de esta relación entre *mente* y *cuerpo*; particularmente, si existe algún tipo de asociación entre características psicológicas y la incidencia de Diabetes.

Es así como, en términos generales, esta investigación se centra en la evaluación de rasgos de personalidad en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo I y II para determinar factores de riesgo psicológicos asociados a esta enfermedad. El objetivo principal es identificar los rasgos de personalidad comunes en aquellas personas que padecen esta enfermedad crónica y reconocer la interacción de ellos, precisando el rol de las

emociones negativas, de las relaciones interpersonales, de la autopercepción y de la modulación afectiva tanto en el desencadenamiento como en el curso de la enfermedad.

Bajo esta perspectiva, se aplicaron instrumentos de reconocida trayectoria a nivel mundial en la evaluación de características y dinámicas de personalidad, como el Test de Rorschach, el Inventario de Personalidad NEO PI-R y el Cuestionario de Apego Adulto.

Los participantes de este estudio pertenecen a una muestra de nacionalidad española (N= 60) y otra chilena (N= 60), con una media de edad alrededor de los 49 años. Si se considera que la edad media de los participantes diabéticos se sitúa alrededor de esta edad, este tipo estudios adquiere mayor relevancia, pues en su mayoría se trata de personas diagnosticadas en el transcurso de una etapa de la vida productiva en diversos ámbitos. La Diabetes es una enfermedad compleja que requiere de cuidados que implican cambios sustanciales en el estilo de vida, los que de no llevarlos a cabo conllevan graves consecuencias y limitaciones a nivel individual, familiar y social, como la comorbilidad de otras enfermedades que empeoran aún más la calidad de vida y aumentan el riesgo de mortalidad.

La investigación sobre este tema se hace necesaria para evaluar en qué medida estos descubrimientos pueden favorecer tanto la prevención, como el tratamiento de esta enfermedad, y así contribuir, en alguna medida, al “bien-estar” personal y social, tanto de quienes padecen esta enfermedad, como y de quienes están predispuestos a desarrollarla.

Marco Teórico

I. Aspectos Generales sobre la Diabetes Mellitus.

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica que consiste un desorden metabólico caracterizado por la elevación crónica de glucosa en la sangre (hiperglucemia) y la alteración en el metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas. Estas perturbaciones son resultado de la insuficiente secreción de insulina, de la ineficacia del organismo para utilizarla, o de ambas. La insulina es una hormona cuya acción es el aumento en la captación de la glucosa en los músculos y tejido adiposo, por lo que en su ausencia total o parcial, la glucosa se acumula en la sangre ya que no puede ser eliminada a través de la orina (Amigo, 2003).

Los músculos obtienen la energía a través de las grasas y proteínas. Los procesos involucrados en ello incluyen la destrucción de las células beta del páncreas que provocan la deficiencia de insulina y otros procesos que causan la resistencia a la acción de la insulina. La disfunción en el metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas se debe, fundamentalmente, a la acción defectuosa de la insulina sobre el tejido blanco, lo que determina la insensibilidad o la carencia de insulina (World Health Organization, en adelante WHO, 1999).

Esta enfermedad puede presentar síntomas como sed, poliuria, visión borrosa y pérdida de peso. En formas más severas, la presencia de cetoacidosis o de estados hiperosmóticos no cetósicos puede conducir al estupor, coma, que en ausencia de tratamiento, puede llevar a muerte. Por lo general, los síntomas no son tan severos, y en ocasiones incluso pueden estar ausentes; sin embargo, esta aparente ausencia de síntomas tiene como consecuencia cambios funcionales y patológicos producto de la hiperglucemia, que estarían presentes mucho tiempo antes del diagnóstico de la enfermedad (WHO, 1999).

Uno de los aspectos relevantes de esta enfermedad son los efectos a largo plazo que ella implica, particularmente, las disfunciones y fallos en diversos órganos. Entre las enfermedades asociadas más frecuentes se encuentran la retinopatía con el peligro potencial de ceguera; la nefropatía que puede conducir al fallo renal; neuropatía con riesgo de úlceras en los pies, cuya consecuencia más grave es la amputación; lesiones de

Charcot en las articulaciones y algunos indicios de disfunción autonómica como disfunciones sexuales. Por otra parte, los pacientes con Diabetes tienen mayor probabilidad de presentar enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y periférico vasculares. Según los datos de la OMS (2011), se estima que un 50% de pacientes con Diabetes mueren por causa de cardiopatías y accidentes vasculares. Por otra parte, cerca del 2% de estos pacientes sufren ceguera total al cabo de 15 años de padecer la enfermedad y un 10% sufren un grave deterioro de la visión. Además, la Diabetes se encuentra entre las principales causas de insuficiencia renal y se estima que entre el 10 a 20% de los pacientes diabéticos mueren por esta causa. En cuanto a la neuropatía diabética, - lesión de los nervios a consecuencia de la Diabetes - afecta a un 50% de los pacientes, causando síntomas como hormigueo, dolor, entumecimiento o debilidad en los pies y las manos (WHO, 2011).

Es importante considerar que el desarrollo progresivo de estas complicaciones se asocia a un inadecuado manejo del tratamiento y a pobres medidas de autocuidado (Skinner, 2002).

1.1 Criterios Diagnósticos.

Los criterios diagnósticos establecidos por la Organización Mundial de la Salud, en adelante OMS, (WHO, 1999) se presentan en la Tabla 1. Estos criterios se basan en numerosos estudios realizados para establecer un punto de corte óptimo en los niveles de concentración de glucosa en el plasma (Finch, 1990; McCance, 1994; Elgelgau, 1997).

Tabla 1. Criterios Diagnósticos de la Diabetes según OMS.

A. Síntomas de Diabetes unida a un nivel de glucemia casual mayor o igual a 200 mg/dl (11,1 mmol/l). El término casual se define como cualquier momento del día sin importar el tiempo desde la última ingesta. Los síntomas clásicos de Diabetes contemplan poliuria, polidipsia y pérdida de peso inexplicada.
B. Presencia de glucosa plasmática en ayuno igual o mayor a 126 mg/dl (7mmol/l). El ayuno se define como la no ingesta de calorías en al menos 8 horas previas.
C. Presencia de glucosa plasmática a las 2 horas mayor o igual a 200 mg/dl (11,1 mmol/l) durante la prueba de tolerancia oral a la glucosa. Este test se realiza utilizando una carga equivalente a 75 g de glucosa anhidra disuelta en agua

Además, existe un grupo intermedio de pacientes cuyo nivel de glucemia no cumple los criterios anteriormente establecidos, que no obstante es demasiado elevado como para tomarlo como normal. Estos estados son definidos como estados pre-diabéticos y se describen de la siguiente forma:

- Glucemia en ayuno normal: menor a 110 mg/dl.
- Intolerancia a la glucosa: glucemia en ayuno mayor o igual a 110 mg/dl o menor a 126 mg/dl.
- Diagnóstico provisional de Diabetes: glucemia en ayuno mayor de 126 mg/dl. El diagnóstico debe ser confirmado como se describe más arriba. (WHO, 1999).

La detección de la enfermedad se realiza a través de mediciones de glucosa en el plasma, como la glucosa plasmática en ayunas (GPA) o luego de la ingestión de una solución de glucosa concentrada, conocida como prueba de tolerancia oral a la glucosa (OGTT). Esta última es más sensible al diagnóstico de intolerancia a la glucosa deteriorada y a la Diabetes Mellitus, pero es menos conveniente y menos reproducible.

En la práctica, la Diabetes Mellitus o las disfunciones en la regulación de la glucosa en ayunas se diagnostica mediante el uso de medidas aleatorias de glucosa en el plasma o Hemoglobina Glucosilada (HbA_{1c}) que señala los niveles de glucosa durante los últimos 2 ó 3 meses, por lo que se incluye en el diagnóstico de la enfermedad (ver tabla 2) (Merck Manual, 2011).

Tabla 2. Criterios diagnósticos de HbA_{1c} para la Diabetes Mellitus (Adaptado de Merck Manual, 2011).

HbA _{1c} 5,7 a 6,4%	Pre-diabetes o en riesgo de DM
HbA _{1c} ≥ 6,5%	Diabetes Mellitus

1.2 Epidemiología.

Se estima que las enfermedades crónicas, como la Diabetes, fueron causa de 36 millones de muertes en el año 2008 en todo el mundo, y cuyas causas principales comprenden, principalmente, una alimentación poco saludable, el sedentarismo, la obesidad y el sobrepeso, entre otros factores (Estadísticas Sanitarias Mundiales OMS, 2011).

Es difícil precisar las tasas de prevalencia e incidencia de la Diabetes Mellitus debido a las discrepancias metodológicas de los estudios epidemiológicos (Amigo, 2003); no obstante, se reconoce un incremento significativo en sociedades desarrolladas. De acuerdo a los datos entregados por la OMS según estudios realizados (Wild, 2004) se estima que actualmente existen más de 180 millones de personas en el mundo que padecen Diabetes, y es probable que para el año 2030 esta cifra aumente a cerca de 366 millones, es decir, un aumento en más del 50%.

Por otra parte, se cree que a nivel mundial, las muertes en el año 2004 por causa de la Diabetes bordearon los 1,1 millones, aunque esta cifra puede estar subestimada, ya que en muchos pacientes con Diabetes la causa subyacente de la muerte que se registra es la cardiopatía o la insuficiencia renal. En este sentido, al considerar las muertes a las que ha contribuido la Diabetes, las cifras indican que cada año se producen aproximadamente 2,9 millones de muertes atribuibles a la Diabetes (Wild, 2004).

Cerca del 50% de las muertes por Diabetes suceden en pacientes menores de 70 años, siendo más de la mitad mujeres. Así también, el 80% de las muertes se registran en países de ingresos bajos o medios y se prevé que los decesos aumentarán dentro de los próximos 10 años en un 50% si no se toman las medidas necesarias de intervención.

Es más, se pronostica que entre los años 2006 y 2015 las muertes por esta enfermedad aumentarán en más de un 80% en países de ingresos medios altos (Wild, 2004).

Particularmente en Chile, el Estudio Nacional de Prevalencia de Diabetes del año 2006 estimó que la prevalencia de Diabetes Mellitus es del 7,5%. La tasa de mortalidad para el año 2005 originada por esta enfermedad fue del 3,9%, de acuerdo a los datos recogidos por el Ministerio de Salud, cifra que ha ido en aumento en los últimos 15 años, siendo la población comprendida entre los 45 y 79 años la más afectada.

Por otra parte, de acuerdo a los datos obtenidos por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2005), la mortalidad por Diabetes Mellitus en la Unión Europea descendió durante la última década del siglo XX. Específicamente, los datos actuales indican que el índice de mortalidad por cada 100 mil habitantes en España es del 22,7% (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2009) y en la Encuesta Nacional de Salud del año 2006 (Ministerio de Sanidad, Política Social y Consumo, 2006) el 6,3% de la población había sido diagnosticada de Diabetes, cifra que aumentó si es comparada con la encuesta del año 1993 que indicaba sólo el 4,1% de la población.

1.3 Clasificación y Etiopatogenia.

Sin tomar en cuenta la etiología de la Diabetes, esta enfermedad se mueve a través de diversos escenarios clínicos en el curso de su evolución natural; es decir, los sujetos que padecen Diabetes pueden pasar de un estado a otro en cualquier dirección. De este modo, la enfermedad puede ser clasificada según sus características clínicas, incluso sin contar con la información necesaria a la etiología subyacente (Kuzuya, 1997).

En este contexto, la clasificación actual se basa en los tipos etiológicos, debido al mayor conocimiento y comprensión de las causas de la Diabetes Mellitus. La OMS (1999) recomienda el desuso de los términos antes consignados como Diabetes Mellitus Insulino Dependiente (IDDM) y Diabetes Mellitus No Insulino Dependiente (NIDDM)

pues generalmente traen confusión pues la clasificación se hace en base al tratamiento y no a la patogénesis. Así mismo, los términos que describen la edad de inicio tampoco son precisos debido a que, en muchas ocasiones, existe una superposición en los grupos etarios (Merck Manual, 2011).

Tal como lo indica la tabla 3, existen diversos tipos de Diabetes; sin embargo, para efectos de esta investigación nos centraremos en la Tipo I y Tipo II, debido fundamentalmente a su epidemiología.

Tabla 3. Tipos Etiológicos de Diabetes.

Tipo I	Diabetes Mellitus Autoinmune Idiopática
Tipo II	Predominantemente Insulino Resistente con deficiencia relativa a la Insulina. Predominantemente con Defecto en la Secreción de Insulina con/sin Insulino Resistencia.
Otros Tipos	Defecto Genético en la Función de las Células Beta. Defecto Genético en la Acción de la Insulina. Enfermedad Exocrina del Páncreas Endocrinopatías Diabetes Inducida por Drogas o Sustancias Químicas. Infecciones. Diabetes Mellitus Mediatizada por Enfermedad Inmunológica

1.3.1 Tipo I. Diabetes Insulinodependiente.

Es el tipo antes conocido como Diabetes insulinodependiente o de inicio en la infancia; no obstante, puede desarrollarse también en la vida adulta. Este tipo de diabetes representa entre el 10 al 15% de los casos con Diabetes Mellitus y se identifica clínicamente por hiperglucemia y la tendencia a la cetoacidosis diabética (CAD), (Manual Merck, 1999).

En las personas con Diabetes tipo I existe una destrucción selectiva de las células β , secretoras de insulina, que se encuentra mediada por la inmunidad y basada en aspectos genéticos. Los islotes pancreáticos desarrollan insulitis, que consiste en una

infiltración de linfocitos T, junto con macrófagos y linfocitos B y la pérdida de la mayor parte de las células β , sin que afecten las células α que producen glucagón. Las células que median los mecanismos inmunitarios son el principal agente destructor de las células β . Los anticuerpos, presentes en el momento del diagnóstico, se vuelven indetectables con los años, y pueden ser una respuesta a la destrucción de las células β . Si bien los signos clínicos de la Diabetes tipo I pueden presentarse años después del inicio del proceso autoinmune, el hallazgo de estos anticuerpos se ha incluido en los estudios preventivos (Merck Manual, 2011).

En algunos casos, principalmente en niños y adolescentes, el primer síntoma que puede presentarse es la cetoacidosis (Japan and Pittsburgh Childhood Diabetes Research Groups, 1985), que consiste en la acumulación de subproductos del metabolismo de las grasas (cetonas) en la sangre que se vuelve más ácida que los tejidos del organismo, por lo que el hígado produce glucosa aumentando sus niveles en la sangre por sobre los 300mg/dl como medida para combatir el problema; sin embargo, las células son incapaces de absorber la glucosa sin la presencia de insulina (Servicio de la Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU, 2006).

1.3.1.1 Etiología.

Tal como fue mencionado, la Diabetes Mellitus tipo I se caracteriza por procesos de destrucción autoinmune de las células betas del páncreas provocada, probablemente, por una exposición ambiental en personas genéticamente susceptibles y que conducen a la necesidad de insulina exógena para sobrevivir (Merck Manual, 2011).

La destrucción de las células beta se debe a la presencia de anticuerpos de ácido glutámico descarboxilasa (GAD), anticuerpos de células islotes o anticuerpos de insulina que identifican procesos autoinmunes. La progresión en la destrucción de células beta puede ser variable (Zimmet, 1994). De esta manera, el avance rápido generalmente se observa en niños, aunque también puede ocurrir en adultos; por otro lado, la progresión lenta es más común en adultos y en ocasiones es referida como Diabetes autoinmune latente.

La patogénesis de la destrucción autoinmune de las células beta implica interacciones, no del todo comprendidas, entre la susceptibilidad genética, autoantígenos y factores ambientales.

La predisposición genética involucra los genes que se encuentran en el complejo mayor de histocompatibilidad (CMH)¹, específicamente HLA-DR3, DQB1*0201 y HLA-DR4, DQB1*0302 presentes en más del 90% de los pacientes con Diabetes tipo I, junto con aquellos genes que están fuera del CMH que regulan la producción y el procesamiento de insulina; en otras palabras, la interacción conjunta confiere el riesgo de desarrollar Diabetes tipo I (Merck Manual, 2011).

Así, por ejemplo, en poblaciones de raza blanca existe una asociación significativa entre el diagnóstico de Diabetes tipo I antes de los 30 años y los fenotipos HLA-D específicos (HLA-DR3, HLA-DR4 y HLA-DR3/HLA-DR4). Particularmente, se estima que los genes que involucran la susceptibilidad a desarrollar esta enfermedad se ubican en el locus HLA-D, o adyacente de él, en el cromosoma 6 (Manual Merck, 1999).

En cuanto a los factores ambientales, aunque pobremente definidos, en el desarrollo de Diabetes tipo I (Servicio de la Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU, 2006), se cree que pueden ser virus como el de la rubeola, de la parotiditis, virus Coxsackie, citomegalovirus, virus de Epstein-Barr y retrovirus. Estos pueden infectar directamente destruyendo las células β ; o indirectamente, donde esta destrucción se realiza a través de la exposición de autoantígenos y la activación de linfocitos autorreactivos, que estimulan la respuesta inmune u otros mecanismos.

¹ El complejo mayor de histocompatibilidad (CMH) se trata de una familia de genes que se encuentra en el brazo corto del cromosoma 6 y que constituyen el sistema HLA (Human Leukocyte Antigen), fundamental en la defensa inmunológica. Así mismo, la región del brazo corto del cromosoma 6 contiene la información de ciertas glucoproteínas de la membrana plasmática que se relacionan en los mecanismos de presentación y procesamiento de antígenos y linfocitos T, así como también, de citocinas y proteínas del sistema del complemento trascendentales en la respuesta inmunológica. (Merck Manual, 2011)

La dieta puede ser otro factor, pues la exposición de lactantes a productos lácteos (como la leche de vaca y la proteína de la leche β caseína), nitratos en el agua potable y bajo consumo de vitamina D se han asociado a un mayor riesgo de desarrollar Diabetes tipo I. Por último, pese a que los mecanismos involucrados no están claros, se cree que el gluten y los cereales aumentarían la producción de anticuerpos en las células islote (Merck Manual, 2011).

Cabe mencionar que existe otro tipo de pacientes que presenta características similares a las descritas anteriormente, como la dependencia a la insulina y la predisposición a desarrollar cetoacidosis, pero sin evidencia de desorden autoinmune. Se trata de la llamada Diabetes *Tipo I Idiopática* y su etiología es aún desconocida.

1.3.2 Tipo II. Diabetes No Insulino-Dependiente.

Es la forma más común y corresponde a la antigua denominación de Diabetes no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta. Se caracteriza por un desorden en la secreción y/o acción de la insulina, por lo que las personas con este tipo de Diabetes presentan hiperglucemia y son resistentes a la acción de la insulina, pero en su mayoría no necesitan un tratamiento con insulina para vivir (WHO, 2003).

Con frecuencia, este tipo de Diabetes es diagnosticada en forma tardía debido a que la hiperglucemia no llega a ser lo suficientemente grave para provocar síntomas; esto aumenta las probabilidades de desarrollar complicaciones macro y microvasculares.

En la actualidad, se cree que existen diferentes mecanismos involucrados en el desencadenamiento de esta enfermedad, aunque la etiología específica aún es desconocida y es probable que en el futuro, el número de personas disminuya al identificar tanto los procesos patogénicos específicos como los defectos genéticos que permitan distinguirlos y hacer una clasificación más precisa.

Uno de los aspectos relevantes en este tipo de Diabetes es que está asociado a la obesidad (visceral/abdominal), siendo una causa agravante de la resistencia a la

insulina. Aun así, es poco usual que presenten cetoacidosis, y de darse esta situación, está relacionada con el aumento del estrés, la aparición de infecciones u otras enfermedades (Manual Merck, 1999).

Los escenarios clínicos que pueden presentarse son variados. Si bien, algunos pacientes pueden tener niveles de insulina normales o elevados, la alta concentración de glucosa en la sangre puede ser esperada como resultado de valores de insulina mayores, pese a mantener la función de células beta normal. Así, la secreción de insulina es defectuosa e insuficiente para compensar la resistencia a la insulina. En otras personas, la acción de la insulina es normal, pero aumenta en forma notoria la secreción de insulina (WHO, 1999). La sensibilidad a la insulina puede aumentar mediante la reducción de peso, el aumento de actividad física y/o tratamiento farmacológico para la hiperglucemia, aunque no la restaura a niveles normales.

Por último, entre los factores que aumentan el riesgo de desarrollar Diabetes tipo II se encuentran la edad, la obesidad y la falta de actividad física. Además, este riesgo se incrementa aún más en mujeres que han padecido Diabetes gestacional, personas con hipertensión o dislipidemia; también se asocia a una predisposición genética, aunque para este tipo de Diabetes este aspecto todavía no está claramente definido (WHO, 2003).

1.3.2.1 Etiología.

Si bien existen claros indicios de determinantes genéticos en la Diabetes tipo II, que se basan en la alta prevalencia de la enfermedad en determinados grupos étnicos (indios americanos, hispanos y asiáticos) y en familiares de personas con la enfermedad, y que se han identificado varios polimorfismos genéticos, se ha identificado más de un gen responsable de la forma más común de Diabetes tipo II (Merck Manual, 2011).

La patogenia de este tipo de Diabetes es compleja y aún no se comprende cabalmente. La hiperglucemia es producto del deterioro de la respuesta secretora de insulina a la glucosa y a la disminución de la eficacia de la insulina en el estímulo de la

captación de glucosa por el músculo y en la disminución de la producción hepática de glucosa (resistencia a la insulina). La resistencia a la insulina propia de este tipo de Diabetes no tiene su origen en una disfunción genética en el receptor de insulina o en el transportador de glucosa; no obstante, los efectos intracelulares posreceptor, establecidos genéticamente, representan una función. Por tanto, la hiperinsulinemia que resulta de ello, puede producir otros trastornos como la obesidad, hipertensión, hiperlipidemia y arteriopatía coronaria, lo que se conoce como síndrome de resistencia a la insulina (Manual Merck, 1999).

Previo al desarrollo de la enfermedad, los pacientes pierden la respuesta secretora inicial de insulina a la glucosa, pudiendo liberar grandes cantidades de proinsulina. Una vez establecida este tipo de Diabetes, si bien los niveles de insulina en el plasma en ayunas pueden ser normales o aumentados, la secreción de insulina estimulada por la glucosa está disminuida. Lo anterior provoca la disminución en la captación de glucosa mediada por la insulina y deja de inhibir la producción de glucosa hepática.

La hiperglucemia puede alterar la secreción de insulina debido a que altos niveles de glucosa desestabilizan las células β , provocan disfunción en las células β , o ambas. Estos cambios, generalmente, demoran años en desarrollarse en presencia de resistencia a la insulina (Merck Manual, 2011). Por tanto, la hiperglucemia no sólo es una consecuencia, sino que también implica un deterioro mayor de la tolerancia a la glucosa en las personas diabéticas, pues baja la sensibilidad a la insulina y aumenta la producción de glucosa en el hígado.

En la resistencia a la insulina de la Diabetes tipo II son trascendentales la obesidad y el peso, que pueden tener determinantes genéticos, pero que señalan además, la dieta, el ejercicio y el estilo de vida. La relevancia de esto es que el tejido adiposo eleva los niveles de ácidos grasos libres en el plasma pudiendo afectar el transporte de glucosa estimulada por la insulina y la actividad muscular de glucógeno sintasa². Por

² Glucógeno sintasa: enzima que participa en la síntesis de glucógeno (Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU, 2011).

otra parte, el tejido adiposo libera factores múltiples (adipocitoquinas) que pueden influir positivamente en el metabolismo de la glucosa – como la adiponectina -, o bien, negativamente como es el caso del factor de necrosis tumoral α , IL-6, leptina y resistina. Por último, la inhibición en el crecimiento intrauterino y el bajo peso al nacer se han asociado al desarrollo de resistencia a la insulina en la adultez como factores ambientales prenatales en el metabolismo de la glucosa (Merck Manual, 2011).

Tabla 4. Características Generales de Diabetes Mellitus Tipo I y II. (Tomado de Merck Manual, 2011)

Característica	DM tipo I	DM tipo II
Edad de inicio	< 30 años.	> 30 años.
Obesidad asociada	No	Muy frecuente
Tendencia a la cetoacidosis con tratamiento con insulina para controlarla	Sí	No
Secreción de insulina endógena	Niveles plasmáticos de insulina y péptido C extremadamente bajos o indetectables.	Niveles de secreción de insulina significativos, pero variables. Bajos comparados con los niveles plasmáticos de glucosa, acompañados de resistencia a la insulina.
Concordancia en gemelos	$\leq 50\%$	> 90%
Asociación a antígenos HLA-D específicos	Sí	No
Anticuerpos a las células de los islotes en el diagnóstico	Sí	No
Patología de los islotes	Insulinitis, pérdida selectiva de las células β	Islotes más pequeños y de aspecto normal; depósitos de amiloide frecuentes.
Riesgos asociados de retinopatía, nefropatía y vasculopatía aterosclerótica coronaria y vascular en población occidental	Sí	Sí
La hiperglucemia responde a las sulfonilureas.	No	Sí, inicialmente.

1.4 Síntomas y Signos.

Tal como fue mencionado en párrafos anteriores, el síntoma más usual de la Diabetes Mellitus es la hiperglucemia, que trae consigo una serie de sintomatología asociada como la diuresis osmótica provocada por la glucosuria, aumentando la frecuencia urinaria, poliuria, polidipsia y que puede evolucionar a la hipotensión ortostática y deshidratación. Producto de la deshidratación se origina un estado de fatiga física y mental. De acuerdo a la fluctuación en el plasma de los niveles de glucosa, los síntomas pueden variar (Merck Manual, 2011).

Otros síntomas asociados a la hiperglucemia son la pérdida de peso, náuseas y vómitos, visión borrosa y puede predisponer a infecciones bacterianas o fúngicas. Es usual que las personas con Diabetes tipo I presenten hiperglucemia sintomática, y en ocasiones, acompañada de cetoacidosis diabética³. Algunos de estos pacientes pueden presentar una fase donde los niveles de glucosa son casi normales ya que existe una recuperación parcial en la producción de insulina (Manual Merck, 1999).

Las personas con Diabetes tipo II también pueden presentar hiperglucemia sintomática, pero por lo general son asintomáticos. Por tal motivo, ciertos pacientes presentan como primer síntoma alguno de los tipos de complicaciones diabéticas; ello hace suponer un cierto desarrollo de la enfermedad. Por otra parte, existe un número de pacientes que en el inicio de la enfermedad se desencadena un coma hiperosmótico no cetósico⁴, particularmente en periodos de estrés o cuando el metabolismo de la glucosa se altera por drogas, como corticoesteroides.

³ Se produce cuando el cuerpo no puede utilizar la glucosa como fuente de energía, debido a que no hay insulina o ésta es insuficiente, empleando la grasa para obtener energía. Los subproductos del metabolismo de las grasas, llamados cetonas, se acumulan en la sangre y la orina. En niveles altos, las cetonas son tóxicas. Esta afección se denomina cetoacidosis. Los niveles de glucemia se elevan, generalmente por encima de los 300 mg/dL, debido a que el hígado produce glucosa para tratar de combatir el problema; sin embargo, las células no pueden absorber esa glucosa sin la insulina (Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU, 2011).

⁴ Se caracteriza por un déficit relativo de insulina y resistencia a la insulina, que origina hiperglucemia, diuresis osmótica, deshidratación y una situación de hiperosmolaridad secundaria. Es una situación que puede darse también en la diabetes insulino-dependiente cuando hay cantidad suficiente de insulina para evitar la cetosis pero no para controlar la glucemia. (Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU, 2011).

1.5 Complicaciones de la Enfermedad.

Uno de los mayores riesgos de mala adherencia al tratamiento en la Diabetes Mellitus, como la hiperglucemia mal controlada, es el desarrollo de múltiples complicaciones como afecciones macro y/o microvasculares. El origen de la enfermedad vascular es la glicosilación⁵ de las proteínas del suero y el tejido con formación de productos avanzados de glicación⁶, la producción de superóxido, la activación de la proteína quinasa C - que aumenta la permeabilidad vascular y causa disfunción endotelial -, la hipertensión y la dislipidemia. Así también los microtrombos arteriales, los efectos proinflamatorios y protrombóticos de la hiperglucemia y la hiperinsulinemia alteran la autorregulación vascular. Por último, la disfunción del sistema inmune es otra complicación importante que se desencadena por los efectos directos de la hiperglucemia en la inmunidad celular. (WHO, 1999).

1.5.1 Enfermedad Microvascular Coronaria.

La enfermedad microvascular consiste en el estrechamiento o vasoconstricción de los vasos sanguíneos pequeños del cuerpo. El efecto directo es que puede ocasionar un daño en la salud de la piel, por lo que las lesiones leves pueden convertirse en úlceras profundas que pueden infectarse con facilidad, especialmente en las extremidades inferiores (Merck Manual, 2011).

⁵ Proceso químico en el que se adiciona un glúcido (molécula orgánica compuesta por carbono, hidrógeno y oxígeno) a otra molécula, llamada aceptor, que puede ser, entre otras, proteica o lipídica (Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU, 2011).

⁶ Se trata de la modificación postraduccional (cambio químico ocurrido en la proteína después de su síntesis y que ocurren mediante cambios químicos de los aminoácidos que constituyen las proteínas) permanente de los grupos aminode las proteínas por la acción de azúcares reductores. También afecta a lípidos y ácidos nucleicos. La acción de los azúcares reductores produce alteraciones permanentes, altera sus características físicas y su función biológica (Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU, 2011).

Los síntomas más usuales y devastadores asociados a la Diabetes Mellitus son:

a) Retinopatía Diabética.

Es una de las causas más importantes de ceguera, siendo particularmente grave en pacientes con Diabetes tipo I, aunque también es frecuente en pacientes con Diabetes tipo II de larga evolución.

En su fase inicial, se caracteriza por microaneurismas capilares en la retina, y en sus fases siguientes, por edema macular y neovasvularización⁷. No existe evidencia de los primeros síntomas o signos; no obstante, con el tiempo se produce dificultad para enfocar, el desprendimiento del humor vítreo o de la retina y la pérdida de la visión parcial o total. El diagnóstico se realiza a través de un examen de retina y su tratamiento es la fotocoagulación con láser de argón o vitrectomía (Merck Manual, 2011).

b) Nefropatía Diabética.

Es una de las principales causas de insuficiencia renal. Consiste en el engrosamiento de la membrana basal glomerular, la expansión mesangial y la esclerosis glomerular. Estas modificaciones fisiológicas producen hipertensión glomerular y una progresiva disminución de la Tasa de Filtración Glomerular (TFG); además, la hipertensión arterial sistémica puede acelerar la progresión.

Por lo general, la enfermedad es asintomática hasta el desarrollo del síndrome nefrótico o de la insuficiencia renal. El diagnóstico se realiza mediante la detección de albumina⁸ en la orina en una concentración de 30 a 300 mg/24h. Su tratamiento indica

⁷ Formación de nuevos vasos sanguíneos (Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU, 2011).

⁸ Es una proteína que se encuentra en gran cantidad en el plasma sanguíneo, siendo la principal proteína de la sangre y a su vez la más abundante en el ser humano. Es sintetizada en el hígado. La albúmina es fundamental para el mantenimiento de la presión osmótica, para la distribución correcta de los líquidos corporales entre el compartimento intravascular y el extravascular, localizado entre los tejidos. La

un control exhaustivo de la glucemia y de la presión arterial. Además, frente al primer indicio de microalbuminuria, o antes, se recomienda tratar la hipertensión con un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina, un antagonista de receptores de angiotensina II, o ambos con el propósito disminuir la presión arterial y proteger el sistema renal (Merck Manual, 2011).

c) Neuropatía Diabética.

Este síndrome consiste en el déficit sensitivo, debilidad y atrofia muscular, disminución de los reflejos tendinosos profundos y síntomas vasomotores, aislados o en combinación (WHO, 1999).

Se origina por la isquemia del nervio debido a la enfermedad microvascular, los efectos directos de la hiperglucemia en las neuronas y cambios en el metabolismo intracelular que menoscaban la función nerviosa (Merck Manual, 2011). Existen varios tipos:

- Polineuropatía Simétrica.

Afecta los pies y las manos distales y se manifiesta como parestesias, disestesias o una pérdida indolora del sentido del tacto, la vibración, la propiocepción o la temperatura. En las extremidades inferiores, estos síntomas pueden conducir a lesiones en el pie debido a zapatos mal ajustados o por sobrepeso, lo que a su vez puede traer como consecuencia ulceraciones e infecciones en los pies, fracturas, luxaciones o deterioro en la arquitectura normal del pie (articulaciones de Charcot).

albúmina tiene carga eléctrica negativa. La membrana basal del glomérulo renal también está cargada negativamente, esto impide la filtración glomerular de la albúmina a la orina. En el síndrome nefrótico, esta propiedad es menor, y se pierde gran cantidad de albúmina por la orina (Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU, 2011).

La neuropatía de fibras pequeñas presenta dolor, entumecimiento y pérdida de la sensibilidad a la temperatura, conservando el sentido de posición y vibración. Estos pacientes son más vulnerables a las úlceras del pie y la degeneración de la articulación neuropática, siendo mayor la incidencia de la neuropatía autonómica.

En cuanto a la neuropatía de fibras grandes, lo característico es la debilidad muscular, pérdida de la vibración, del sentido de posición y de los reflejos tendinosos profundos. Por tanto, es usual una atrofia de los músculos intrínsecos de los pies y su caída (Merck Manual, 2011).

- Neuropatía Autonómica.

Se trata de un grupo de síntomas que ocurren cuando hay daño a los nervios que controlan funciones corporales cotidianas como la presión arterial, la frecuencia cardíaca, la evacuación de los intestinos y de la vejiga y la digestión (Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU, 2011). Esto puede provocar hipotensión ortostática, intolerancia al ejercicio, taquicardia en reposo, disfagia, náuseas y vómitos, estreñimiento y diarrea, incontinencia fecal, retención urinaria, incontinencia, disfunción eréctil, eyaculación retrógrada y disminución en la lubricación vaginal (Merck Manual, 2011).

- Radiculopatía.

Consiste en la pérdida o disminución de la función sensitiva o motora de una raíz nerviosa que se encuentra distribuida en el área en que se ubica una raíz o nervio dorsal de la médula espinal (Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU, 2011).

Frecuentemente afectan la porción proximal de L2 a L4 de las raíces de los nervios espinales, provocando dolor, debilidad y atrofia de las extremidades inferiores (amiotrofia diabética); o bien, la T4 proximal a través de las raíces nerviosas T12, causando dolor abdominal (polirradiculopatía torácica) (WHO, 2011).

- Neuropatía Craneal.

Cuando existe una disfunción en el tercer nervio craneal, se puede producir una caída del párpado superior (ptosis), visión doble (diplopía) y asimetría en el tamaño de las pupilas (anisocoria); cuando la disfunción afecta el cuarto o sexto nervio craneal causa parálisis motora (Merck Manual, 2011).

- Mononeuropatía.

Consiste en el daño de un solo nervio o de un grupo de nervios produciendo pérdida del movimiento, sensibilidad u otra función de ese nervio (Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU, 2011).

Pueden causar debilidad y entumecimiento de los dedos (nervio mediano) o la caída del pie (nervio peroneo). Otra de sus manifestaciones es la compresión del nervio que puede generar el síndrome del Túnel Carpiano. También puede afectar varios lugares al mismo tiempo, causando mononeuritis múltiple.

Por lo general, tienden a aquejar a personas de mayor edad y disminuye espontáneamente durante meses; no obstante, esto no suele ocurrir con los trastornos nerviosos por compresión (Merck Manual, 2011).

La mayoría de las complicaciones microvasculares pueden retrasarse o prevenirse mediante un control estricto de la glucemia; es decir, consiguiendo niveles de glucosa en ayunas y posprandiales próximos a la normalidad, que se reflejan en concentraciones casi normales de hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}).

1.5.2 Enfermedad Macrovascular Coronaria.

Producto de la hiperinsulinemia, la hiperglucemia y la dislipidemia, en especial cuando se mantiene por años, se origina una aterosclerosis de los grandes vasos, que consiste en el endurecimiento de las arterias, originado por la acumulación de grasa,

colesterol y otras sustancias en las paredes de las arterias, formando estructuras duras llamadas placas (Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU, 2011).

Las manifestaciones características son la angina de pecho e infarto al miocardio, los ataques isquémicos transitorios e infartos y la enfermedad arterial periférica. El diagnóstico se realiza a través de la historia y exámenes. Su tratamiento implica el riguroso control de los factores de riesgo como la normalización de la glucemia, los lípidos y la presión arterial, junto con el abandono del tabaco, la ingesta diaria de aspirina y los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA). A diferencia de la enfermedad microvascular, el control intensivo de glucosa por sí solo no es eficaz como medida preventiva (Merck Manual, 2011).

1.5.3 Cardiomiopatía.

La cardiomiopatía es producto de un debilitamiento o cambio en el músculo cardíaco (miocardio), aumentando el tamaño del corazón o volviéndose grueso y rígido, lo que genera que el corazón no bombee tan bien como debiera u otros problemas de la actividad cardíaca (Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU, 2011).

Se cree que la cardiomiopatía diabética es resultado de múltiples factores, como la aterosclerosis epicárdica, la hipertensión e hipertrofia ventricular izquierda, la enfermedad microvascular, la disfunción endotelial y autonómica, la obesidad y otros trastornos metabólicos. Los pacientes pueden desarrollar insuficiencia cardíaca debido a la alteración en la presión sistólica y diastólica del ventrículo izquierdo, y en especial después de sufrir un infarto al miocardio (Merck Manual, 2011).

1.5.4 Infección.

El deficiente control de la glucemia aumenta el riesgo de infección por hongos y bacterias, ya que la hiperglucemia y los déficit circulatorios originados por la hiperglucemia crónica disminuyen la inmunidad celular (afectan la función de granulocitos y células T) (Manual Merck, 1999).

Por tal motivo, suelen ser frecuentes las infecciones cutáneas periféricas, las aftas orales y vaginales. En su primera fase puede ser una infección micótica que conduce a lesiones interdigitales, grietas, fisuras y ulceraciones exudativas que favorecen una invasión bacteriana secundaria (WHO, 1999).

En ocasiones, a raíz de una neuropatía, los pacientes con úlceras de pie infectadas no sienten dolor y no desarrollan síntomas sistémicos hasta una fase siguiente con una evolución más compleja. Las úlceras profundas requieren hospitalización inmediata, pues existe el riesgo de toxicidad sistémica e incapacidad permanente. El desbridamiento quirúrgico temprano es una parte esencial del tratamiento, y otras veces la amputación es imprescindible (Manual Merck, 1999).

1.5.5 Otras Complicaciones.

La enfermedad vascular, la neuropatía y la inmunosupresión relativa pueden originar otras complicaciones del pie diabético que son frecuentes, como cambios en la piel, ulceración, infección y gangrena (Merck Manual, 2011).

Por otra parte, se cree que existe un mayor riesgo de padecer ciertas enfermedades reumatológicas, como infarto muscular, síndrome del túnel carpiano, contractura de Dupuytren⁹, capsulitis adhesiva¹⁰ y esclerodactilia¹¹ en pacientes con Diabetes Mellitus.

También pueden desarrollar enfermedades oftalmológicas relacionadas con la retinopatía diabética (cataratas, glaucoma, abrasiones de la córnea, la neuropatía óptica), enfermedades hepatobiliares (por ejemplo, la enfermedad de hígado graso no

⁹ Consiste en la retracción de la palma de la mano, con la consiguiente flexión fija de algunos dedos. Comienza con un engrosamiento de la piel, pudiéndose convertir en un bulto duro o banda gruesa (Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU, 2011).

¹⁰ Pérdida de la capacidad para mover el hombro en todas las direcciones, sin dolor (Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU, 2011).

¹¹ Deformidad musculoesquelética que afecta a las manos. Los dedos están fijos en una posición de semiflexión, con la piel muy tirante sobre la muñeca (Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU, 2011).

alcohólico, cirrosis, cálculos biliares) y enfermedades dermatológicas (tiña, úlceras en las extremidades inferiores, dermatopatía diabética¹², necrobiosis lipóidica diabética¹³, la esclerosis sistémica, vitíligo, granuloma anular¹⁴, acantosis nigricans¹⁵ [un signo de resistencia a la insulina]). Por último, a depresión y la demencia también se encuentran asociadas a la Diabetes Mellitus (Merck Manual, 2011).

1.5.6 Detección de las complicaciones.

Es recomendable que los pacientes con Diabetes tipo I comiencen la revisión de las complicaciones diabéticas una vez cumplidos los 5 años después del diagnóstico; así mismo, los pacientes con Diabetes tipo II, las revisiones deben comenzar al momento del diagnóstico (WHO, 1999).

La detección de las complicaciones típicas incluyen el examen de los pies, fondo de ojo, pruebas de orina para proteinuria y microalbuminuria, la medición de la creatinina sérica y el perfil lipídico.

Es importante examinar los pies al menos una vez al año para detectar signos característicos de la neuropatía periférica, como el sentido de la presión, la vibración, el dolor o la temperatura. Por otra parte, se hace necesaria la inspección frecuente de piel y pies para localizar agrietamiento de la piel y signos de isquemia, tales como ulceraciones, infecciones, gangrena, hongos en las uñas, entre otros (Merck Manual, 2011).

¹² Son máculas hiperpigmentadas atróficas localizadas en la tibia (Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU, 2011).

¹³ Se caracteriza por una dermatitis granulomatosa crónica idiopática, que afecta física y psíquicamente al paciente (Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU, 2011).

¹⁴ Es una enfermedad crónica de la piel que consiste en una erupción con tumoraciones rojizas dispuestas en un círculo o anillo (Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU, 2011).

¹⁵ Se caracteriza por la presencia de hiperqueratosis e hiperpigmentación (lesiones de color gris - parduzco y engrosadas, que dan un aspecto verrucoso y superficie aterciopelada) en los pliegues cutáneos perianales y de las axilas (Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU, 2011).

Quienes padecen retinopatía deben realizarse un fondo de ojo por un oftalmólogo en forma anual; y quienes no la tienen, cada 3 años. Además, para evaluar la función renal, la indicación es un análisis anual para detectar proteinuria o microalbuminuria y creatinina sérica (Merck Manual, 2011).

Por último, el perfil lipídico debe realizarse al menos una vez al año, y en caso de alteraciones, en forma periódica. Según el criterio de muchos médicos, los análisis debieran considerar un electrocardiograma basal y la evaluación de la presión arterial en cada examen.

1.6 Tratamiento.

El principal objetivo del tratamiento es el control de la hiperglucemia para aliviar los síntomas, prevenir las complicaciones y reducir al mínimo los episodios de hipoglucemia.

Las metas del control glucémico son mantener los niveles de glucosa entre 80 y 120 mg/dL durante el día; entre 100 y 140 mg/dL antes de dormir y los niveles de hemoglobina glucosilada bajo el 7%. En pacientes frágiles, en quienes experimentan hipoglucemias repetidas y en quienes no pueden comunicar la presencia de estos síntomas (por ejemplo, niños, jóvenes) es recomendable ajustar estas metas (Merck Manual, 2011).

Los aspectos clave en el tratamiento de todo paciente diabético son la educación sobre la enfermedad, el asesoramiento dietético, la actividad física y el seguimiento de control de la glucosa.

Todos los pacientes con Diabetes tipo I requieren insulina. En cambio, para los pacientes con diabetes tipo II la prescripción es dieta, ejercicio, seguido de un fármaco antidiabético oral único (si los cambios de estilo de vida son suficientes para el control en los niveles de glucosa), oral adicionales según sea necesario (terapia combinada), y

la insulina cuando dos o más fármacos orales no son eficaces para alcanzar las metas recomendadas (Merck Manual, 2011).

La insulina también se indica como tratamiento inicial para las mujeres embarazadas con Diabetes tipo II y para los pacientes que se presentan con descompensación metabólica aguda, como el síndrome hiperosmolar no cetónico (NKHS) o cetoacidosis diabética (CAD). Los pacientes con hiperglucemia severa (glucosa plasmática > 400 mg / dl) pueden responder mejor a la terapia oral después de normalizar los niveles de glucosa con un breve período de insulina. Los pacientes con alteraciones en la regulación de glucosa deben recibir orientación frente al riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus, enfatizando la importancia de los cambios en el estilo de vida para su prevención (Merck Manual, 2011).

1.6.1 Educación del Paciente.

Existen programas formales de educación en diabetes, que por lo general son realizados por las enfermeras especialistas en diabetes y nutrición. Educar sobre las causas de la Diabetes Mellitus, la dieta, el ejercicio, los fármacos, cómo realizar el auto-monitoreo con las pruebas de punción en el dedo, sobre los signos y síntomas de la hipoglucemia, la hiperglucemia y complicaciones de la diabetes, y sobre el uso de medicamentos e insulina es fundamental para optimizar el cuidado. La educación debe ser reforzada en cada visita al médico y en caso de hospitalización.

Respecto de la eficacia de los programas educativos, los resultados son controvertidos, pues si bien la mayoría de ellos aumenta el nivel de conocimientos sobre la enfermedad, no correlacionan con el control de la enfermedad (Amigo, Fernández y Pérez, 2003).

1.6.2 Dieta.

Para todos los pacientes con Diabetes Mellitus se hace indispensable la educación acerca de una dieta baja en grasas saturadas y colesterol, que contenga

cantidades moderadas de hidratos de carbono, provenientes preferentemente de granos integrales con fibra. Pese a que proteínas y grasas contribuyen a la ingesta de calorías (y por lo tanto, la ganancia o pérdida de peso), sólo los hidratos de carbono tienen un efecto directo sobre los niveles de glucosa en la sangre (Merck Manual, 2011).

A los pacientes con Diabetes tipo I, con el propósito de hacer coincidir la dosis de insulina con la ingesta de carbohidratos, se les indica utilizar el conteo de carbohidratos o el sistema de intercambio de hidratos de carbono. Esto permite calcular la dosis de insulina preprandial y facilita el reemplazo de la insulina fisiológica. Por lo general, la dosis de insulina necesaria es una unidad de acción rápida por cada 15 g de hidratos de carbono en una comida. Este enfoque requiere una minuciosa educación del paciente y es más exitoso cuando es guiado por un nutricionista con experiencia en el trabajo con los pacientes diabéticos.

Los pacientes con Diabetes tipo II deben restringir la cantidad de calorías, comer regularmente, aumentar el consumo de fibra y limitar la ingesta de carbohidratos refinados y grasas saturadas. Algunos expertos también recomiendan la restricción de proteínas en la dieta (menos de 0,8 g/kg/día) para prevenir la nefropatía diabética. Por tanto, la asesoría médica debe ser complementada con la nutricional donde no sólo el paciente debe estar presente, sino también la persona que prepara sus comidas.

1.6.3 Actividad Física.

La actividad física es primordial en el control de la Diabetes, pero es necesaria una progresión paulatina en la medida que el paciente puede tolerar. Todas las formas de ejercicio aportan beneficios en el control de la glucosa; sin embargo, algunos expertos consideran que el ejercicio aeróbico es mejor que el ejercicio isométrico para bajar de peso y para la protección de enfermedades vasculares, así como el entrenamiento de resistencia también puede mejorar los niveles de glucosa.

Para evitar la hipoglucemia durante la práctica de ejercicios es aconsejable monitorear los niveles de glucosa e ingerir hidratos de carbono durante el período de

entrenamiento (5 a 15 g de sacarosa u otro azúcar simple), o reducir la dosis de insulina según sea necesario para conseguir el nivel de glucosa ligeramente por encima de lo normal, al momento previo del ejercicio (Merck Manual, 2011).

En caso de pacientes con sospecha de enfermedad cardiovascular, o bien, diagnosticados, es recomendable una prueba de esfuerzo antes de comenzar un programa de ejercicios. Por otra parte, es importante modificar los objetivos de la actividad física en pacientes con complicaciones como la neuropatía y la retinopatía.

1.6.4 Monitoreo.

El control de la Diabetes Mellitus se realiza mediante la medición de los niveles sanguíneos de glucosa, hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}) y fructosamina.

- Niveles de Glucosa en la Sangre.

En la actualidad existen varios dispositivos de control para el auto-monitoreo de glucosa a través de sangre del dedo, con tiras reactivas y medidor de glucosa. Se utiliza para ayudar a los pacientes ajustar la ingesta de la dieta, la insulina y para orientar a los médicos en sus indicaciones de ajustes en tiempo y dosis de los fármacos.

También existen unos sistemas de monitorización continua de glucosa, mediante un catéter subcutáneo que da los resultados en tiempo real, incluyendo una alarma para avisar de hipoglucemia, la hiperglucemia, o de cambios rápidos en los niveles de glucosa. Estos dispositivos son caros y no eliminan la necesidad de que las pruebas de glucosa dedo, pero puede ser útil en algunos pacientes.

Aquellos pacientes con un control deficiente de glucosa y quienes recibieron un medicamento nuevo o un cambio en la dosis de uno ya utilizado, se les suele pedir un automonitoreo (generalmente, uno en ayunas por la mañana) de 5 o más veces al día, dependiendo de las necesidades del paciente, de su capacidad y complejidad del régimen de tratamiento (WHO, 1999).

- Hemoglobina Glucosilada (HbA_{1c}).

La hemoglobina glucosilada señala los niveles de control de la glucosa durante los últimos 2 a 3 meses por lo que los pacientes con Diabetes tipo I deben ser evaluados trimestralmente y al menos una vez al año los pacientes con Diabetes tipo II, siempre y cuando la glucosa plasmática parezca estable y con más frecuencia cuando el control es incierto.

En ocasiones, los valores de control sugeridos por la HbA_{1c} discrepan con las lecturas de glucosa diaria, puesto los valores pueden ser falsamente elevados o normales. Las elevaciones falsas pueden ocurrir por la insuficiencia renal, debido a que la urea interfiere el ensayo; por baja rotación de glóbulos rojos (como ocurre con el hierro, folato o vitamina B₁₂ en la anemia por deficiencia), por ingesta de altas dosis de aspirina y altas concentraciones de alcohol en la sangre. Por otro lado, los valores normales falsos cuando se presenta un mayor volumen de glóbulos rojos, como ocurre con la anemia hemolítica y hemoglobinopatías o durante el tratamiento de anemias por deficiencia (Merck Manual, 2011).

- Fructosamina.

La fructosamina, que es predominantemente albúmina glucosilada, muestra el control de la glucosa en las últimas dos semanas. El monitoreo de fructosamina se puede usar durante el tratamiento intensivo de la Diabetes y en pacientes con variaciones de hemoglobina o de alta rotación de glóbulos rojos (que causa resultados falsos en la HbA_{1c}), aunque su uso principal es en investigación (Merck Manual, 2011).

- Monitoreo de glucosa en la orina.

Entrega información aproximada de la hiperglucemia, por lo que se recomienda sólo cuando el monitoreo de glucosa en la sangre es imposible. No obstante, la automedición de cetonas en la orina se recomienda para pacientes con Diabetes tipo I, si

presentan síntomas, signos o disparadores de cetoacidosis, como náuseas o vómitos, dolor abdominal, fiebre, síntomas de resfriado o gripe, o niveles inusuales y permanentes de hiperglucemia (> 250 a 300 mg / dl) (WHO, 1999).

1.6.5 Insulina.

Todos los pacientes con Diabetes tipo I necesitan insulina, así como también es útil para el manejo de muchos pacientes con Diabetes tipo II. Para imitar la función de las células β se usan dos tipos de insulina, y así proveer las necesidades basales y prandial (reemplazo fisiológico); este método requiere una mayor atención a la dieta y el ejercicio, así como a los plazos de insulina y sus dosis.

La mayoría de los preparativos de insulina son humana recombinante, lo que prácticamente ha eliminado las reacciones alérgicas causadas por las de origen animal. Se administra vía subcutánea, exceptuando el uso regular de insulina IV en pacientes hospitalizados. Los tipos de insulina se clasifican por su hora de comienzo y por la duración de acción. Sin embargo, estos parámetros dependen de muchos factores (el sitio y la técnica de inyección, la cantidad de grasa subcutánea, el flujo de sangre en el sitio de la inyección) por lo que varía en cada paciente (Merck Manual, 2011).

- De acción rápida (Lispro y Aspert).

Como su nombre lo indica, se absorbe rápidamente y reducen la glucosa en el plasma en 15 minutos, pero su efecto es de corta duración (menos de 4 hrs). Este tipo de insulina se utiliza en las comidas para controlar los picos postprandiales de glucosa en plasma (Merck Manual, 2011).

- De acción regular.

Se caracteriza por ser ligeramente más lenta en el inicio de su acción (30 a 60 min) que lispro y aspart pero su efecto es más prolongado (6 a 8 hrs). Es la única forma para uso intravenoso (Merck Manual, 2011).

- De acción intermedia (Protamina Neutral Hagedorn [NPH o insulina isofánica]).

El inicio de acción es aproximadamente dos horas después de la inyección, su efecto máximo es entre 4 a 12 horas después de la inyección y la duración de acción es de 18 a 26 horas (Merck Manual, 2011).

- De larga acción.

A diferencia de NPH, la insulina glargina no posee un pico discernible de su acción y proporciona un efecto basal estable durante 24 horas aproximadamente. Existe la alternativa de una preparación de premezcla entre distintos tipos de insulina; no obstante, en ciertas ocasiones éstas pueden afectar las tasas de absorción de insulina, produce efectos variables y el control de la glucemia puede ser menos predecible. La insulina glargina no se debe mezclar con ninguna otra insulina (Merck Manual, 2011).

El mercado dispone de varias alternativas de administración de insulina: el método de la jeringa, dispositivos pluma precargada de insulina, dispositivos de auto-inyección y bombas de insulina subcutánea. Particularmente esta última, elimina la necesidad de múltiples inyecciones diarias, ofrecen máxima flexibilidad en el horario de las comidas y sustancialmente reducen la variación de los niveles de glucosa. Sin embargo, son costosas, susceptibles a fallas mecánicas que conducen a interrupciones en el suministro de insulina y el inconveniente de usar un dispositivo externo. Requieren de un constante y minucioso auto-monitoreo y de una atención cercana a la función de bombeo para un uso seguro y eficaz de la bomba de insulina. Por último, existen sistemas de administración oral, transmucosa (spray intranasal, oral) o transdérmica que son prometedoras, pero requieren de más estudios.

Una de las complicaciones usuales en el tratamiento con insulina es la hipoglucemia, que suele ocurrir en los pacientes tratan de llevar un control estricto de la glucosa y prácticamente de normoglucemia. Los pacientes deben aprender a reconocer los síntomas de la hipoglucemia, que en grado leve o moderado incluye dolor de cabeza,

sudoración, palpitaciones, mareo, visión borrosa, agitación y confusión. En la forma aguda pueden incluir convulsiones y pérdida del conocimiento y en personas de edad avanzada puede causar apoplejía con síntomas afasia o hemiparesia, una mayor probabilidad de accidente cerebrovascular precipitado, infarto al miocardio y muerte súbita. Los pacientes con Diabetes tipo I de larga data pueden no ser conscientes de los episodios de hipoglucemia debido a que no experimentan síntomas autonómicos (hipoglucemia asintomática) (Merck Manual, 2011).

La hiperglucemia puede seguir a la hipoglucemia, ya sea por la ingesta excesiva de azúcar o por una oleada de hormonas contra-reguladoras (glucagón, la epinefrina, cortisol, hormona del crecimiento) desencadenada por la hipoglucemia. Una dosis demasiado alta de insulina antes de acostarse puede disminuir el nivel de glucosa y estimular una respuesta contra-reguladoras originando una hiperglucemia por la mañana (fenómeno Somogyi). También, la hiperglucemia por la mañana puede ser causa de un aumento en la hormona de crecimiento por la mañana, conocido como fenómeno del alba, el que a diferencia del fenómeno de Somogyi, cursa sin cetoacidosis y es característico de la Diabetes tipo II. En este caso, la dosis de insulina de la noche se debe aumentar, cambiar a una preparación de acción prolongada, o inyectarse más tarde (Merck Manual, 2011).

Las reacciones alérgicas generalizadas con insulina humana son extremadamente raras, pero puede ocurrir cuando se reinicia el tratamiento después de un lapso sin insulina. Los síntomas se desencadenan entre 30 minutos a 2 horas después de la inyección e incluyen urticaria, angioedema, broncoespasmo prurito, y anafilaxia. Se trata con antihistamínicos o con adrenalina y glucocorticoides.

Los pacientes con Diabetes tipo II pueden presentar resistencia a la insulina debido a la obesidad y a factores genéticos. Los anticuerpos anti insulina son una causa rara. Este tipo de resistencia a la insulina a veces puede ser tratada cambiando las preparaciones de insulina (de animal a insulina humana) y, si es necesario, mediante la administración de corticoides (Merck Manual, 2011).

1.6.6 Medicamentos Orales Antihiper glucémicos.

Los medicamentos orales antihiper glucémicos son el principal tratamiento para la Diabetes tipo II, aunque se agrega insulina cuando dos o más fármacos orales no consiguen un control glucémico adecuado. Este tipo de fármacos mejora la secreción pancreática de insulina (secretagogos), sensibiliza los tejidos periféricos a la insulina (sensibilizadores) y altera la absorción gastrointestinal de glucosa. Los principales son (Merck Manual, 2011):

- Sulfonilureas (SUS).

Son secretagogos de insulina que bajan los niveles de glucosa mediante la estimulación de las células β del páncreas activando la secreción insulina, mejorando la sensibilidad periférica y hepática a la insulina hasta reducir la toxicidad de la glucosa. Todos los SUS promueven la hiperinsulinemia y el aumento de peso entre 2 a 5 kg, lo que con el tiempo puede favorecer la resistencia a la insulina y limitar su utilidad. Por otra parte, pueden causar hipoglucemia siendo los mayores de 65 años los de más riesgo, la falta de ejercicio, la alimentación inadecuada, la insuficiencia renal o hepática y en ocasiones puede causar daños neurológicos permanentes o la muerte.

- Secretagogos de insulina de acción corta (Repaglinida, Nateglinida).

Estimulan la secreción de insulina de manera similar al SUS, pero actúan más rápido y pueden estimular la secreción de insulina especialmente durante las comidas. Por lo tanto, pueden ser eficaces para reducir la hiperglucemia posprandial y parecen tener un menor riesgo de hipoglucemia. Puede haber algún aumento de peso, aunque aparentemente menor que con SUS.

- Biguanidas (Metformina).

Disminuyen la producción hepática de glucosa (gluconeogénesis y la glucogenólisis) bajando la concentración de glucosa en el plasma. Son sensibilizadores de insulina periférica, pero también estimulan la captación de glucosa periférica como consecuencia de la reducción de la glucosa a partir de sus efectos hepáticos. Además, disminuyen los niveles de lípidos y la absorción de nutrientes, aumenta la sensibilidad de las células β a la glucosa circulante y disminuye los niveles de los inhibidores de los activadores del plasminógeno 1, ejerciendo de este modo un efecto antitrombótico. Es tan eficaz como los SUS en la reducción de la glucosa en plasma, rara vez causa hipoglucemia, y puede usarse de manera segura con otros medicamentos y la insulina. Además, no causa aumento de peso e incluso promueve su pérdida inhibiendo el apetito. Sin embargo, este fármaco suele causar efectos gastrointestinales adversos (dispepsia y diarrea), que se reducen con el tiempo. Está contraindicada en pacientes con riesgo de acidosis (incluyendo aquellos con insuficiencia renal y/o cardíaca, enfermedad respiratoria grave, alcoholismo, otras formas de acidosis metabólica, o deshidratación).

- Tiazolidinedionas (TZD).

Este fármaco disminuye la resistencia periférica a la insulina (sensibilizadores a la insulina), pero su mecanismo de acción específica no se conoce bien. Además, regula la glucosa y el metabolismo de los lípidos, aumentando los niveles de HDL (colesterol bueno), disminuye los triglicéridos y puede tener efectos anti-inflamatorios y anti-ateroescleróticos. Las TZD son tan eficaces en la reducción de la HbA_{1c} como los antihiperoglucemiantes anteriores. Como se trata de un medicamento relativamente nuevo no hay datos disponibles sobre la seguridad y eficacia a largo plazo. No obstante, se recomienda un control periódico de la función hepática. Entre los efectos secundarios, se ha observado edema periférico en pacientes tratados con insulina, el aumento de peso, el agravamiento de la insuficiencia cardíaca y otras disfunciones cardíacas.

- Inhibidores de α -glucosidasa (IAG)

Estos medicamentos son menos efectivos que otros en la reducción de la glucosa en plasma. Su función es inhibir las enzimas intestinales que hidrolizan los carbohidratos por lo que su digestión y absorción es más lenta, reduciendo la glucosa plasmática posprandial. Pueden causar dispepsia, flatulencia y diarrea; Aun así, es un fármaco seguro y se puede utilizar en combinación con todos los medicamentos por vía oral y con insulina.

1.6.7 Medicamentos Inyectables Antihiperoglucémicos.

Se trata de fármacos inyectables antihiperoglucémicos. Uno de ellos son los agonistas de GLP-1 (hormona digestiva con propiedades antidiabéticas) que aumentan la secreción de insulina, favorecen el vaciado gástrico lento, reducen el apetito, promueve la pérdida de peso y estimular la proliferación de las células β . Estos fármacos pueden ser usados en combinación con antihiperoglucémicos orales (Merck Manual, 2011).

Otro de estos medicamentos es la *amilina analógica* que imita a la amilina, (hormona producida por las células β del páncreas) que ayuda a regular los niveles de glucosa postprandial, suprime la secreción de glucagón postprandial, ententece el vaciado gástrico y promueve la saciedad. Se usa en combinación con insulina antes de las comidas (Merck Manual, 2011).

1.6.8 Otros tratamientos antidiabéticos.

El trasplante de páncreas o de células islote es un medio alternativo de administración de insulina; ambas técnicas son eficaces para producción de insulina en pacientes con Diabetes tipo I, por tanto, la selección de candidatos se limita principalmente a quienes padecen este tipo de Diabetes junto con insuficiencia renal. Otro criterio de selección es el fracaso del tratamiento estándar y los episodios de hipoglucemia asintomática. Las contraindicaciones frecuentes son edad por sobre los 55 años con enfermedad cardiovascular aterosclerótica (como infarto al miocardio, cirugía de revascularización coronaria, intervención coronaria percutánea o prueba de esfuerzo

positiva). Todos estos factores aumentan drásticamente el riesgo perioperatorio (Merck Manual, 2011).

1.7 Prevención.

En primer lugar, no hay tratamientos destinados a prevenir la aparición o progresión de la Diabetes tipo I. Algunos medicamentos como la azatioprina, los corticoesteroides y ciclosporina inducen, en algunos pacientes, la remisión de un tipo de Diabetes incipiente, a través de la supresión de la destrucción autoinmune de células β . Sin embargo, la necesidad de tratamiento de por vida y la toxicidad de los mismos limitan su uso. En otros pacientes, un tratamiento a corto plazo con anticuerpos anti-CD3 monoclonal reduce la necesidad de insulina durante al menos el primer año de inicio de la enfermedad autoinmune mediante la supresión de células T (Merck Manual, 2011)

En segundo lugar, la Diabetes tipo II se puede prevenir con una modificación en el estilo de vida. Sólo el perder el 7% del peso corporal inicial, combinado con actividad física de intensidad moderada (caminar 30 min / día) puede reducir la incidencia de esta enfermedad en personas de alto riesgo. Por otra parte, la metformina ha demostrado reducir el riesgo de Diabetes en pacientes con dificultades en la regulación de la glucosa. TZD puede ser protectora, pero requieren más estudios antes de que puedan ser recomendados para el uso preventivo. La idea es que aquellas personas que presenten factores de riesgo como edad, familiares directos diagnosticados con Diabetes, problemas cardiovasculares, sobrepeso u obesidad, historia de Diabetes gestacional, entre otros, realicen controles periódicos del nivel de glucosa en la sangre y actividad física diaria de al menos 30 minutos (International Diabetes Federation, 2011)

II. Personalidad y Diabetes.

2.1 Personalidad y Enfermedad.

En la antigüedad, Hipócrates (500 A.C.) planteaba que la salud se relacionaba con el equilibrio de los cuatro humores corporales: *sangre, flema, bilis negra y bilis* los que a su vez determinaban un tipo de temperamento específico en el individuo: *sanguíneo, flemático, melancólico y colérico*, respectivamente. Por otra parte, Galeno (132-201 D.C.) propuso que el equilibrio de las “pasiones” era esencial para la salud física. De hecho, las reacciones emocionales desajustadas se consideraban causa de enfermedades como el derrame cerebral, el asma, úlceras e incluso de la propia muerte. Estas creencias persisten durante la Edad Media y el Renacimiento hasta la llegada de la medicina moderna en el siglo XIX, donde la tendencia predominante apuntaba hacia una medicina más científica en la formación del conocimiento y la práctica médica, marginando las creencias que relacionaban la enfermedad física con las alteraciones emocionales (Apuntes sobre Historia de la Medicina. Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.)

En la actualidad, algunas de las principales causas de muerte y de enfermedad se relacionan con factores del estilo de vida, como el consumo de tabaco, de alcohol, déficit en la dieta, falta de ejercicio y estrés. De este modo, los factores psicológicos se han constituido como un elemento importante en el desarrollo de la enfermedad. La personalidad, por tanto, puede tener efectos para toda la vida en la salud (Larsen, 2005). Por ejemplo, las investigaciones de Eysenck (2000) plantean que las personas predispuestas al cáncer se caracterizan por ser menos asertivas y con inhibición emocional; así mismo, las personalidades propensas a enfermedades coronarias tienden a ser hostiles y agresivas.

En este contexto, la relevancia de la investigación en factores psicológicos asociados a distintas enfermedades es fundamental no sólo para la comprensión de la enfermedad en sí, sino también para mejorar la calidad de vida y reducir la tasa de mortalidad prematura (antes de los 65 años) mediante estrategias para modificar estilos de vida poco saludables.

2.1.1 Modelos que relacionan Personalidad y Enfermedad.

2.1.1.1 Medicina Psicosomática.

La idea que *mente* y *cuerpo* se relacionan ha sido un tema de interés desde la Antigüedad. Varias corrientes filosóficas y clínicas han intentado determinar la conexión entre mente y cuerpo y su interacción. Es así como en el siglo XIX, Heinroth introduce en 1818 el concepto “*enfermedad psicosomática*” para explicar la etiopatogenia de las enfermedades a través de factores psicológicos (Porcelli, 2004).

El desarrollo de la teoría psicodinámica fue uno de los principales propulsores del estudio de las enfermedades psicosomáticas. Es así como en 1922, Félix Deutsch, discípulo de Freud propone el término *medicina psicosomática*, para explicar la condición de que las emociones y la personalidad influyen en las funciones corporales, contribuyendo en la etiología y patología de una enfermedad (Spagnuolo, 2004).

No obstante, es George Groddeck (1923) a quien se le considera fundador de la medicina psicosomática moderna, pues obtuvo grandes resultados en la aplicación del psicoanálisis en el tratamiento de enfermedades orgánicas. Para este autor, las enfermedades orgánicas eran la expresión de símbolos sexuales que al ser descifrados producían la remisión total, inmediata y duradera de la afección. En otras palabras, para Groddeck existía un sentido simbólico en la enfermedad orgánica, por lo que cada paciente debía realizar un trabajo de elaboración psíquica que le llevara a hallar el sentido de su padecimiento. Por otra parte, consideraba que el Ello posee una capacidad simbolizadora que no corresponde a la representación, sino más bien a una “*creación real del cuerpo*” (Groddeck, 2006 [1934], pp. 35), donde este Ello crea los ojos, la boca, el pensamiento hasta la enfermedad física y el cuerpo del lenguaje; es decir, Groddeck creía que cuerpo y psiquis constituye un todo único, y que por tanto, la separación entre enfermedad física y psíquica no era sustancial, sino producto del lenguaje (Groddeck, 2006 [1923]).

La mayor parte de los fundadores de la psicología moderna provenían del movimiento psicoanalítico y su interés se centró en el estudio de enfermedades como el asma, alergias, jaquecas, alteraciones digestivas, eczema, soriasis, úlcera gástrica y duodenal, hipertensión esencial, artritis reumatoide, entre otras, y fundamentalmente la relación entre conflictos emocionales específicos, estructuras de personalidad y enfermedades somáticas (Remor, 2006). Autores como Alexander (1939), Dunbar (1955) y Deutsch (1927) reúnen a lo que en la actualidad se conoce como la Escuela Norteamericana de medicina psicopatológica, cuyo principal propósito fue identificar perfiles psicológicos para cada enfermedad estudiada.

En 1927 Deutsch propuso que las regresiones a estadios primarios del desarrollo psicosexual pueden estar determinadas por el padecimiento de una disfunción orgánica en la primera infancia, en asociación con conflictos que ocurren en un nivel determinado del desarrollo psíquico, quedando así el órgano sensible y con cierta predisposición a sufrir ciertas disfunciones (Porcelli, 2004). Para este autor, en una época anterior a la evolución completa de la vida pulsional, un trastorno orgánico se une a un determinado conflicto psíquico, creándose así una unidad psicopatológica. Posteriormente, al volverse activo el antiguo conflicto psíquico, el órgano asociado originariamente con el conflicto es el que produce los síntomas. Esta fusión tiene una energía potencial, por lo que reaccionará como una unidad, siempre que se estimule un elemento de tal unidad (Spagnuolo, 2004).

Por otra parte, Alexander (1939) y los fundadores de la Escuela de Chicago distinguen entre enfermedades mentales, enfermedades somáticas y enfermedades psicopatológicas como las nombradas en párrafos anteriores. Proponen que existe una relación entre conflicto psíquico, una organización de personalidad particular y el surgimiento, agravamiento o mantención de la enfermedad. De este modo, el enfoque plantea que toda persona con alguna de estas o algunas otras enfermedades, representaría un tipo de personalidad específico (Sivak y Wiater, 1997). Particularmente, Alexander (1948) enfatiza los procesos fisiológicos más allá del simbolismo, intentando comprender las enfermedades como una alteración total de los

procesos orgánicos, donde esta nueva orientación otorga mayor relevancia al estudio de la personalidad y su participación en los procesos patológicos (Spagnuolo, 2004).

Por otra parte, Alexander (1943) distinguió tres conceptos esenciales dentro de la medicina psicosomática:

a) Psicogénesis.

Se trata de aquellos procesos fisiológicos, como excitaciones nerviosas, que pueden ser estudiadas a través de métodos psicológicos pues son percibidas como emociones, ideas, deseos y fantasía. En este sentido, para este autor estos procesos podían ser estudiados a través de la introspección y la comunicación verbal (Alexander, 1943).

Por otra parte, plantea que existen tres clases de procesos psicosomáticos que se ven influidos por factores psicológicos, como la *conducta voluntaria*, que se caracteriza por ser adaptativa y orientada a un objetivo; las *inervaciones expresivas* que actúan como expresión de determinadas tensiones emocionales; y las *respuestas vegetativas* a los estados emocionales anteriores, las que permiten dominar las condiciones a las que se expone el organismo. Dentro de estas últimas, se diferencian la tendencia a la *lucha* o la *huida* ante el peligro y el retraimiento al contacto con el mundo externo, reorientando la energía hacia el propio organismo que Alexander equipara con las funciones del sistema nervioso autónomo. En otras palabras, considera que los síntomas vegetativos se producen debido a la complementariedad y el antagonismo del sistema nervioso simpático y parasimpático. De este modo, el sistema nervioso simpático prepara procesos internos, como la lucha o huida, para hacer frente a las exigencias del medio; por el contrario, el sistema nervioso parasimpático anula o inhibe las demandas del mundo externo favoreciendo el retiro del individuo a una existencia vegetativa concentrando la energía en el control de ambiente interno. A partir de ello, establece una clasificación basada en el predominio de una u otra tendencia en conflicto (Alexander, 1943)

b) Conversión Histórica.

Para Alexander el síntoma conversivo corresponde a una tensión emocional que posee una expresión simbólica, que dentro del desarrollo psicosexual implica una organización más evolucionada, que incluye el lenguaje verbal y no verbal. En este sentido, la histeria se trata de una expresión voluntaria, donde los músculos estriados son los órganos; en cambio, la enfermedad psicósomática corresponde a reacciones vegetativas, que se manifiestan a través de la musculatura lisa, salvaguardando el equilibrio de las funciones vitales, por tal motivo se puede decir que es una “conversión” más profunda y básica del conflicto a nivel funcional; es decir, no se trata de expresiones sustitutas de emociones reprimidas, como en el caso de la conversión histérica, sino de reacciones fisiológicas normales de la emoción. Por tanto, de acuerdo al nivel de simbolización o no-simbolización se podría diferenciar un síntoma conversivo de una neurosis vegetativa (Alexander, 1943).

c) Especificidad.

Alexander plantea que cada estado emocional se encuentra asociado a un síndrome vegetativo particular. De este modo, las activaciones fisiológicas de estados emocionales, como la ira y la alegría, no son los mismos para uno u otro. Por tanto, este autor concibe que las distintas enfermedades, Aun cuando involucren los mismos sistemas fisiológicos, difieren en su trasfondo emocional, poseen una “psicología” distinta que puede ser pesquisada a través de las técnicas de entrevista psicodinámica, ya que lo relevante dentro de la especificidad no son las características psicológicas estáticas, sino el conflicto psíquico inconsciente, donde un afecto crónicamente reprimido estimula la modificación permanente en la actividad nerviosa vegetativa con patrones propios de excitación simpática o parasimpática, alteración funcional y, eventualmente, estructural de determinados órganos. Una de las críticas que se ha hecho a Alexander es la universalidad de los procesos psicológicos, como la ira, la culpa, la dependencia, frente a lo cual argumentaba que la especificidad radica en la situación de conflicto en que estos factores surgen, donde los mismos elementos configurados de manera particular, dan origen a formas diferentes de trastornos (Alexander, 1943).

Por último, cabe señalar que Alexander consideraba la incidencia de múltiples factores en la patogénesis de los trastornos somáticos como la predisposición hereditaria, los traumas del nacimiento, enfermedades de la niñez temprana – que aumentan la susceptibilidad de ciertos órganos -, las características del cuidado del niño y su educación, las vivencias traumáticas accidentales de la niñez, el clima psicológico familiar y los rasgos específicos de personalidad de padres y hermanos, las lesiones físicas posteriores, las vivencias emocionales tardías en relación a personas significativas y las relaciones laborales. El programa de investigación de Alexander y la Escuela de Chicago se propuso realizar un diagnóstico de enfermedades somáticas basado en el enfoque psicodinámico. Estos estudios demostraron que en ciertas afecciones existe una configuración del conflicto particular, aunque no única (Spagnuolo, 2004).

Otro de los iconos dentro de la medicina psicosomática moderna es Helen Flanders Dunbar (1955). Su investigación se centró en establecer relaciones entre perfiles de personalidad y determinadas afecciones somáticas a través de instrumentos psicométricos, lo que le permitió describir distintos “tipos” de reacción. Para esta autora, los eventos vitales, especialmente de la primera infancia, son cruciales en la formación del carácter, en el modo de hacer frente al medio y en cómo se modifica la sensibilidad corporal, apareciendo con ello una predisposición a enfermar (Spagnuolo, 2004).

En su trabajo logró comprobar un perfil de personalidad en personas con infarto de miocardio y en pacientes que había sufrido accidentes físicos, pero no inevitables. En términos generales, las personas con infarto de miocardio se caracterizaban por ser extrovertidos, con conflictos con la autoridad, focalizados excesivamente en el trabajo, competitivos, dominantes, poco emotivos, satisfechos de sí mismos, con experiencias traumáticas de ser testigo de infarto de alguna persona, presencia de trastornos vegetativos y otras enfermedades asociadas. En cuanto a los pacientes accidentados, descubrió que había un perfil común en al menos el 80% de los sujetos observados, que se caracterizaba por una tendencia a la impulsividad, a la vitalidad, a la búsqueda de emociones, a ser desordenados y a autocastigarse. Es importante señalar que tampoco se

establece una relación causal entre perfil de personalidad y enfermedad; en este sentido, cabe la posibilidad la mediación de un factor desconocido, por lo que la patogénesis aún no se dilucida (Spagnuolo, 2004).

Son numerosos los autores adscritos dentro de la perspectiva de la medicina psicosomática moderna, como Pierre Marty y la Escuela Psicosomática de Paris, la Escuela Alemana de Medicina Antropológica o la Escuela Psicosomática Argentina. Sin embargo, sólo se han descrito aquellos autores considerados fundamentales, teniendo en cuenta la extensión y las pretensiones de este estudio.

2.1.1.2 Estrés y Enfermedad.

La mayor parte de los modelos que entrelazan personalidad y enfermedad dan especial relevancia a la variable estrés, entendido como “*el sentimiento subjetivo producido por sucesos que son incontrolables o amenazadores*” (Larsen, 2005, pp. 569). En este sentido, se trata del modo en que una persona responde a las demandas que requiere una situación determinada. Los sucesos que causan estrés se denominan *factores productores de estrés* y se caracterizan por ser extremos e incontrolables produciendo un grado de sobrecarga difícil de tolerar y reacciones de ambivalencia de hacer frente a la situación o de evitarla.

Cuando se presenta un factor productor de estrés, se desencadena en la persona una serie de reacciones emocionales y fisiológicas, que son controladas por el sistema nervioso simpático y que preparan para la acción de lucha o huida. Generalmente, esta respuesta fisiológica de activación es breve, por lo que rápidamente se recupera el estado normal. No obstante, si la exposición al factor productor de estrés es continua, la activación fisiológica de lucha – huida se vuelve permanente, llevando a lo que H. Selye (1976) llamó *síndrome de adaptación general*. Para el autor referido, este síndrome está compuesto por tres etapas:

a) Etapa de alarma.

Se trata de la respuesta lucha – huida activada por el sistema nervioso simpático y las reacciones vinculadas al sistema nervioso periférico, que incluye la liberación de hormonas que disponen al cuerpo para hacer frente a la situación amenazante (Larsen, 2005)

b) Etapa de resistencia.

Si el factor causante de estrés persiste, se desarrolla esta etapa, que se caracteriza por el uso de los recursos por sobre el nivel medio, independiente si la respuesta de lucha – huida inmediata ha disminuido. En esta etapa se resiste el estrés, pero se necesita un gran esfuerzo e inversión de una cantidad de energía. De este modo, se intenta contrarrestar la presión ejercida por el factor amenazante y retornar al equilibrio anterior (Bermúdez, Pérez y Sanjuán, 2003).

c) Etapa de agotamiento.

Si continúa el factor productor de estrés, se entra en esta etapa, que para Selye es la de mayor vulnerabilidad y susceptibilidad a padecer enfermedades, según se agoten los recursos fisiológicos, pues se debilita la capacidad defensiva y de resistencia orgánica (Bermúdez, Pérez y Sanjuán, 2003).

Ciertas investigaciones han concluido que el estrés disminuye la capacidad funcional del sistema inmune para responder a organismos patógenos, volviendo más vulnerable a la infección y a la enfermedad. Esto se debe que para responder al estrés se activan recursos físicos y emocionales; a ello se suma que si la respuesta es intensa, frecuente o prolongada, puede requerir de muchos recursos físicos, sociales y psicológicos, e incluso agotarlos. En estas condiciones, es muy probable que se desencadenen sentimientos de angustia que puede ser expresada como irritabilidad, ansiedad, depresión, fatiga, cefaleas, molestias gástricas, hipertensión, que con el

tiempo puede llevar al desarrollo de enfermedades más graves como cáncer, disfunciones tiroideas o diabetes (Glaser, 2004).

Por otra parte, la clínica ha permitido distinguir cuatro tipos de estrés: el *estrés agudo* se relaciona con el inicio imprevisto de exigencias y se evidencia en síntomas como dolores de cabeza tensionales, malestares emocionales, disfunciones gastrointestinales, sentimientos de agitación y presión; el *estrés agudo episódico* consiste en episodios frecuentes de estrés agudo y los malestares asociados son las migrañas, hipertensión, apoplejía, ansiedad, depresión y malestar gastrointestinal grave; el *estrés traumático* se trata de estrés agudo masivo, originado por experiencias intensas - como guerras, desastres naturales, accidentes graves, asaltos violentos, entre otros -, cuyas repercusiones pueden durar por meses, años o toda la vida. Configura un conjunto de síntomas que producen un deterioro significativo en la cotidianidad y definen lo que se conoce como *trastorno de estrés postraumático* caracterizado por síntomas como el revivir la experiencia traumática en pesadillas o “flash back”, insomnio, malestares físicos, aplanamiento afectivo y aislamiento. Por último, el *estrés crónico* es el estrés que no termina y que, por tanto, acaba los niveles de resistencia; se postula que las enfermedades sistémicas graves como la disfunción inmune, la diabetes, y las enfermedades cardiovasculares se producen por estrés (Larsen, 2005).

De acuerdo con Lazarus (1991), cada persona responde de manera diferente a los factores productores de estrés debido a que se trata de una *reacción subjetiva* frente a ellos, y se relaciona con dos procesos cognitivos que evalúan una situación determinada. El primero, conocido como *valoración primaria*, consiste en la valoración que hace una persona de la situación como irrelevante, positiva o estresante. En la primera de ellas, la situación es percibida de escaso o nulo impacto para su bienestar personal. Una situación es positiva, cuando el sujeto estima que le favorece o se beneficia de ella, por lo que su reacción será concordante con estados emocionales positivos. Por último, una situación se traduce como estresante cuando hay una movilización importante de recursos para enfrentarla tratando de no alterar el equilibrio y bienestar de la persona. En este sentido, no necesariamente se trata de valoraciones negativas pero todas ellas requieren un esfuerzo adaptivo inusual; se distinguen situaciones estresantes que

implican daño o pérdida, amenaza o desafío y su valoración dependerá del grado en que estime los riesgos en función de las metas y objetivos personales (Bermúdez, Pérez y Sanjuán, 2003).

El siguiente proceso cognitivo involucrado, la *valoración secundaria* se relaciona con la evaluación de recursos que considera tener la persona para enfrentar las exigencias de la situación y de las consecuencias de la acción. De este modo, una situación considerada peligrosa (valoración primaria), es valorada como aún más amenazante cuando la persona se siente incapaz de hacerle frente que cuando cree que tiene recursos para enfrentarla. Por tanto, la valoración secundaria modula el efecto de la valoración primaria e influirá en la conducta posterior de la persona (Bermúdez, Pérez y Sanjuán, 2003).

Otras investigaciones que han vinculado estrés y enfermedad, son las desarrolladas por Holmes y Rahe (1967) quienes elaboraron la Escala de Acontecimientos de la Vida para determinar el valor de estrés potencial de una amplia gama de sucesos vitales. Estos autores proponen que cada evento extraordinario en la vida puede generar cierto grado de estrés, asignándoles valores específicos. Si la suma de estos valores supera de 150 en el periodo de un año, la persona tiene un 51% de posibilidades de desarrollar una enfermedad dentro de los tres meses siguientes, y aumenta al 90%, si la suma es mayor de 300. Si bien las diferencias individuales deben ser consideradas, estos planteamientos permiten evaluar los riesgos potenciales del estrés (Acosta, 2008). El trabajo de Holmes y Rahe permitieron convencer a la comunidad médica de la relevancia de los factores psicológicos en el desencadenamiento de la enfermedad.

Dentro de la perspectiva que propone una relación entre estrés y enfermedad, se han generado cuatro modelos basados en dos mecanismos: los *directos*, como la reactividad fisiológica crónica frente al estrés que produce alteraciones en el funcionamiento sistémico del organismo aumentando la posibilidad de desarrollar enfermedades (Contrada y Guyll, 2001); y los efectos *indirectos*, como los hábitos saludables y las reacciones sobre la enfermedad. Ambos tipos de mecanismos intentan

explicar los procesos por los que la personalidad influye en la salud (Smith y Gallo, 2001). Los modelos son los siguientes:

a) Modelo Interactivo.

Propone que si bien los eventos objetivos suceden a las personas, son los factores de personalidad los que influyen en la capacidad para hacerles frente. Para este modelo, la personalidad repercute en las respuestas de afrontamiento.

Por otra parte, el término *interactivo* se debe a que se considera que la personalidad modera la relación entre estrés y enfermedad. Dicho de otro modo, la personalidad influye en el grado de vulnerabilidad frente a la enfermedad y en el modo en que una persona afronta los factores productores de estrés, lo que a su vez influye en el grado, duración y frecuencia del factor estresante (Larsen, 2005).

b) Modelo Transaccional.

Para Lazarus (1991) el modelo anterior era limitado, pues no distinguía respuestas de afrontamiento adaptativas o desadaptativas en forma consistente. Para el modelo transaccional la personalidad puede intervenir de tres formas: en el afrontamiento – en el mismo sentido que el modelo interactivo -, en la interpretación de los eventos y en los sucesos mismos. Esto quiere decir, por una parte, que no es el evento el causa estrés, sino la evaluación que hace la persona de él y ello determinará una conducta; y por otra, al decidir y actuar, no sólo respondemos a las situaciones, sino que también las creamos.

Ambos conceptos, los de valoración y de influencia de las personas en los sucesos, constituyen el fundamento del término *transaccional*, pues implican que los factores productores de estrés y las personas se influyen recíprocamente. Esta influencia se da a través de la valoración, la selección y la modificación de los sucesos. Por tanto, se propone que la personalidad influye en el tipo de situaciones que se encuentran en la vida y en el modo en que se interpreta las situaciones que encontradas.

c) Modelo del Comportamiento de Salud.

A diferencia de los modelos anteriores, este plantea una perspectiva donde la personalidad tiene un efecto más bien indirecto se la relación estrés-enfermedad, mediante conductas que promueven o dañan la salud. En este sentido, el estilo de personalidad determina ciertos tipos de conductas que favorecen la salud, como la práctica de actividad física, una dieta saludable; o bien, conductas poco sanas como el consumo o abuso de sustancias como el alcohol o tabaco, sexo inseguro, u otros que aumentan el riesgo de desarrollar enfermedades. De este modo, la extroversión se encuentra asociada a la tendencia a fumar, y ésta se asocia a cáncer pulmonar, hipertensión arterial y problemas cardíacos. También, características de personalidad como el neuroticismo o la hostilidad influyen en la puesta en marcha de comportamientos preventivos, o bien, en estrategias de afrontamiento centrados en la emoción que conducen a realizar conductas desadaptativas como el aumento en el consumo de sustancias, como el alcohol (Bermúdez, Pérez y Sanjuán, 2003).

d) Modelo de la Predisposición.

Este modelo señala que tanto la personalidad como la enfermedad son manifestaciones de cierta vulnerabilidad constitucional. Se trata de un modelo que indica la existencia de una tercera variable que causa la asociación entre enfermedad y personalidad, donde por ejemplo, *“el aumento en la reactividad del sistema nervioso simpático puede ser la causa de enfermedades subsiguientes, al igual que la causa de los comportamientos y emociones que llevan a una persona a ser llamada neurótica”* (Larsen, 2005, pp.571).

Estas ideas encuentran cierto fundamento en las investigaciones que sugieren que los factores de personalidad y las respuestas fisiológicas al estrés pueden estar fijados, en alguna medida, por la predisposición genética (Bermúdez, Pérez y Sanjuán, 2003).

Por último, cabe hacer mención al *modelo del comportamiento de la enfermedad*, el que en sí mismo no es un modelo de enfermedad, sino de conducta frente a la enfermedad. Plantea que la personalidad afecta en la percepción, atención e interpretación de las sensaciones fisiológicas que señalan una enfermedad. Ello determinará las conductas de enfermedad, como el reporte de síntomas, visitas al médico, ausentismo laboral o automedicación (Bermúdez, Pérez y Sanjuán, 2003). Es así como el rasgo neuroticismo presenta una mayor asociación a preocupaciones somáticas y el reporte de síntomas; sin embargo, estos pueden verse influidos por aspectos distintos de la enfermedad real, como el modo en que el sujeto percibe e interpreta la sensación física (Larsen, 2005).

Dentro del tema que desarrolla este estudio, a partir de la segunda mitad del siglo pasado, Hinkle (1956) y Treuting (1962) se interesaron por el influjo de los factores emocionales en el desarrollo de la Diabetes. De acuerdo con Hinkle (1956) el estrés emocional y situacional involucraba conflictos que tienen una significación específica e individual en la vida de las personas. Por otra parte, Treuting (1962) planteaba que uno de los aspectos relevantes en el inicio de la Diabetes se relacionaba con la mantención de conflictos emocionales, que de algún modo podían llegar a ser crónicos.

En la actualidad, se reconoce que la Diabetes además de afectar la salud física de quien la padece, tiene una repercusión en el funcionamiento psíquico y social debido fundamentalmente, al cambio en el estilo de vida de estos pacientes (Carney, 1988). En este sentido, Lazarus (1991) plantea que mientras mayor sea el nivel de estrés y mayor sea el esfuerzo del sujeto por hacerle frente, peor será la salud física del individuo y tendrá una mayor probabilidad de desarrollar síntomas psíquicos. Por el contrario, la percepción de un mayor dominio frente a las situaciones, será indicador de un mejor estado de salud física y psicológica. Un estudio prospectivo sobre esperanza, optimismo y salud desarrollado por Scioli y colaboradores (1997) dieron cuenta de una correlación entre esperanza y reducción de la frecuencia y severidad de la enfermedad, por lo que se asocia a indicadores positivos de salud como la calidad de vida y salud mental. No obstante, es importante reconocer la existencia de los factores constitucionales en el

desarrollo de la enfermedad, los que al interactuar con los conflictos emocionales y los estilos de afrontamiento, desencadenan respuestas fisiológicas dañinas (Pervin, 1997).

2.2 El Impacto Fisiológico de los Estados Emocionales Negativos.

En términos generales, la tendencia a experimentar emociones negativas expresa una condición negativa a través de diferentes situaciones y permanente en el tiempo. En este sentido, esta *disposición* relativamente continua a experimentar estados emocionales desagradables - como ansiedad, depresión, enfado, asco, desprecio -, a tener una visión negativa del self y del mundo, podría ser entendida como un rasgo de personalidad (Pervin, 1997).

De acuerdo con algunos autores (Piqueras, Ramos et al., 2009), cuando este tipo de emociones adquiere un carácter crónico pierden su condición adaptativa causando malestar significativo y dando origen a trastornos psiquiátricos y/o a enfermedades físicas. Para Cano-Vindel y Miguel-Tobal (2001) la interrelación entre los factores emocionales y los procesos de salud-enfermedad se basa en que la mayor intensidad, frecuencia y cronicidad de los estados emocionales negativos puede producir cambios en la conducta, aumentando la probabilidad de desarrollar comportamientos poco saludables, como el consumo de alcohol o tabaco y el sedentarismo, los cuales se asocian a enfermedades crónicas. Además, estas reacciones emocionales mantienen altos niveles de activación fisiológica, que al persistir en el tiempo, pueden provocar disfunciones fisiológicas, como arritmias, hipertensión arterial, dispepsias, cefaleas, dermatitis, entre otras, y a ciertos grados de inmunodepresión.

A través de los años, se ha desarrollado un modelo de emoción y salud que toma en cuenta los procesos que vinculan las emociones negativas con la falta de salud (Smart Richman, 2005), donde de acuerdo al tipo de emoción estudiada se ha logrado identificar tanto patrones directos, que involucran la activación fisiológica, como indirectos, que abarcan cognición, comportamiento y procesos adaptativos. Los efectos fisiológicos descritos incluyen alteraciones en la estabilidad eléctrica del corazón, activación crónica del sistema nervioso simpático, liberación de catecolaminas,

irregularidades en el eje adrenal pituitario hipotalámico, desregulación serotoninérgica y disfunción endotelial (Smart Richman, 2005).

Son numerosos los estudios que han revelado que las emociones negativas, como la ira, ansiedad y depresión, se encuentran ligadas a una mayor morbilidad y mortalidad en la enfermedad crónica, entre ellas la Diabetes (Lustman, 1991). La compleja interacción entre el funcionamiento orgánico-psíquico, junto con factores ambientales en un individuo parece ser cada vez más relevante dentro de la comprensión en el estudio del desencadenamiento de enfermedades crónicas. Ejemplo de ello es que ciertas investigaciones indican que la presencia de estímulos psicosociales podría causar estrés emocional, el que a su vez puede alterar el sistema autónomo, el sistema inmunológico y también el endocrino (Glaser, 2004).

Particularmente, tanto la depresión mayor como la depresión subclínica aumentan sustancialmente el riesgo de desarrollar enfermedades como el cáncer (Penninx et al., 1998) y enfermedades cardiovasculares (Glassman y Shapiro, 1998). Así mismo, la depresión se ha asociado a una reducción en la efectividad de la rehabilitación; en el caso de los pacientes diabéticos depresivos, se ha comprobado que tienden a seguir menos las indicaciones en cuanto a la dieta y tienen peores controles de glucemia (Katon, 2004). En este contexto, el riesgo de desarrollar complicaciones a partir de la Diabetes, es mayor. Es así como ciertos estudios han mostrado una asociación entre Diabetes, depresión mayor y un mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, como infarto al miocardio o accidentes cerebrovasculares, y microvasculares, como retinopatías, pié diabético o disfunción renal (Lin, Rutter et al., 2010).

Por otra parte, también se reconoce que el dolor – vinculado a la depresión y otros modos de afectos negativos – puede aumentar la severidad y mortalidad de una enfermedad. El dolor puede provocar un aumento en la frecuencia cardiaca y en la presión sanguínea, lo que trae como consecuencia un aumento en la secreción de hormonas relacionadas con el estrés, como las catecolaminas y el cortisol, provocando una alteración en la actividad inmune (Glaser, 2004).

Pero, ¿cómo, concretamente, las emociones negativas pueden producir todas estas alteraciones? Para comprender los mecanismos subyacentes al desarrollo de la enfermedad, es necesario profundizar en el estudio del sistema inmune y endocrino.

Uno de los elementos claves en la comprensión de estos procesos, son las *citoquinas*. En términos generales, son proteínas liberadas por células cuya función es servir de señal intercelular para regular la respuesta inmune frente a lesiones o infecciones. Esta señal tiene propiedades similares a las hormonas del sistema endocrino. De acuerdo al efecto en la respuesta inmune, se distinguen dos tipos:

- a) Proinflamatorias: éstas promueven la inflamación como reacción benéfica en respuestas inmunes tempranas al daño e infección (Glaser et al., 1999). Su acción fundamental es atraer las células inmunes al lugar de infección o lesión, activando la respuesta. Su acción secundaria incluye cambios en la fisiología que promueven la inflamación, como las alteraciones en el metabolismo y la regulación de la temperatura.

- b) Antinflamatorias: son las encargadas de saturar la respuesta inmune, provocando – por instantes – una disminución en la función celular y la síntesis de otras citoquinas.

La respuesta inflamatoria del sistema inmune puede ser activada a través de diversas vías. Los mecanismos asociados con la inflamación son primordiales en la solución de infecciones y en la reparación de tejidos dañados. Sin embargo, las infecciones crónicas o recurrentes pueden generar cambios patológicos como estados permanentemente bajos en los niveles de inflamación, debido a la estimulación persistente del sistema inmune (Cohen, 2001). En este sentido, los procesos inflamatorios han sido recientemente asociados a enfermedades cardiovasculares, osteoporosis, artritis, cáncer y Diabetes tipo II.

2.3 Emociones Negativas, Alteración Inmune y Neuroendocrina.

Diversas investigaciones han mostrado que la depresión y la ansiedad aumentan la producción de citoquinas proinflamatorias, como IL-6 (Dentino et al., 1999; Lutgendorf et al., 1999; Maes et al., 1998). En este sentido, estresores físicos o psicológicos pueden estimular la producción de IL-6 y otras citoquinas proinflamatorias alterando de manera directa el sistema inmune. Pero además, las emociones negativas contribuyen indirectamente a la desregulación inmune, evidenciada en la sobreproducción de citoquinas proinflamatorias, lo que puede provocar la inhibición de ciertos aspectos de la respuesta inmune contribuyendo a la inmunodepresión. Por tanto, parece ser evidente que cualquier emoción dentro del espectro negativo puede afectar las células del sistema inmune, ya sea aumentando o disminuyendo la secreción de citoquinas proinflamatorias, lo que conlleva la prolongación, cronificación o el retraso en la cura de infecciones y un efecto adverso en otros mecanismos autoinmunes (Lutgendorf et al., 1999).

Por otro lado, existe gran evidencia que demuestra que las emociones provocan la liberación de hormonas pituitarias y adrenales, las que causan múltiples efectos en el organismo – desde alteraciones cardiovasculares hasta alteraciones en las funciones inmunes. Estudios muestran que la ansiedad y la depresión activan el eje simpático-adrenal-pituitarios, como el HPA (eje hipotálamo-pituitario-adrenal). La acción de estas respuestas emocionales implica la liberación de catecolaminas (epinefrina y norepinefrina), adenocorticotrofina, cortisol, hormona del crecimiento y prolactina, las que provocan cambios cuantitativos y cualitativos en la función inmune. Si consideramos, además que lo anterior involucra una retroalimentación bidireccional entre ambos sistemas – inmune y endocrino – se puede establecer que las emociones negativas pueden dar origen a una desregulación inmune y estos procesos pueden conducir a cambios endocrinos y autoinmunes desadaptativos (Kiecolt-Glaser et al., 2002; Kiecolt-Glaser, 2009).

2.4 Emociones Negativas, Alteraciones Fisiológicas y Diabetes.

Dentro de la investigación en Diabetes, ya a comienzos de la década de los '80 se señalaba la existencia de una actividad conjunta entre el sistema nervioso y el sistema endocrino que permitía integrar y coordinar ciertas funciones metabólicas del organismo (Lutsman, 1983). En este contexto, un reciente estudio epidemiológico realizado por la Universidad de Stanford sugiere que las emociones negativas podrían jugar un rol primordial en el desarrollo de la Diabetes Mellitus (Canerthon, 2003). La autora referida señala que existe una relación entre depresión y Diabetes que tienen que ver tanto como precedente al inicio de la enfermedad como con su desarrollo. En el trabajo citado, propone que los mecanismos orgánicos que podrían explicar esta asociación involucran los marcadores inflamatorios, la activación del eje adrenal pituitario hipotalámico y el interjuego entre la predisposición genética y depresión o estrés.

Respecto de los marcadores inflamatorios, existe evidencia de elevación de las citoquinas interleukin 1- β , tumor necrosis factor α y proteína reactiva C en personas depresivas; lo relevante es que estos marcadores también se relacionan con el desarrollo de Diabetes. En concreto, Kiecolt-Glaser y Glaser (2002) han demostrado que emociones como la depresión, la hostilidad, la ansiedad y el estrés se asocian con una alteración inmune y neuroendocrina que aumenta los niveles de IL-6 y CRP (proteína C reactiva), lo que conduce a una mayor probabilidad de desarrollar Diabetes tipo II. Es posible que los procesos inflamatorios estén supeditados al daño oxidativo y la liberación de radicales libres lo cual deteriora las células β del páncreas, limitando la liberación de insulina; además, estos procesos también tienden a inhibir la absorción de insulina (Schmith, 1999).

Los descubrimientos en torno a la desregulación del eje adrenal pituitario hipotalámico, muestran que es posible encontrar en pacientes depresivos altos niveles de cortisol que pueden provocar un aumento en la liberación de glucocorticoides, la disminución en la absorción de glucosa y la elevación de los niveles de glucosa en la sangre; en otras palabras, se produce una acción antagónica en la mediación de la insulina sobre la eliminación de la glucosa o en la acumulación de grasa abdominal

(Kathol, 1989), lo que aumenta considerablemente el riesgo de desarrollar Diabetes tipo II. Se suma a ello, que la depresión puede dañar la capacidad para manipular la carga de carbohidratos, lo que también aumenta el riesgo de desarrollar Diabetes tipo II, pues se produce una mayor liberación de hormonas contrarreguladoras.

Los estudios realizados por Surwit (1992) sugieren que los trastornos depresivos se acompañan por un aumento en la actividad del sistema simpático-adrenal basado en las medidas de noradrenalina, dopamina y adrenalina en el fluido cerebroespinal, sangre u orina, los cuales se reconoce están asociados al aumento de glucosa en la sangre y a deficiencias en la tolerancia a la glucosa. En cuanto a la alta correlación entre depresión y estrés fisiológico y psíquico, es factible que la relación entre estrés e hiperglucemia medie la relación entre depresión y Diabetes, pues el estrés sólo precipita la Diabetes clínica en aquellas personas que poseen una predisposición a desarrollar esta enfermedad (Surwit, 1992).

Estos descubrimientos se corroboran con otros estudios realizados en los que se observó que determinados factores de riesgo psicológico, como los síntomas depresivos, la hostilidad y la cólera, influyen sobre los biomarcadores inflamatorios. Particularmente, el nexo es significativo respecto de la proteína C-reactiva, interleukin-6 y las proteínas pertenecientes al sistema inmune (citoquinas y quiomocinas), y esto se vincula a estados prediabéticos con resistencia a la insulina (Suarez, 2006). En este estudio, también se vinculó la presencia de síntomas depresivos, de hostilidad y una mayor predisposición a expresar la ira con elevados niveles de insulina, glucosa basal y HOMA-IR¹⁶, especialmente en mujeres. Es decir, mientras mayor sea la tendencia a la hostilidad y a expresarla, mayores serán los síntomas depresivos, lo que puede ser un predictor en la alteración del metabolismo de la glucosa.

¹⁶ HOMA-IR es una medición que evalúa la resistencia a la insulina.

2.5 Depresión y Diabetes.

Estudios previos han determinado que existe un aumento en la prevalencia de enfermedades psiquiátricas, particularmente trastornos afectivos y de ansiedad, en pacientes con Diabetes, quienes presentan una pobre regulación de la glucemia (Lustman, 1986; Popkin, 1988). Se considera, además, que la depresión clínica y subclínica está presente en más del 25% de pacientes con Diabetes tipo I y II (Lustman, 2000). De acuerdo a lo anterior, estudios muestran que la prevalencia de depresión aumenta significativamente en personas con Diabetes tipo I o II comparadas con personas sin Diabetes (Lustman, 2007) y que la depresión aumenta significativamente la probabilidad de desarrollar Diabetes tipo II (Kinder et al., 2002). Tal como se mencionó con anterioridad, la depresión puede estar presente tanto en fases previas al desarrollo de la Diabetes, - el estudio de Canerthon (2003) revela que los síntomas depresivos implican una mayor incidencia de Diabetes, especialmente en la población femenina - y también como consecuencia del diagnóstico, donde la presencia de complicaciones y otros factores biológicos podrían estar asociados al inicio y a la persistencia de los síntomas depresivos (De Groot, 2001; Pineda, 2004). No obstante, lo más destacable entre los estudios que exploran la relación entre Diabetes y depresión, es la revisión y meta-análisis realizado por Lustman (2000) en el que acredita una asociación significativa entre síntomas depresivos y altos niveles de glucosa en la sangre, evidenciando que en la medida que hay una disminución en la severidad de los síntomas depresivos, se reduce significativamente la concentración de hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}).

La investigación realizada por Anarte y colaboradores. (2010) señala que altas puntuaciones en ansiedad y en depresión se encuentran asociadas a una disminución en la calidad de vida en personas que padecen Diabetes Mellitus tipo I, lo que podría repercutir en la presencia de complicaciones médicas propias de la enfermedad. La relevancia fundamental de estos hallazgos es que estas variables son excelentes indicadores para mejorar la calidad de vida e impulsar la prevención y el tratamiento psicológico de los síntomas ansiosos y depresivos en pacientes con Diabetes (Anarte, 2010), si se considera, además, que algunas investigaciones señalan que la depresión

incide en un pobre control de la glucemia, pues favorece conductas de autocuidado deficientes, como tabaquismo, sedentarismo y obesidad, aumentando el riesgo de enfermedades cardiovasculares, procesos inflamatorios e incluso demencia (Lin, Heckbert et al., 2009).

2.6 Factores de Personalidad en la Diabetes.

Un número considerable de investigaciones se ha centrado en determinar rasgos de personalidad y su relación con la regulación de glucosa en personas con Diabetes. No obstante, los resultados de dichas investigaciones no presentan acuerdo entre ellos, obteniendo conclusiones contradictorias.

2.6.1 Estudios de Personalidad y Control de Glucemia.

En un intento por establecer relación entre características de personalidad y la regulación de glucosa en la sangre Lustman, Frank y McGill (1991) aplicaron el Cuestionario Tridimensional de Personalidad (TPQ) basado en la teoría biosocial de personalidad de Cloninger, que evalúa tres dimensiones: *Búsqueda Novedosa*, *Evitación del daño* y *Dependencia de Recompensa*.

Uno de los hallazgos consistió en que sujetos diagnosticados con un desorden de personalidad mediante el Cuestionario TPQ, presentan un pobre control de glucosa frente a aquellos que no clasificaron para este diagnóstico. Además, se encontró que pacientes con Diabetes tipo I presentaban mayor prevalencia en cualquier desorden TPQ o rasgos de personalidad que en pacientes con Diabetes tipo II.

Tabla 5. Dimensiones y subescalas del Cuestionario Tridimensional de Personalidad.

<i>Búsqueda Novedosa (BN)</i>	Estabilidad exploratoria, impulsividad, extravagancia y desorganización
<i>Evitación del Daño (ED)</i>	Disculpa y pesimismo; tensión frente a la incertidumbre; timidez frente a extraños; fatigabilidad y astenia.
<i>Dependencia de Recompensa (DR)</i>	Sentimentalismo, persistencia, apego y dependencia

Por otra parte, el test indicó que el escaso control de glucosa se asoció significativamente a rasgos de alienación, oportunismo, oposicionismo y un tipo de desorden de personalidad explosiva. Específicamente, el rasgo de personalidad oportunista, compuesto por altos puntajes en Búsqueda Novedosa (BN) y bajos en Evitación del Daño (ED), se encuentra asociado a un pobre control de glucosa en cualquier tipo de Diabetes. Es interesante que sujetos que presentan este tipo de rasgo, tiendan a ser incapaces de postergar la gratificación.

Altas puntuaciones en Evitación del Daño y Dependencia de Recompensa (DR), indican un rasgo de personalidad alienado. Se trata de sujetos tímidos, alienados, incapaces de influir sobre otros, que rápidamente se dan por vencidos frente a las dificultades, desgracias o al dolor; generalmente se acompaña de apatía y dificultades para colaborar con los demás. Este rasgo también reveló déficit en el control de la glucemia para toda la muestra.

En cuanto al desorden de personalidad explosiva, compuesto por bajos puntajes en DR y altos en BN y ED, tienden a ser poco constantes y a establecer vínculos escasos y superficiales.

Independiente de los resultados contradictorios respecto de las variables de personalidad que influyen en el control de la glicemia en la sangre, la evidencia tiende a avalar que emociones como la ira, hostilidad, sentimientos depresivos y disfóricos afectan de manera significativa los niveles de glucosa en pacientes con Diabetes Mellitus. Al respecto, una de las conclusiones de la investigación de Smart Richman (2005) plantea que la ira, y no la ansiedad, actúa como predictor en la prevalencia de la Diabetes Mellitus. Por otra parte, en un estudio realizado en niños y adolescentes con Diabetes sobre variables de personalidad y control metabólico, se evidenció que los adolescentes con Diabetes presentan altos niveles de ansiedad y depresión, pobre concepto de sí mismos y relaciones interpersonales deficientes (Gross, 1983).

Desde otra perspectiva, rasgos como la perseverancia y la autodisciplina son indicadores de un Yo fuerte y maduro, capaz de controlar los impulsos, con un

adecuado desarrollo moral y con capacidad para establecer vínculos significativos, y ello se ha asociado a mejor control metabólico (Ryden, 1990).

2.6.2 Estudios sobre Personalidad Tipo C y Diabetes.

Una propuesta un tanto distinta realiza la investigación diseñada por Anarte (2000), dedicada a evaluar el estilo comportamental *Tipo C* en pacientes crónicos. Este patrón de conducta se caracteriza por una cooperación extrema, pasividad, la evitación de conflictos, la supresión de emociones como la ira y la ansiedad, el uso de la represión como mecanismo de afrontamiento, rigidez y con mayor predisposición a experimentar desesperanza y depresión (Eysenck, 1994). El tipo C se ha relacionado con enfermedades crónicas, así como también se ha señalado una conexión entre represión emocional y salud, siendo la represión emocional un mecanismo frecuente en personas que padecen enfermedades crónicas como la Diabetes (Tozzi, 1985), por lo que se considera la probabilidad que este estilo de comportamiento sea un factor de vulnerabilidad que determina el desarrollo de este tipo de enfermedad. Concretamente, los resultados de la investigación apuntan a que los diabéticos se distinguen de manera importante de las personas sanas en las dimensiones de Control, Represión Emocional y Necesidad de Armonía. En otras palabras, los pacientes diabéticos tienden a reprimir o inhibir la expresión emocional utilizando la razón y la lógica para evitar el contacto con emociones frente a los conflictos interpersonales, pues existe una fuerte necesidad y preocupación por mantener el equilibrio en sus relaciones con los otros.

De acuerdo a lo anterior, Pennebaker (2007) propone la idea que la inhibición de pensamientos y/o sentimientos se asocia a una mayor probabilidad de enfermar. Sus investigaciones plantean que las preocupaciones surgen, precisamente, porque se intenta evitar el conflicto que origina la preocupación, causando cambios fisiológicos desagradables (aumento de la conductancia de la piel, ansiedad, entre otros). De este modo, propone que la expresión o desinhibición permite abrir aspectos del pasado y elaborarlos a través de los procesos emocionales necesarios, y ello se asocia a una mejoría en la función del sistema inmune, menos visitas al médico y mejor rendimiento; en cambio, la contención o inhibición conducen a encapsular los afectos, al aumento de

la ansiedad y de la sensación de malestar, cuyo efecto es una mayor vulnerabilidad a desarrollar enfermedades físicas y psicológicas.

2.7 Estudios de Personalidad en Diabetes mediante el Test de Rorschach, la Teoría de los Cinco Factores (NEO PI-R) y Teoría del Apego.

2.7.1. Estudios en Diabetes a través del Test de Rorschach.

En los últimos 30 años han sido escasos los estudios sobre Diabetes que han empleado el Test de Rorschach. En 1974 Koch y Molnar realizaron una investigación intentado pesquisar aspectos psiquiátricos en ocho pacientes adultos con Diabetes Mellitus inestable. Para ello, utilizaron, entre otros instrumentos, el MMPI y el Test de Rorschach.

El análisis de los datos fue realizado caso a caso, pero en aras de la síntesis, sólo se mencionarán los aspectos comunes presentes en la mayoría de los sujetos. En términos generales, ambos test evidencian emociones dentro del espectro negativo, destacándose elementos de ira y hostilidad, que tiende a reprimirse, a dirigirse hacia sí mismo o hacia los otros. También se observó la presencia de ansiedad, depresión y baja autoestima.

Las investigaciones más recientes en el tema fueron desarrolladas por Sultan (2002) y Ando (2005), utilizando como método de codificación y análisis del Test de Rorschach el Sistema Comprensivo de Exner. La primera de ellas indagó sobre las variables Rorschach relacionadas con el control de glucosa en la sangre en pacientes con Diabetes tipo I. Los resultados indicaron que las emociones negativas correlacionaban con el bajo control de la glucemia, lo que sugería que sentimientos como la angustia y la disforia dificultaban el control del nivel de glucosa en la sangre.

Además, se encontraron respuestas de sombreado difuso (Y) las que remiten a sentimientos de angustia, falta de control, ansiedad y frustración, los cuales se relacionan con la dificultad para mantener conductas de autocuidado. Otro tipo de

respuestas fueron las de color acromático (C') que señalan la constricción e internalización de afectos como la angustia y el dolor; dado que la presencia de estos índices se reflejó en pacientes con glucemia alta, fueron asociadas a dificultades en el equilibrio de la glucosa en la sangre y pobres conductas de autocuidado.

Por otra parte, el estudio reveló que el control adecuado de glucemia y el buen manejo de la Diabetes, se relacionaba con la capacidad para actuar y resolver problemas tomando en cuenta la información externa y con la capacidad para experimentar y expresar los afectos. Este aspecto es posible vislumbrarlo en el estilo vivencial (EB) y en la sumatoria ponderada de color (WsumC).

Por último, para los autores resultó curiosa que la ausencia de respuestas de textura (T), que es un indicador de la dificultad para establecer lazos significativos, de daño básico en la necesidad afectiva o de dependencia, se observaba en pacientes que mantienen un buen control de la glucemia, lo que fue interpretado como parte del sentido de responsabilidad personal y autonomía.

Tabla 6. "Expectativas teóricas y hallazgos Rorschach asociados al control de glucemia en Diabetes Insulino Dependiente tipo I". Adaptación tomada de "Psychosomatic Medicine and the Rorschach Test" (Porcelli, 2004, pp. 206)

Constructos	Trasfondo	Variables del Ro	Correlación del Significativa
Destreza Emocional	La asociación entre emociones negativas y Diabetes sugiere una directa (a través de hormonas) e indirecta (a través del autocuidado) relación entre estrés psicológico y azúcar en la sangre	SumT>1 SumV>0 SumY>1 SumC'>1	SumY>1 SumC>1 Se relaciona con pobre control de glicemia.
Estilo Vivencial	Un estilo vivencial centrado en los problemas puede ser más efectivo en mantener el régimen demandante.	SumM WSumC EB Per	WSumC (2.99 +- 2.30) Mejor control de Glicemia
Eficiencia Cognitiva	Trastornos del pensamiento y exámenes de realidad pueden afectar la calidad del control que ejerce el paciente en cuanto al azúcar en la sangre.	WSum6 Zf	WSum6 (8.6 +- 8.5) Se relaciona con pobre control de glicemia.

Ando (2005) presentó un estudio preliminar de factores psicológicos que afectan la asistencia clínica y el control de la glucemia en una muestra japonesa con Diabetes tipo II. Los resultados mostraron que las personas que tendían a abandonar el tratamiento se caracterizaban por presentar distrés emocional, actitudes negativas hacia el sí mismo (debido a la presencia de un mayor número de respuestas mórbidas), dificultades en el control y tolerancia al estrés, reflejadas en las respuestas de movimiento inanimado que indican sentimientos de desamparo e impotencia, y en el índice de estimulación sufrida (es) que indicaba fuertes demandas ideacionales y emocionales.

En cuanto a las respuestas de textura, Ando encontró que los pacientes que tenían un inadecuado control de glucemia presentaban en forma significativa más de una respuesta T. Esto quiere decir que las personas con un pobre control y manejo de la Diabetes tienden a aparecer con una mayor necesidad de cercanía y dependencia con los otros. Estos aspectos resultan de interés, pues vienen a complementar y muestran ser congruentes con el estudio francés realizado por Sultan (2002).

En base a los planteamientos anteriores, es posible plantear que la mayor parte de las investigaciones revisadas, establecen relaciones importantes entre la Diabetes y ciertos factores de riesgo psicológico, como síntomas depresivos, ira, sentimientos disfóricos, hostilidad, dificultades en la expresión de sentimientos y en las relaciones con los otros. No obstante, estos estudios se han realizado, por un lado, comparando grupos muestrales entre Diabetes tipo I y Diabetes tipo II; y por otro, las características de personalidad estudiadas, sólo se han relacionado con las medidas de glucosa en la sangre y con la capacidad y medidas de autocuidado.

2.7.2. Estudios en Diabetes a través Teoría de la Personalidad de los Cinco Factores. Inventario de Personalidad NEOPI-R.

La investigación de Lane (2000) en pacientes con Diabetes tipo II señala que rasgos como *neuroticismo*, *ira*, *hostilidad*, y *vulnerabilidad* se establecen como predictores de hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}), en los cuales puntajes altos en

Neuroticismo se asociaron a bajos niveles de HbA_{1c} lo que indica un mejor control de la glucemia. Así mismo, altos puntajes en altruismo se relacionaron con niveles elevados de HbA_{1c}, lo que indica un éxito menor en el control de la glucemia. Por tanto, altos niveles de glucosa en la sangre fueron relacionados con bajos puntajes en Neuroticismo, ansiedad, ira, hostilidad, y altos puntajes en altruismo se vincularon a un pobre control de la glucemia.

Lane (2000) sostiene que estos hallazgos son coherentes con la hipótesis de que personas con altos índices en Neuroticismo tienden a experimentar emociones negativas, como ira, frustración, culpa, tristeza y desesperanza, pero también incluyen una mayor predisposición a preocuparse, mayor autoconciencia y sentimientos de ser menos efectivos para adaptarse al estrés. De acuerdo con el autor, pese a lo que pudiera esperarse, precisamente esta inclinación implica el aumento en la motivación de un paciente con Diabetes para seguir un régimen de autocuidado y obtener mejores resultados clínicos.

Las personas con bajos puntajes en Neuroticismo son descritas como calmadas, temperadas, relajadas, capaces de enfrentar situaciones estresantes sin alteración ni disgusto. La investigación en el área del cáncer realizada por Fawzy y colaboradores (1993), revela que las personas que presentan bajos niveles de estrés minimizan la importancia y amenaza de la enfermedad para su bienestar. Algo semejante ocurre en la Diabetes tipo II; aquellos pacientes que reportan menor nivel de Neuroticismo se caracterizan por estar faltos en el distrés emocional necesario para motivarlos a mantener un adecuado autocuidado, minimizando las consecuencias a largo plazo de las debilidades para mantener el control y el impacto en la salud que las complicaciones que la enfermedad puede conllevar en el futuro. El resultado de ello, un inadecuado control de la glucemia (Lane, 2000).

En contraste, otros estudios han mostrado que el rasgo Neuroticismo se encuentra asociado a pobres resultados en el control de la glucemia. Así por ejemplo, el trabajo de Wiebe (1994) mostró que en una muestra de pacientes adolescentes con Diabetes tipo I, la afectividad negativa, es decir, la tendencia a experimentar emociones

negativas, fue relacionada con controles deficientes de glucemia. Dentro de esta misma línea, se ha demostrado que mayores puntuaciones en inestabilidad emocional se vinculan a un mayor producción de síntomas, de mayor severidad, pobre autocuidado y pobre autorreporte de la salud (Larsen, 1992).

Los sujetos que presentan altos puntajes en Altruismo – definidos como enfocados activamente hacia los demás, generosos, considerados y con buena voluntad para asistir en las necesidades – poseen un mal control de los niveles de glucosa en la sangre. Los autores proponen que esto puede ser comprendido a partir de los mecanismos de autocuidado, pues al estar más centrados en las necesidades de los otros que en las propias, tienden a ser negligentes en el cuidado de sí mismos. Por el contrario, bajas puntuaciones en Altruismo indican personas más centradas en sí mismas y reticentes a involucrarse en los problemas ajenos, por lo que realizan un control más adecuado de sus niveles de glicemia.

2.7.3. Estudios en Diabetes a través de la Teoría del Apego.

La teoría del apego de Bowlby (1982) entrega un marco conceptual basado en el principio de que las relaciones tempranas y los rasgos de temperamento conforman y refuerzan las percepciones y conductas en relaciones subsiguientes, de manera tal que para la adolescencia tardía y la adultez, las personas tienen un estilo de apego relativamente estable. En otras palabras, las primeras interacciones junto con los primeros cuidados que el niño recibe, permiten el desarrollo de esquemas cognitivos que persisten durante la vida adulta y determinan el comportamiento y las expectativas en las relaciones interpersonales.

Este enfoque ha sido aplicado en la comprensión de la enfermedad crónica, donde ciertos estudios sugieren que los estilos de apego inseguro influyen en la expresión o en el curso de la enfermedad (Clark, Watson y Mineka, 1994) y en cómo estos modelos influyen en la manera en que las personas se consideran a sí mismas merecedoras de cuidado y si perciben a otras como cuidadoras válidas (Ciechanowski, Katon, Russo et al., 2004).

La tabla N° 7 presenta una síntesis de las características correspondientes a cada estilo de apego.

Tabla 7. Caracterización de los estilos de apego. (Melero, R. Cantero, M^a. J., 2008)

Estilo de Apego	Características
Seguro	<p>Posee un modelo mental positivo de sí mismo y de los otros. Su autoestima es alta, no presenta dificultades interpersonales serias, tiene confianza en sí mismo y en los demás. Expresa su deseo de intimidad con las personas, sintiéndose cómodo con ella. Un sujeto seguro mantiene un equilibrio entre sus necesidades afectivas y la autonomía personal.</p> <p>De acuerdo al modelo bidimensional de “ansiedad y evitación”</p>
Alejado	<p>Su característica principal es poseer un modelo mental positivo de sí mismo, pero negativo de los demás, una elevada autosuficiencia emocional, baja necesidad de apego y una orientación al logro. Tiende a sentirse incómodo frente a la intimidad, considerando las relaciones interpersonales como secundarias. Presenta dificultades en el procesamiento de las emociones negativas.</p>
Preocupado	<p>Al contrario del anterior, presenta un modelo mental negativo de sí mismo y positivo de los otros. Se trata de personas con baja autoestima, dependientes, con una fuerte necesidad de aprobación y una preocupación excesiva por las relaciones interpersonales, con un importante temor a ser abandonados. Dadas estas características, es posible que expresen hostilidad y celotipia al considerar, con mayor frecuencia, como amenazante la conducta de los otros.</p>
Temeroso	<p>Poseen un modelo mental negativo de sí mismos y de las demás personas. Se sienten incómodos frente a la intimidad, necesitan la constante aprobación de los demás. Sus necesidades de apego se encuentran frustradas debido a que, si bien necesitan del contacto social y las relaciones íntimas, temen el rechazo. Esto les conduce a evitar las relaciones sociales y los vínculos profundos, disminuyendo la probabilidad de establecer relaciones satisfactorias.</p>

Tal como se mencionó, los modelos de predisposición postulan que los factores de vulnerabilidad tienen un rol causal en el desarrollo de un trastorno (Clark, Watson y Mineka, 1994). Dentro de esta perspectiva Mauder y Hunter (2001) definieron tres mecanismos que pueden llevar a una persona con apego inseguro a aumentar los índices

de enfermedad. El primer mecanismo señala que una persona con apego inseguro tiene una mayor susceptibilidad al estrés y a activar respuestas fisiológicas más extremas al mismo. El segundo mecanismo se refiere a que las personas con apego inseguro tienden a usar métodos externos de regulación afectiva, como el abuso de sustancia o el consumo de alimentos, lo que podría conducir a desarrollar problemas en la salud. El tercer mecanismo plantea que las personas con apego inseguro tienden a ser menos eficaces en la búsqueda de ayuda, como el escaso uso del apoyo social y de la asistencia médica. Es relevante señalar que estos mecanismos pueden desempeñar un rol tanto en el desarrollo de la enfermedad, como en la adaptación a ella. Así, por ejemplo, la falta de voluntad para seguir las indicaciones médicas sobre dieta y actividad física pueden influir en el desarrollo de enfermedades como la cardíaca o la Diabetes y en la capacidad para adecuarse a ellas (Maunder y Hunter, 2001).

Pese a que las investigaciones apoyan la idea de la posibilidad que el apego inseguro puede ser un factor de riesgo para la salud, son escasos los estudios que contrasten la hipótesis de que las personas con apego inseguro desarrollen una o más enfermedades. La investigación de McWilliams y Bailey (2010) es una de las pocas en este tema, y reveló que los tipos de apego inseguro, particularmente el evitativo y el ansioso, se asocian a estados de salud negativos, con un mayor desarrollo de problemas físicos.

En lo que respecta al tema en estudio, ciertas investigaciones han determinado la influencia de los estilos de apego en el modo en que las personas diabéticas manejan su enfermedad, tanto en lo que respecta a las medidas de autocuidado, como en la relación establecida con los cuidadores asistenciales (médicos, enfermeras) y con su entorno (Ciechanowski et al., 2004).

Es así como Cohen y colaboradores (2005) intentaron abarcar una mayor comprensión de la relación entre el paciente diabético y su familia. Los resultados del estudio mostraron que pacientes diabéticos con estilo evitativo, además de obtener un aumento en los índices de hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}), tienden a percibir la interacción con sus familiares más cercanos (cónyuges, hijos, padres, etc.) como poco

apoyadores, debido, tal vez a que estiman que se trata de un tipo de soporte intrusivo y dañino. Es comprensible, por tanto, que en este tipo de paciente sea menor la dedicación y preocupación por la propia salud, pues la distancia se esgrime no sólo hacia el entorno y sus otros significativos, sino también hacia el propio cuidado, lo que contribuye a una pobre adherencia al tratamiento.

De este modo, cabe suponer que para implementar cuidados efectivos centrados en los pacientes diabéticos, es importante entender las variaciones en sus estilos de interacción y en su capacidad para vincularse con los cuidadores.

Las investigaciones de Ciechanowski, Katon, Russo, Wayne, Von Korff, Ludman, Lin, Simon y Bush (2004), encontraron que los pacientes con apego distante fueron menos adherentes a dietas, ejercicios, cuidados de piernas y medicación oral hipoglucemiante. Además fueron más proclives a fumar y a percibir la relación con sus cuidadores como menos favorable, en comparación con pacientes con apego seguro.

Estos hallazgos son consistentes con las características del apego distante. Personas con este estilo de apego tienden a percibir sus relaciones sociales como menos provechosas, y a ver a los demás poco disponibles o incapaces de proveerles cuidado. Consecuencia de ello, pueden evitar apoyarse en los demás, presentándose con una imagen de invulnerabilidad ante las entidades de cuidado de la salud, en vez de necesitados del cuidado o experticia del cuidador. En este sentido, es probable que no elaboren sus problemas, síntomas, enfermedad o los efectos de su enfermedad, debido a su reticencia a solicitar apoyo de los demás.

La autosuficiencia, característica clave del apego distante, puede considerarse un atributo positivo asociado a una mayor iniciativa y motivación al autocuidado. Sin embargo, en una enfermedad compleja como la Diabetes, un alto nivel de ella puede interferir las interacciones interpersonales que facilitan la autogestión de la enfermedad, tales como la negociación con las parejas y familiares relacionada, por ejemplo, a los cambios de dieta.

La misma investigación mostró que los pacientes con estilo de apego preocupado presentan una o más complicaciones diabéticas, comparados con otros estilos. Además, tenían mayor tendencia a la obesidad que las personas con los estilos distantes y seguro. En cuanto a los sujetos con apego ansioso, exhibieron una menor predisposición a hacer ejercicio, al compararlos con personas con apego seguro.

Otros estudios liderados por Ciechanowsky y colaboradores (2001, 2002) han señalado que los pacientes que poseían cualquier tipo de apego inseguro, ya sea temeroso, preocupado o distante, presentaban niveles significativamente altos de HbA_{1c} que aquellos con apego seguro. El grupo de pacientes con apego distante, fue asociado a niveles más altos de HbA_{1c}, con una pobre comunicación entre paciente-proveedor, con niveles más bajos de adherencia a los agentes hipoglucémicos orales y niveles significativamente inferiores de adherencia al monitoreo de glucosa. Si bien ello no indica una relación causal, sugiere que el estilo de apego influye en las respuestas adaptativas frente a la Diabetes y, posiblemente, a la gravedad de la enfermedad (McWilliams y Bailey, 2010)

2.8 Criterios previos al Análisis.

De acuerdo a ciertos autores (Siegel, 1984) al analizar la relación entre personalidad y enfermedad, es necesario considerar dos aspectos. El primero de ellos tiene que ver con el cumplimiento de ciertos criterios para considerar a una variable como factor de riesgo para la salud. Los criterios son los siguientes:

- a) La realización de diseños de investigación prospectivos para evitar algunas dificultades que presentan los diseños transversales, como las explicaciones causales.
- b) Considerar indicadores objetivos de enfermedad que permiten reducir el sesgo de la percepción subjetiva de síntomas o la influencia de factores de personalidad como el neuroticismo.

- c) Que exista una asociación consistente entre personalidad y enfermedad a través de la réplica de estudios.
- d) Que estas asociaciones, además de ser estadísticamente significativas, posean un valor práctico.
- e) El respaldo de una teoría biológica que explique los mecanismos mediadores entre personalidad y enfermedad.

El segundo aspecto a tomar en cuenta es que el tipo de relación entre personalidad y enfermedad puede ser directa o mediada por otras variables. De este modo, las relaciones estadísticamente significativas entre dos variables señalarían un efecto directo, siempre y cuando la variable moderadora no presente significación estadística. Por ejemplo, si se considera la hostilidad como característica de personalidad, el estrés laboral como mediador, y la enfermedad cardiovascular, el efecto directo señalaría que las personas hostiles tienen mayor riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular, sin importar el nivel de estrés laboral (Bermúdez, Pérez y Sanjuán, 2003).

Cuando sólo la tercera variable toma un valor significativo se habla de un efecto totalmente mediado. Utilizando el mismo ejemplo, se podría afirmar que la hostilidad se asocia a la enfermedad cardiovascular sólo si existe estrés laboral. Por último, el efecto parcialmente mediador muestra relaciones significativas entre las tres variables. De este modo, utilizando el ejemplo, las personas hostiles sometidas a un estrés laboral intenso tienen mayor riesgo de presentar enfermedad cardiovascular, pero también tienen el mismo riesgo en ausencia de estrés laboral (Bermúdez, Pérez y Sanjuán, 2003).

De acuerdo a la literatura, la información obtenida en la mayor parte de las investigaciones avalan los tres tipos de efectos, siendo más comunes las relaciones entre personalidad y enfermedad mediadas parcial o totalmente por otros factores, como estilos de afrontamiento, estilos de vida, influencias socio-culturales o características biológicas (Bermúdez, Pérez y Sanjuán, 2003).

La presente investigación tiene como propósito intentar establecer o distinguir un perfil de personalidad, o rasgos psicológicos característicos de sujetos que padecen Diabetes, para lo cual se comparó una muestra de sujetos sanos con una formada con personas que padecen Diabetes tipo I o tipo II. De acuerdo a lo anterior, se han formulado las siguientes preguntas que guiarán el desarrollo de la investigación:

- ¿Cómo se configura la personalidad de los sujetos diabéticos?
- ¿Existen indicios de que sujetos con Diabetes presenten mayor vulnerabilidad frente a las emociones negativas?
- ¿Existen dificultades en la modulación afectiva en personas que padecen Diabetes?
- ¿Existen dificultades en el establecimiento de vínculos en las personas diabéticas?
- ¿Cómo se establece la autopercepción de las personas diabéticas?

Investigación Aplicada

III. Metodología.

3.1 Enfoque Metodológico.

Esta investigación se enmarca dentro del enfoque cuantitativo. Se trata de un diseño cuasi experimental, *ex post facto* retrospectivo con grupo cuasi control, esto implica que los valores tanto de la variable dependiente (predicha), como las variables independientes (predictoras) son previos al inicio de la investigación, por lo que se debe *reconstruir* los hechos (León y Montero, 2003). Por otra parte, se optó por un diseño retrospectivo con grupo cuasi control debido a que, desde el punto de vista de la validez interna, este método “*permite estudiar la covariación y constriñe la posibilidad de sesgar la búsqueda de variables independientes*” (León y Montero, 2003, p. 367).

3.2 Objetivos e Hipótesis

Los objetivos generales de esta investigación son los siguientes:

3.2.1 Objetivos Generales.

- a. Identificar rasgos de personalidad comunes en personas que padecen Diabetes.
- b. Reconocer la interacción de los rasgos de personalidad que pueden ser asociados a la presencia de Diabetes.
- c. Precisar el rol de las emociones negativas en las personas que padecen la enfermedad.

- d. Comprobar la tendencia, en pacientes diabéticos, a presentar dificultades en las relaciones interpersonales.
- e. Explicar la relación entre variables asociadas con la autopercepción y Diabetes.
- f. Determinar si existe asociación entre la modulación y descarga de afectos y la Diabetes.

3.2.2 Objetivos Específicos.

- a. Determinar si los rasgos de personalidad contenidos en el Test de Rorschach, se distribuyen de manera diferente entre personas con Diabetes y personas sanas.
- b. Establecer si existen diferencias significativas entre los rasgos de personalidad comprendidos en el Inventario de Personalidad NEOPI-R tanto en personas sanas como en aquellas que padecen Diabetes.
- c. Especificar el porcentaje explicativo de las variables que comprenden las emociones negativas en el Test de Rorschach en pacientes diabéticos y en personas sanas.
- d. Definir el peso de las variables del Inventario de Personalidad NEOPI-R relacionados con las emociones negativas en personas diabéticas y no diabéticas.
- e. Puntualizar la significación de las variables del Test de Rorschach relacionadas con los vínculos de intimidad asociados a la presencia o ausencia de Diabetes.

- f. Determinar la incidencia de las variables del Inventario de Personalidad NEOPI-R asociadas a los vínculos de intimidad en personas que presentan la enfermedad y en los que no.
- g. Detallar la relación existente entre los factores del Cuestionario de Apego Adulto y los vínculos de intimidad entre personas con Diabetes y sin ella.
- h. Especificar la significación de las variables del Test de Rorschach en la relación entre autopercepción y presencia o ausencia de Diabetes.
- i. Distinguir la correspondencia entre las variables del Inventario de Personalidad NEOPI-R que abordan la autopercepción y la presencia o ausencia de Diabetes.
- j. Indagar el tipo de asociación entre la autopercepción y la presencia o ausencia de Diabetes, a través del Cuestionario de Apego Adulto.
- k. Especificar el peso de las variables del Test de Rorschach en la asociación entre la modulación de afectos y la presencia o ausencia de Diabetes.
- l. Precisar la significación de las facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R en la relación entre modulación afectiva y la presencia o ausencia de la enfermedad.

3.2.3 Hipótesis

En cuanto a las hipótesis que guían este estudio, son las que se presentan a continuación:

- a. Existen diferencias significativas en los rasgos de personalidad entre las personas diabéticas y personas que no padecen la enfermedad.
- b. Existe una relación significativa entre ser diabético y una mayor vulnerabilidad para experimentar emociones negativas como estrés, ira, tristeza, etc.
- c. Existe una relación significativa entre las dificultades en los vínculos con los otros y el ser diabético.
- d. Existe una relación significativa entre alteraciones en la autoestima y la Diabetes.
- e. Existen diferencias significativas que señalan dificultades en la modulación o expresión de los afectos en personas con Diabetes, que en personas que no la padecen.

3.3 Muestra

El universo de este estudio comprende personas sobre 18 años, provenientes tanto de la zona central de Chile (Regiones V, VI y Metropolitana) como de España (Comunidad Autónoma de Castilla de la Mancha y País Vasco).

Contempla una muestra *no probabilística* de 120 sujetos voluntarios, 60 de ellos de nacionalidad española y 60 de nacionalidad chilena, de los cuales 62 son mujeres y 58 varones, entre los 18 y 70 años edad. El grupo total se divide en 60 personas con diagnóstico de Diabetes tipo I o II y otros 60 que no tienen tal diagnóstico. Todos ellos controlados por el médico de cabecera dentro de los 10 meses anteriores a la evaluación.

3.3.1. Criterios de selección e inclusión de la muestra

Para el caso de las personas del grupo clave, los criterios para ser investigados, es decir, para aplicarles la batería de cuestionarios, fueron los siguientes:

1. Género
2. Sujetos mayores de 18 años y menores de 70.
3. Con diagnóstico médico de Diabetes Mellitus Tipo I ó II
4. Ausencia de trastorno psicótico.
5. Participación voluntaria en el proceso.

Por otra parte, para el grupo cuasi control (sujetos no diabéticos), se establecieron los mismos criterios de selección, exceptuando la presencia de Diabetes. La presencia de características sociodemográficas similares a los voluntarios diabéticos (tales como el género y la edad) se utilizaron con el propósito de controlar aquellas variables que pudiendo estar relacionadas con la Diabetes, no son parte de la investigación. (León y Montero, 2003)

3.4 Instrumentos¹⁷

Los instrumentos utilizados para este trabajo consistieron en una batería psicodiagnóstica, dos de las cuales corresponden a medidas de personalidad, otra evalúa las dimensiones involucradas en los estilos de apego y por último, un cuestionario sociodemográfico. A continuación, se describen brevemente los Tests y cuestionarios aplicados.

3.4.1 Cuestionario Sociodemográfico

Este cuestionario fue diseñado específicamente con el propósito de recoger información sobre edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, así como también sobre

¹⁷ Los cuestionarios cumplimentados y los protocolos de respuestas al test de Rorschach de cada participante, se encuentran disponibles en formato digital para quien desee revisarlos.

aspectos propios de la enfermedad, como tipo de Diabetes, años de inicio de la enfermedad, comorbilidad, aspectos hereditarios, impacto de la enfermedad en distintas áreas de funcionamiento, medidas de autocuidado. (Ver anexo 1)

3.4.2 Test de Rorschach

El Psicodiagnóstico de Hermann Rorschach es un test proyectivo que evalúa aspectos de la personalidad normal y patológica. Consta de 10 láminas compuestas por manchas de tinta sobre un fondo blanco. Se dividen en 5 láminas acromáticas, 3 cromáticas y 2 negro-rojas (Ver anexo 2).

Las láminas son presentadas de manera sucesiva a la persona preguntándole lo que ve en ellas, cómo y dónde manifiesta lo observado. El modo cómo el sujeto organiza o estructura las manchas de tinta al formar sus percepciones, refleja aspectos fundamentales de su funcionamiento psicológico.

El análisis del test se basa en lo percibido. Dado que existe más de un método de análisis de este test, para los efectos de esta investigación se utilizó el modelo difundido por Jonh E. Exner (2000, 2001), llamado Sistema Comprensivo, ya que cuenta con elementos estadísticos que permiten una mayor objetividad y rigor en la codificación y el análisis de la información.

En cuanto a las características psicométricas del Test de Rorschach existen estudios que avalan la fiabilidad de este test. Sin embargo, cabe mencionar que hay ciertos críticos que cuestionan que dicha fiabilidad no está suficientemente establecida (Garb, Wood, Nezworcki, Grove y Stejskal, 2001). Pese a ello, los trabajos de Weiner, Spielberg y Abeles (2002) de revisiones metaanalíticas y estudios con muestras de ambulatorios, identificaron coeficientes *Kappa* en variables de Sistema Comprensivo que oscilaban entre 0,79 y 0,88, rango valorado como *excelente* para este método.

Por otra parte, Meyer y colaboradores (2002) observaron medianas y medias de coeficientes interjueces de 0,92 y 0,90 respectivamente, para 164 variables del Sumario

Estructural del Sistema Comprehensivo, en dos clasificaciones independientes de 219 protocolos. De estas 164 variables, el 95% (156) cumplían los criterios de correlaciones intraclase de excelente fiabilidad. Es más, casi todas las variables del Sistema Comprehensivo relacionadas con determinados rasgos de personalidad, muestran una estabilidad a corto y largo plazo. Entre ellas existen 19 variables nucleares que cuentan con nuevos análisis de correlaciones realizadas a 1 o a 3 años, con valores de 0,85 o superiores (Viglione y Hilsenroth, 2001).

Estas observaciones conducen a estimar que el Test de Rorschach, bajo el análisis del Sistema Comprehensivo, es una prueba con alta fiabilidad (Vives, 2006).

3.4.3 Inventario de Personalidad NEOPI-R

Es un instrumento creado por P.T. Costa y R.R. McCrae (1978) y adaptado para la población española por A. Cordero, A. Pamos y N. Seisdedos (2002). Consta de 240 elementos que se responden de acuerdo a una escala tipo Likert de cinco puntos. Entrega una medida resumida de los cinco factores de personalidad fundamentales y de los rasgos más destacables que definen cada factor permitiendo una evaluación global de la personalidad del adulto.

El NEO PI-R ha demostrado ser útil en la investigación y en la práctica clínica. Recientemente, el Colegio Oficial de Psicólogos de España (2011), en una evaluación realizada a este test refiere que es un instrumento prototipo para la evaluación de los Cinco Grandes factores de personalidad, como tendencias de respuestas sólidas y estables en el tiempo.

Respecto de las propiedades psicométricas del test basadas en la adaptación española, muestran una fiabilidad y validez aceptables. Particularmente, de acuerdo a los autores, la consistencia interna de las cinco principales variables fueron: Neuroticismo obtuvo un alfa de Cronbach de 0.90, Extraversión 0.84, Apertura 0.82, Amabilidad 0.83 y Responsabilidad 0.88.

3.4.4 Cuestionario de Apego Adulto

Fue diseñado y baremado por R. Melero y M^a.J. Cantero (2008) para la población española (Ver anexo 3). Se basa en la teoría de del apego de J. Bowlby y evalúa el tipo de vínculo afectivo que establece una persona como expresión de los modelos mentales formados a través de la experiencias vividas en la infancia, las cuales servirán de base para la interacción con los otros en la vida adulta.

Consta de 40 ítems los cuales se agrupan en cuatro escalas o factores que configuran tres estilos de apego de tipo inseguro (temeroso, preocupado y alejado) y un estilo de apego seguro. Para los efectos de esta investigación se utilizarán en el análisis sólo los cuatro factores o escalas, pues dadas las investigaciones realizadas, los indicadores de apego tienen un ajuste menor en sujetos mayores de 50 años.

Los índices de consistencia interna de las cuatro escalas evaluadas mediante el coeficiente α de Cronbach, en el caso de esta muestra, arrojaron un 0.84 para la escala de “Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo”; para la escala “Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad” un índice de 0.80; la escala “Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones” obtuvo un índice de 0.60; y por último, la escala “Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad” presentó un índice de 0.59.

La tabla 8 presenta un resumen de las pruebas administradas para este estudio, con sus autores y la fiabilidad de ellas.

Tabla 8. Cuadro Resumen. Fiabilidad y Validez de Pruebas Aplicadas por principales autores.

Prueba Administrada	Autor	Fiabilidad/Validez	N
Test de Rorschach	Hermann Rorschach	Coef. Kappa 0,79- 0,88 Medias y Medianas 0,92 0,90 (Coef. Interjueces)	219
Inventario de Personalidad NEOPI-R	P.T. Costa y R.R. McCrae A. Cordero, A. Pamos y N. Seisdedos (Adaptación española)	Aceptable α Neuroticismo 0,90 Extraversión 0,84 Apertura 0,82 Amabilidad 0,83 Responsab. 0,88	2000
Cuestionario de Apego Adulto	Remedios Melero y María José Cantero	α Escala 1 0,86 Escala 2 0,80 Escala 3 0,77 Escala 4 0,68	445

3.4.5 Procedimiento y aplicación de las pruebas.

De acuerdo a la disponibilidad de tiempo de los sujetos voluntarios, se estableció un grupo a los cuales se les aplicó la batería de test y cuestionarios de manera presencial. A aquellos sujetos que presentaban dificultades en la disponibilidad de horario, se optó por entregarles los instrumentos – excepto el test de Rorschach - en un sobre con una hoja de instrucciones para responderlos (Ver anexo 4). Las consignas empleadas para la cumplimentación de los test, fue la estándar. Una vez completados los cuestionarios, se citó a cada sujeto, individualmente, para la aplicación del Test de Rorschach. Las consignas utilizadas en la aplicación de este test proyectivo correspondieron a las usadas por el método estandarizado, planteado en el Sistema Comprehensivo de J. E. Exner.

3.5 Técnicas de Análisis de la Información Recabada.

Una vez obtenida la muestra de sujetos, los datos sociodemográficos, los resultados de los cuestionarios aplicados, junto con la información obtenida a partir del Test de Rorschach, fueron volcados en una matriz de datos informática para datos cuantitativos. Estos datos, cuyo análisis se presenta, analiza y discute en los capítulos siguientes, corresponden al cruce entre algunas variables sociodemográficas y las variables detalladas anteriormente en el punto 3.4 de este capítulo. Todo ello fue realizado a través del Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 15.0.

Para responder a los objetivos de esta investigación se utilizaron las siguientes técnicas de análisis cuantitativas: (1) Análisis Descriptivo, que permite vislumbrar la conformación de los datos en la muestra. Para ello se utilizaron frecuencias, medidas de tendencia central (Media, Mediana y Moda) y estadísticos de variabilidad o de dispersión (Varianza, Desviación Típica, etc.). (2) Análisis Relacional, que permite establecer relación o asociación entre variables, como las tablas de contingencia, chi cuadrado (χ^2) y *prueba t* para muestras independientes. (3) Análisis Explicativo, que permite conocer la naturaleza y el grado de relación entre variables, de tal modo que conociendo los valores de una se pueda predecir los valores de otra (Hair, Anderson, Tatham y Black, 1999). Para efectos de esta investigación, la técnica de análisis elegida fue la *regresión logística*, debido a que se intenta explicar y predecir una variable categórica binaria (ausencia/presencia de Diabetes); en otras palabras, se trata de una variable dependiente no métrica que representa dos grupos.

En detalle, el tratamiento de los datos obtenidos tanto del Inventario de Personalidad NEOPI-R, como para el Cuestionario de Apego Adulto, para trabajar con el SPSS, fue considerar los puntajes T de cada factor y/o faceta. En cambio, para el trabajo con los datos obtenidos del Test de Rorschach se utilizó un procedimiento distinto, con el propósito de mejorar la probabilidad de obtener hallazgos útiles y significativos.

Esta investigación se inserta dentro de lo que la bibliografía llama un estudio *con Rorschach* (Exner, 1995). Exner propone que las variables Rorschach debieran ser refinadas, interactivas, conceptualmente fundamentadas, selectivas y confiablemente puntuables. Por tanto, más que depender de puntuaciones individuales o contenidos como variables, se deben utilizar conglomerados o configuraciones combinadas para proporcionar medidas multifacéticas de las variables en estudio. Ello no significa que, bajo ciertas condiciones, no se puedan utilizar algunas puntuaciones individuales (Exner, 1995).

Por este motivo, se utilizó el análisis por área de funcionamiento psicológico propuesto en el Sistema Comprehensivo de Exner (2001), en el cual se agrupan las variables del Rorschach según el área a estudiar. De este modo, se establecen ocho agrupaciones: Control y Tolerancia al Estrés, Estrés Situacional, Afectos, Triada Cognitiva (Procesamiento, Mediación e Ideación), Autopercepción y Percepción y Relaciones Interpersonales.

Cada una de estas agrupaciones está compuesta por un conjunto de indicadores Rorschach, los que se definen en el apartado de operacionalización de variables. Ahora bien, la variación de estos indicadores tiene distintas interpretaciones, por lo que para ingresar estos datos al SPSS se asignaron valores a cada subcategoría para representar cada una de estas interpretaciones. Luego, para el propósito de la utilización de algunos procedimientos estadísticos, cada subcategoría fue recodificada como variables dicotómicas, donde el valor 0 señala la ausencia (o ausencia de dificultad) del indicador y 1 su presencia (o alteración).

Asimismo, se efectuó la suma de subcategorías recodificadas para determinar las puntuaciones por agrupación. El puntaje de corte para definir la ausencia o presencia del indicador, está fijado por la cantidad de subcategorías consideradas para cada agrupación, por lo que estos puntajes son variables. Los valores cercanos a 0 indican ausencia de dificultad. Por otra parte, cabe señalar que para una mayor claridad en la interpretación de los resultados, algunas variables fueron transformadas en variables *dummy*. El resumen del procedimiento realizado se expone en el anexo 5.

3.6 Calidad del Diseño.

Como se trata de un estudio de carácter cuantitativo, para asegurar la calidad se optó por recurrir a las nociones de Confiabilidad y Validez.

La Confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado de precisión o exactitud de la medida, en el sentido de que si aplicamos repetidamente el instrumento al mismo sujeto u objeto produce iguales resultados. En este caso, la confiabilidad está dada por los instrumentos que ya han sido probados y muestran niveles de confiabilidad significativos.

Por otro lado, la Validez total de esta investigación está asegurada por las siguientes evidencias: (1) Su validez de contenido, que se refiere al grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide. Un instrumento de medición debe contener representados a todos los ítems del dominio de contenido de las variables a medir. En este caso los instrumentos utilizados poseen este atributo. (2) Su validez de criterio, que implica que la medición de los instrumento se ajusta o sirve a un criterio externo. Si el criterio se ajusta al futuro se habla de *validez predictiva*. En este estudio se usa una validez de este tipo, puesto que se desea conocer aquellos aspectos psicológicos propios de la estructura de personalidad que son predictores de Diabetes (3) Su validez de constructo, que se refiere al grado en que la(s) medición(es) aportada(s) por un(os) instrumento(s) relaciona consistentemente con otras mediciones que han surgido de hipótesis y construcción de teorías antecedentes.

3.7 Criterios Éticos.

Finalmente, el abordaje metodológico también tuvo consideraciones éticas.

Para la muestra diabética, se contó con la autorización preliminar del equipo directivo de la Asociación de Diabéticos de Chile (ADICH) y del equipo de Endocrinología del Hospital Virgen de la Salud de Toledo (España) para realizar la investigación. Cada equipo realizó una selección de pacientes como posibles participantes, tomando en cuenta los criterios antes expuestos. Así mismo, se obtuvo autorización de cada voluntario diabético y no diabético de la muestra captada en la Región Central de Chile (Región Metropolitana, del Libertador Bernardo O’Higgins y de Valparaíso), y del País Vasco – España.

Cada participante firmó un Consentimiento Informado (Ver anexo 6) para la utilización de los datos de su evaluación con fines de investigación. Se resguarda la confidencialidad de sus respuestas. Para gratificar a los participantes se les dio a conocer los resultados de los instrumentos aplicados, mediante una entrevista personal.

IV. Operacionalización de Variables.

4.1. Variable Predicha.

La variable predicha de este estudio es la presencia de Diabetes Mellitus Tipo I ó II, por lo que se asignó el número 1 a la presencia de ella, y 0 a la ausencia de dicha enfermedad.

Se entiende por Diabetes a la enfermedad crónica que describe un desorden metabólico caracterizado por la elevación crónica de glucosa en la sangre (hiperglucemia) y la alteración en el metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas. Para efectos de este estudio, se ha considerado tanto el tipo I – o insulino dependiente – como el tipo II, no insulino dependiente.

4.2. Variables Predictoras

En cuanto a las variables predictoras, quedaron definidas como sigue a continuación:

4.2.1. Rasgo de Personalidad

Se entiende por *rasgo de personalidad* a las disposiciones, tendencias o propiedades internas que explican el comportamiento de las personas y que configuran las bases de la personalidad (Larsen, 2005).

En este sentido, tal vez resulte más propio considerar el término más global de *personalidad* para los fines de este estudio, ya que este concepto involucra “*el conjunto de rasgos psicológicos y mecanismos dentro del individuo que son organizados y relativamente estables, y que influyen en sus interacciones, y adaptaciones al ambiente intrapsíquico, físico y social*” (Larsen, 2005, p. 4).

Esta variable incluye tanto las agrupaciones de variables del Test de Rorschach referidas por área de funcionamiento psicológico, como los cinco factores que mide el Inventario de Personalidad NEOPI-R, con sus facetas respectivas.

- **Test de Rorschach**

Las agrupaciones de variables referidas por área de funcionamiento psicológico, consideradas para evaluar la variable *rasgos de personalidad* se describen a continuación.

- a. **Control y Tolerancia al Estrés.**

Esta agrupación de variables permite evaluar la capacidad de control y los recursos disponibles, con el objeto de comprender el funcionamiento emocional e ideacional de una persona.

Particularmente, la noción de *control* se refiere a “*la capacidad de tomar decisiones y poner en práctica conductas deliberadas concebidas para responder a las demandas de una situación*” (Exner, 2000, p. 50). Esto se relaciona con la capacidad para mantenerse orientado y organizado. De este modo, el control puede fluctuar disminuyéndose o aumentando, dependiendo de la situación.

En cuanto al concepto de *recursos disponibles* se entiende como el “*conjunto de capacidades cognitivas que el sujeto ha desarrollado, incluyendo cómo identifica y emplea las emociones*” (Exner, 2000, p. 53), ello no significa necesariamente que a recursos limitados existan desajustes o patología mental; así como tampoco, que a mayores recursos haya una adecuada adaptación o ausencia de patología. La mayor o menor cantidad de recursos se relacionan con la facultad para controlar nuestro comportamiento; por tanto, mientras más sean los recursos que posee una persona, tiene una mayor posibilidad para configurar y orientar su conducta, pero ello es independiente de la efectividad o adaptación de las mismas.

De acuerdo a la teoría, un elemento importante relacionado con el concepto de control es el de *demanda estimular*, pues si ellas sobrepasan el nivel de recursos disponibles, es probable que se produzca una disminución o una pérdida de control. Cabe señalar que estas demandas pueden ser internas o externas y su impacto siempre será interno mediante una actividad mental¹⁸ y/o emocional¹⁹ (necesidades, contención e internalización de sentimientos, autoimagen o autoestima) que la persona no inicia ni controla, la mayor parte de las veces.

Por último, la *tolerancia al estrés* se relaciona con los conceptos anteriores, pues al aumentar la capacidad de control, aumenta el potencial para tolerar el estrés. Así mismo, al disminuir la capacidad de control, disminuye también la tolerancia al estrés.

a.1. Capacidad de Control y Tolerancia al Estrés.

Este indicador está compuesto por la puntuación D Ajustada (Adj D) y el Índice de Inhabilidad Social (CDI).

La Puntuación D Ajustada (Adj D) es el mejor “*indicador de la capacidad para mantener el control y dirección de las conductas en condiciones habituales*” (Sendín, 2007, p. 230), pues en su cálculo se eliminan los factores de estrés situacional.

Los puntajes esperados en adultos bordean el intervalo cero, lo que indica que la tolerancia al estrés es adecuada en situaciones habituales. Así, es probable que ante eventos de estrés intenso, prolongado o inesperado, podrían fracasar los controles. Por otra parte, si los valores son de signo positivo, refleja que dispone de recursos fuera de lo usual para hacer frente a las demandas que se le presentan al sujeto; por tanto su capacidad de control y tolerancia al estrés sería sobre lo normal. En cuanto a las

¹⁸ Se trata de la actividad ideacional periférica, que en condiciones normales cumple la función de alerta. No obstante, al aumentar altera la atención y concentración.

¹⁹ Puede ser un estímulo perturbador proveniente de fuentes como diversas necesidades, o debido a la contención e internalización de afectos, o por preocupaciones relacionadas con la autoimagen y autoestima.

puntuaciones con signo negativo, señalan una sobrecarga o un mayor registro de estímulos perturbadores de los que sus recursos pueden soportar.

El Índice de Inhabilidad Social (CDI) está compuesto por 11 variables Rorschach; 6 de ellas se relacionan con la percepción interpersonal, 3 con los afectos y 2 con el control y los recursos. Lo esperable es que se obtengan valores menores a 4; no obstante, cuando se obtiene un valor mayor de 3 se considera *positivo*. De este modo, referido al control y tolerancia al estrés, es un indicador de dificultades en el manejo de situaciones socioafectivas (Sendín, 2007), pues indica la presencia de sensaciones de desvalimiento intensas, similares a las de sobrecarga. Por lo general, se trata de personas que se ven sin recursos, indefensas y asustadas frente a las demandas sociales habituales.

La relación entre Adj D y CDI para la agrupación Control y Tolerancia al Estrés se establece en la tabla 9, de acuerdo a los principios de interpretación de J. E. Exner (Exner, 2000)

Tabla 9. Criterios de D Ajustada e Índice de Inhabilidad Social para la agrupación Control y Tolerancia al Estrés. Adaptado de "Principios de Interpretación del Rorschach", J. E. Exner (2000)

Adj D = 0 y CDI < 4	Indica capacidad de control y tolerancia al estrés similar a la mayoría de las personas
Adj D = 0 y CDI = 4 ó 5	Mayor vulnerabilidad a las demandas del medio
Adj D > 0	Mayor tolerancia al estrés que la mayoría de las personas, con pequeñas probabilidades de problemas de control.
Adj D = -1	Indica un estado cronicado de sobrecarga estimular, con menor capacidad para controlar y afrontar el estrés de manera eficaz
Adj D < -1	Revela vulnerabilidad a la pérdida de control y a la desorganización bajo condiciones de estrés.

a.2. Recursos Disponibles.

Se obtiene a partir de la fórmula de la Experiencia Accesible (EA). Esta variable constituye un elemento fundamental para comprender en forma más precisa los controles de una persona. Señala los recursos disponibles de un sujeto para tomar

decisiones y llevarlas a cabo. Se espera que estos recursos superen los disparadores internos de tensión²⁰. El valor mínimo de EA en adultos debe encontrarse en el intervalo medio; eso es entre siete y once. Si es menor, señala una limitación cuantitativa de los recursos disponibles, presentando una vulnerabilidad crónica a presentar problemas frente al estrés cotidiano. (Sendín, 2007). Cabe señalar que la EA se revisa para evaluar la credibilidad de la Puntuación D Ajustada, por lo que se analizan en conjunto.

Tabla 10. Criterios de Experiencia Accesible y Puntuación D Ajustada para la agrupación Control y Tolerancia al Estrés. Adaptado de “Principios de Interpretación del Rorschach”, J. E. Exner (2000)

EA = 7 – 11 y Adj D = 0	Índice fiable de control y tolerancia al estrés
EA = 7 – 11 y Adj D > 0	Se necesita evaluar estos indicadores a la luz de la Estimulación Sufrida (es) y la Estimulación Sufrida Ajustada (Adj es)
EA = 7 – 11 y Adj D < 0	Se necesita evaluar estos indicadores a la luz de la Estimulación Sufrida Ajustada (Adj es)
EA > 11 y Adj D > 0	Índice fiable de control y tolerancia al estrés
EA > 11 y Adj D = 0	La capacidad para controlar puede ser mayor de lo señalado por los datos
EA < 7	Recursos disponibles limitados

a.3. Estilo Vivencial (EB) y Lambda (L).

El Estilo Vivencial (EB) “representa un estilo o hábito de respuesta que hace previsible, en cierta medida, algunos aspectos de la conducta de una persona” (Sendín, 2007, p. 236). La eficacia práctica de cada estilo dependerá de la disposición total de la personalidad y de su relación con el medio. Está compuesto por la proporción entre respuestas de movimiento humano (M) y la ponderación de respuestas de color cromático (SumPondC).

Lambda es la proporción de respuestas de forma pura en un protocolo, las que se relacionan con la evitación de la complejidad o ambigüedad psicológica, al simplificar las percepciones y preservar los recursos, afrontando sólo los estímulos más básicos u

²⁰ Representados por la Estimulación Sufrida (es) que se verá más adelante.

obvios (Exner, 2000). La relación entre Lambda y estilo Vivencial se presenta en la tabla 11.

Tabla 11. Criterios de Estilo Vivencial y Lambda para la agrupación Control y Tolerancia al Estrés.
Adaptado de “Principios de Interpretación del Rorschach”, J. E. Exner (2000)

Ambos lados de EB > 0 y EA > 3.5 (si L < 1) o EA > 6.0 (si L > 0.99)	El valor de EA es fiable y las estimaciones referidas al control derivadas de Adj D son válidas.
Ambos lados de EB > 0 y EA < 4.0 y L < 1	EA resulta fiable. No obstante Adj D puede ser erróneo. Debe ser evaluado considerando es y Adj es.
Ambos lados de EB > 0 y EA > 3.5 y < 6.5, con L > 0.99	EA es fiable. No obstante Adj D puede ser erróneo. Si Adj D > 0 no son válidas. Debe evaluarse la capacidad de control al examinar es
EA < 4 y L > 0.99	EA no es fiable. No es posible realizar conclusiones sobre el control
Si el valor de EB en M = 0 y la SumPondC > 3.5	Indica desborde emocional
Si el valor de SumPondC = 0 y el valor de M > 3	Señala una considerable inversión de energía en la contención masiva de los afectos.

a.4. Estimulación Sufrida Ajustada (*Adj es*)

Este indicador refleja las experiencias de estimulación interna que consigna como irritación, malestar o incomodidad, que son más crónicos y estables. Por tanto, permite vislumbrar el grado de control y tolerancia al estrés independiente de los estados de mayor sobrecarga provocados por factores externos de tensión (Sendín, 2007, p. 240).

Tabla 12. Criterios de Estimulación Sufrida Ajustada para la agrupación Control y Tolerancia al Estrés.
Adaptado de “Principios de Interpretación del Rorschach”, J. E. Exner (2000)

Adj es = rango medio (5-9) y EA es fiable	Adj D es fiable para indicar la capacidad de control y tolerancia al estrés.
Adj es > 5-9 y EA es fiable	Adj D refleja una estimación conservadora e incluso subestima la capacidad de control y la tolerancia al estrés. La Adj es elevada sugiere mayor complejidad psicológica.
Adj es < 5-9	Adj D podría sobrevalorar la capacidad de control y tolerancia al estrés.

a.5. Experiencia Base (eb)

Este indicador refiere la proporción entre la suma de respuestas de movimiento animal (FM) con las respuestas de movimiento inanimado (m), y la suma de respuestas de color acromático (C') con las respuestas de color sombreado (textura - T, perspectiva - V, sombreado difuso - Y).

El análisis de la Experiencia Base en torno al control y tolerancia al estrés, permite obtener información sobre la estimulación no deliberada que se registra de manera interna. Cuando esta actividad se encuentra aumentada, surge la sobrecarga y la desorganización de las respuestas frente a las demandas externas. Además, al aumentar el malestar interno, la persona se vuelve vulnerable a perder el control y a actuar de manera impulsiva, producto de la presión de la misma estimulación (Sendín, 2007).

Se espera que el valor del lado izquierdo de eb sea mayor que el del lado derecho. Cuando esto no ocurre, la significación va a depender de los componentes alterados, razón por la cual, se ha optado por realizar un análisis separado de los componentes de este indicador, tomando como referencia los indicadores presentados en la tabla 24 de la agrupación de los Afectos, que concierne al lado derecho de la eb, y la tabla 52 de la agrupación de la Ideación, correspondiente al lado izquierdo de la eb.

b. Estrés Situacional

Esta agrupación de variables se relaciona con el desarrollo reciente de acontecimientos específicos de carácter traumático que pueden variar ampliamente, como decepciones, pérdidas emocionales, conflictos en la toma de decisiones, etc.

El impacto del estrés situacional altera el funcionamiento psicológico de una persona, pues crea un malestar psicológico, o bien acentúa el ya existente. La presencia de estos hallazgos es trascendental, ya que permite situar en el contexto apropiado las conclusiones de las distintas agrupaciones.

b.1. Presencia de Estrés Situacional.

El análisis de la puntuación D (D) en relación con la experiencia sufrida (es) y la experiencia sufrida ajustada (Adj es), se efectúa para certificar la presencia real de estrés situacional²¹ (Sendín, 2007).

La puntuación D también es un indicador fundamental de sobrecarga, reflejando la capacidad de control y tolerancia al estrés *actual* (Exner, 2000).

Por otra parte, se revisa la puntuación D en función de la diferencia entre la Experiencia Accesible (EA) y la Experiencia Sufrida y la diferencia entre la Experiencia Accesible y la Experiencia Accesible Ajustada, con el propósito de evaluar si el hallazgo positivo sea falso.

²¹ Especialmente cuando la puntuación D y el puntaje D Ajustado son distintos.

Tabla 13. Criterios de D ajustada en función a las diferencias entre EA y es; y entre EA y Adj es para la agrupación Estrés Situacional. Adaptado de "Principios de Interpretación del Rorschach", J. E. Exner (2000)

D = ó > Adj D	Carece de interpretación en este paso.
D < Adj D y (es - Adj es) = ó > 2	La probabilidad de una falsa diferencia entre las puntuaciones D es remota; por tanto, hay evidencia de estrés situacional.
D < Adj D y (es - Adj es) = 1	Cuestiona las hipótesis básicas que genera la diferencia entre las puntuaciones D. Si no existe evidencia en la historia clínica, y no existe error en la codificación, se asume la presencia de estrés situacional.

b.2. Impacto del Estrés Situacional.

Se establece a partir de la diferencia entre Puntuación D Ajustada y Puntuación D (Adj D - D). Constituye una estimación preliminar de la Impacto del Estrés Situacional. Tal como se mencionó con anterioridad, la puntuación D se relaciona con el grado de control y tolerancia al estrés actual, y la Adj D remite al control y tolerancia al estrés habitual. Se espera que ambas sean de signo positivo, y semejantes entre sí. La diferencia entre ambas siempre es indicador de estrés situacional.

Tabla 14. Criterios de diferencia entre D ajustada y la puntuación D para la agrupación Estrés Situacional". Adaptado de "Principios de Interpretación del Rorschach, J. E. Exner (2000)

Adj D - D = 1 punto de diferencia	Sugiere que el impacto del estrés situacional es mínimo o moderado.
Adj D - D > 1 punto de diferencia	Señala que el estrés situacional interfiere considerablemente en el pensamiento o conducta

b.3 Impacto del Estrés Situacional en Ideación y/o Afectividad.

Las variables de movimiento inanimado (m) y de sombreado difuso (SumY) son el mejor indicador de la presencia de estrés situacional. El objetivo de este análisis es comprender el estado psicológico *actual* de la persona.

El impacto del estrés situacional puede tener efecto sobre el pensamiento o sobre la afectividad; esto dependerá de la cantidad de m y de $SumY$. Es así como la variable m “se relaciona con formas de ideación invasivas, ajenas al centro de atención del sujeto” (Exner, 2000, p. 89). Al estar aumentadas, pueden alterar las funciones de atención y concentración, pudiendo afectar la capacidad de discernimiento. La variable $SumY$ se relaciona con “una sensación de desvalimiento o de incapacidad de hacer frente a una situación” (Exner, 2000, p. 89). Su incremento se manifiesta como malestar, aprehensión, y de acuerdo a Exner (1994) representa ciertos tipos de ansiedad, pero no se le puede considerar como un indicador directo o único de ansiedad (Exner, 1994). Pese a ello, tanto m como $SumY$ implican “un sentimiento de desamparo provocado por el estrés” (Exner, 1994, p. 335).

Tabla 15. Criterios de m y $SumY$ para la agrupación Estrés Situacional. Adaptado de “Principios de Interpretación del Rorschach”, J. E. Exner (2000)

$m \leq 3*SumY$	Se entiende que las consecuencias psicológicas del estrés son difusas, impactando tanto el pensamiento como las emociones.
$m > 3*SumY$	Señala que el estrés afecta significativamente el pensamiento
$SumY > 3*m$	Indica que el estrés tiene mayor impacto en las emociones.

b.4. Impacto de Fenómenos Emocionales Transitorios en Estrés Situacional.

Se consideran las puntuaciones D y Adj D dado que ambas puntuaciones se basan en desviaciones típicas, por lo que la diferencia entre ellas entrega una primera aproximación al impacto del estrés situacional (Exner, 2000).

Si bien las respuestas de textura tienen otros alcances que se verán en la agrupación de los afectos, se considera en el estrés situacional pues, en determinadas circunstancias, su aumento se debe “al impacto emocional de una pérdida afectiva reciente” (Sendín, 2007, p. 250), por lo que puede representar una reacción a eventos externos.

Por otro lado, las respuestas de perspectiva también poseen otras connotaciones que se analizarán en torno a la agrupación del afecto. No obstante, se considera en el

análisis del estrés situacional debido a que en determinadas circunstancias puede reflejar fenómenos transitorios, tales como problemas físicos o el aumento de sentimientos de culpa o remordimiento (Sendín, 2007).

Cabe señalar que, en este contexto, es necesario tomar en cuenta los valores del Índice de Egocentrismo ($3r+[2]/R$) debido a que un incremento de las respuestas de textura o de las de perspectiva hace suponer un mayor autocentramiento, generado por el malestar causado por los recientes eventos críticos. En tales condiciones, se debe revisar las puntuaciones D y *Adj D*.

Tabla 16. Criterios de puntuaciones D y *Adj D* de acuerdo a *SumT* y *SumV* para la agrupación Estrés Situacional. Adaptado de “Principios de Interpretación del Rorschach”, J. E. Exner (2000)

No aplica	Carece de valor interpretativo
SumT = 0 ó 1 ó SumV > 0 y $(3r+(2)/R) = \acute{o} < 0.32$	No justifica reconsiderar la diferencia entre las puntuaciones D.
SumT > 1 ó SumV > 0 y $(3r+(2)/R) = \acute{o} > 0.33$	Si SumT = $\acute{o} > 2$ es probable que el estrés situacional se relacione con una pérdida emocional Si SumV = $\acute{o} > 1$ y $(3r+(2)/R) = \acute{o} > 0.33$, el estrés situacional se relaciona con sentimientos de culpa o remordimiento

b.5. Estado de Sobrecarga e Impulsividad.

Como ya se sabe, la puntuación D se relaciona con el grado de control y tolerancia al estrés actual. Sin embargo, se realiza un nuevo análisis para “abordar la sobrecarga estimular y la posible presencia de impulsividad” (Exner, 2000, p. 94)

Tabla 17. Criterios de las puntuaciones D para la agrupación Estrés Situacional. Adaptado de “Principios de Interpretación del Rorschach”, J. E. Exner (2000)

D = 0	El impacto del estrés situacional es leve
D = -1	Se estima que en ambientes familiares y/o estructurados, el funcionamiento de la persona sea adecuado. No obstante, indica vulnerabilidad a la desorganización e impulsividad en situaciones ambiguas o complejas.
D < -1	Indica una mayor susceptibilidad a presentar problemas de control, impulsividad y desorganización, con un funcionamiento eficiente irregular.

b.6. Grado de Complejidad Psicológica afectada por Estrés Situacional.

Las respuestas complejas son aquellas creadas con más de un determinante y sirven para determinar el grado de complejidad psicológica. Estas se analizarán más detenidamente en la agrupación de los afectos.

En función del análisis del estrés situacional interesa comprobar si la complejidad psicológica ha aumentado significativamente debido a “demandas estimulares generadas por estrés situacional” (Exner, 2000, p. 98). Para ello, es necesario revisar los porcentajes de las respuestas complejas compuestas con *m* o *Y*.

Tabla 18. Criterios de respuestas Complejas creadas con *m* o *Y* (CompljY-m) para la agrupación Estrés Situacional. Adaptado de “Principios de Interpretación del Rorschach”, J. E. Exner (2000)

Complj m ó Y > 0 pero es < 20% del total de respuestas complejas	El estado de estrés aumenta levemente la complejidad psicológica.
Complj m ó Y = 20% - 30% del total de respuestas complejas	El estado de estrés aumenta en forma moderada la complejidad psicológica.
Complj m ó Y > 30% del total de respuestas complejas	El estado de estrés situacional aumenta en forma significativa la complejidad psicológica.

b.7. Ambigüedad o Confusión Afectiva y Estrés.

Se trata de respuestas complejas que contienen, tanto un determinante de color cromático (C) como un determinante de color acromático (C') o de sombreado (Y, V, T), (Exner, 2000).

Este tipo de respuesta señala “*ambigüedad o confusión afectiva*” (Sendín, 2007, p. 252), ya que la persona inscribe, en la misma experiencia, afectos agradables y displacenteros.

La presencia de la variable Y, sugiere la posibilidad de que la confusión afectiva sea originada por factores externos estresantes.

Tabla 19. Criterios de respuestas complejas color-sombreado, creadas con T, V, C' e Y, para la agrupación Estrés Situacional. Adaptado de “Principios de Interpretación del Rorschach”, J. E. Exner (2000)

Complj Color-Sombreado creada con determinante Y = 1	El estado de estrés situacional está creando confusión emocional.
Complj Color-Sombreado creada con determinante Y = 1 y al menos 1 creada con T, V ó C'	El estado de estrés situacional ha aumentado una confusión emocional preexistente.
Complj Color-Sombreado creada con determinante Y > 1	El estado de estrés situacional ha creado una confusión emocional considerable.
Complj Color-Sombreado creada con determinante Y > 1 y al menos 1 creada con T, V ó C'	El estado de estrés situacional ha intensificado sustancialmente una confusión emocional preexistente.

c. **Afectos.**

Esta agrupación permite determinar el rol de las emociones y sentimientos en la organización y el funcionamiento psicológico de una persona. Incluye todas las variables asociadas con los determinantes de color cromático (C), color acromático (C'), color sombreado (Y, T, V), las frecuencias de las respuestas de espacio en blanco (S), la

proyección de color (CP), la proporción afectiva (Afr), el estilo vivencial (EB), la constricción afectiva (SumC' : SumPondC) y las respuestas complejas (Complj).

Además, incluye la revisión de los Índices de Depresión (DEPI) y de Inhabilidad Social (CDI), los que, si bien empíricamente no tienen una relación directa con el afecto, poseen una “mezcla heterogénea de variables afectivas, cognitivas, autoperceptivas e interpersonales” (Exner, 2001, p. 123).

c.1. Índice de Depresión (DEPI) e Índice de Inhabilidad Social (CDI).

El Índice de Depresión es un elemento clave para el diagnóstico de trastornos afectivos. Incluye 14 variables que se miden con criterios que se especifican en la tabla 20²², y dan lugar a puntuaciones que van de 0 hasta 7 puntos. Cinco de estas 14 variables se relacionan directamente con el afecto, tres con aspectos cognitivos, dos con las relaciones interpersonales y una con la complejidad psicológica. Se considera un indicador positivo al cumplir 5 o más de las condiciones que se exponen a continuación.

Tabla 20. Criterios diagnósticos del Índice DEPI. Adaptado de “Manual de Codificación del Rorschach para el Sistema Comprehensivo”, J. E. Exner (2001)

1. (FV + VF + V > 0) o (FD > 2)
2. (Complj. Col-SH > 0) o (S > 2)
3. (3r + (2)/R > 0,44 y Fr+rF = 0; o (3r + (2)/R < 0,33)
4. (Afr < 0,46) o (Complj. < 4)
5. (SumSH > FM + m) o (SumC' > 2)
6. (MOR > 2) o (2 * AB + Art + Ay)
7. (COP < 2) o (Aisl/R > 0,24)

El Índice de Inhabilidad Social es un elemento fundamental de la agrupación de relaciones interpersonales. No obstante, al ser positivo señala dificultades para manejar las situaciones cotidianas, particularmente en el plano social (Sendín, 2007). Está

²² Algunas de las variables expuestas en la tabla 20 ya han sido explicadas. Otras, en tanto, serán especificadas más adelante. Esto se aplica tanto para el DEPI como para el CDI.

compuesto por 11 variables que se evalúan con 10 criterios. Este indicador puntúa como positivo al cumplirse 4 ó 5 de las condiciones que se presentan en la tabla 21.

Tabla 21. Criterios diagnósticos del Índice CDI. Adaptado de “Manual de Codificación del Rorschach para el Sistema Comprehensivo”, J. E. Exner (2001)

1. (EA < 6) o (Adj D < 0)
2. COP < 2 y AG < 2
3. (SumPondC < 2,5) o (Afr < 0,46)
4. (pasivos > activos +1) o (H pura < 2)
5. O bien: (SumT > 1) o (Aisl/R > 0,24) o (Fd > 0)

Teniendo en conocimiento las consideraciones antes expuestas, para efecto del análisis de la agrupación del afecto, las variables para el análisis integrado de DEPI y CDI en función de los afectos se establece en la tabla siguiente.

Tabla 22. Criterios DEPI y CDI, para la agrupación de los Afectos. Adaptado de “Principios de Interpretación del Rorschach”, J. E. Exner (2000)

DEPI > 5 y CDI < 4	Es razonable suponer un problema afectivo importante y, tal vez, inhabilitante. Usualmente, se manifiesta malestar o depresión, siendo común la disfunción conductual.
DPI = 5 y CDI < 4	Señala vulnerabilidad a experiencias de alteración afectiva. Refleja un potencial trastorno emocional, aun cuando no existan indicios de experiencias emocionales negativas.
DEPI > 5 y CDI = 4 ó 5	La probabilidad de que exista un estado de desorganización emocional es muy alta. Es frecuente que este problema afectivo sea secundario a la gran dificultad para establecer y mantener relaciones interpersonales válidas y gratificantes.
DEPI = 5 y CDI = 4 ó 5	Es probable que la organización de personalidad tenga una marcada tendencia a padecer un trastorno emocional, originado en dificultades de adaptación social

c.2. Estilo Vivencial (EB) y Lambda (L)

Estas variables ya fueron expuestas en la agrupación de control y tolerancia al estrés. Sin embargo, se analizan nuevamente en relación al afecto, pues EB entrega información sobre la relación entre los sentimientos y emociones, y la psicología de la persona o estilo de respuesta. El estilo de respuesta se define cuando un lado de EB es mayor que el otro por dos o más puntos si el valor de EA es menor o igual que 10, o por más de dos puntos si el valor de EA es mayor que 10.

Es necesario considerar el valor de Lambda al estudiar el EB para determinar si el estilo del EB refleja una orientación verdadera, o si un estilo evitativo más penetrante lo ha modificado.

Tabla 23. Clasificación Estilos de Respuesta para la agrupación de los Afectos. Adaptado de “Principios de Interpretación del Rorschach”, J. E. Exner (2000)

EA < 4	Los valores de EB son pobres determinar un estilo de respuesta.
EA > 3,5 y lado izq de EB = 0	No se puede definir un estilo de respuesta. Refleja que existe un desborde emocional, lo que implica que el pensamiento se encuentra interferido por intensas emociones, que terminan perturbando y siendo probable la impulsividad a nivel conductual e ideacional. Por lo general, este estado es transitorio.
EA > 3,5 y lado der de EB = 0	No se puede definir un estilo de respuesta. Indica una contención masiva de los afectos, donde se invierte una cantidad de energía considerable para mantener las emociones ocultas y bajo control riguroso. De persistir esta contención, es probable un desborde emocional que conduzca a un estado de labilidad.
M < SumPondC y L < 1	Señala un estilo de respuesta <i>extratensivo</i> que se caracteriza por una tendencia a hacer uso y a dejarse influir por las emociones en la toma de decisiones o la resolución de problemas. Además, tiende a intentar distintas posibilidades a través del ensayo y error. Por último, hay una disposición a demostrar más abiertamente los sentimientos y a preocuparse menos por modularlos o controlarlos
M < SumPondC y L > 0,99	Refiere un estilo de respuesta <i>evitativo-extratensivo</i> , en el que se cumplen las características descritas anteriormente para los extratensivos. No obstante, la presencia del estilo evitativo, es muy probable que no exista registro de las vivencias emocionales complejas, en toda su magnitud.
M > SumPondC y L < 1	Se define como un estilo de respuesta <i>introversivo</i> , caracterizado por mantener en la periferia las emociones y sentimientos, al momento de resolver problemas o tomar decisiones. Tiende a evitar el ensayo y error, confiándose más de la evaluación interna para establecer sus juicios y decisiones. Se muestra más preocupado por modular y controlar sus sentimientos.
M > SumPondC y L > 0,99	Se trata de un estilo de respuesta <i>evitativo-introversivo</i> que también cumple con lo descrito para el introversivo, pero al estar asociado al estilo evitativo implica una reducción en la efectividad global de la orientación ideacional, pues prima la tendencia a simplificar y evitar la complejidad.
M = SumPondC y L < 1	Señala un estilo de respuesta en el que no se ha desarrollado un enfoque coherente para resolver dificultades y tomar decisiones. Esto significa en ocasiones puede estar considerablemente influido por las emociones, y en otras, las emociones quedarán al margen; así también, la expresión emocional alternará entre la regulación y la regulación menos controlada y más intensa.
M = SumPondC y L > 0,99	Identifica a un estilo <i>evitativo-ambiguo</i> , el que además de presentar las características propias del estilo ambiguo, pero acentuadas dada la predominancia del estilo evitativo. Por tanto, frente a determinadas situaciones, las emociones variarán desde poco moduladas o demasiado contenidas; y a nivel del pensamiento será excesivamente simplificado.

c.3. Estilo Vivencial Pertinaz (EBPer)

Se revisa esta variable para determinar la rigidez o flexibilidad del estilo de respuestas al resolver situaciones. Se calcula cuando el EB indica un estilo introversivo o extratensivo siempre que se cumplan los siguientes criterios: (1) Lambda menor que 1. (2) El valor de EA debe ser 4.0 o mayor. (3) Si EA tiene un valor entre 4.0 y 10.0, un lado de EB debe ser al menos 2 puntos mayor que el otro lado; si EA es mayor de 10.0 un lado de EB debe ser al menos 2.5 puntos mayor que el otro. De este modo, valores bajo 2.5 indicarán flexibilidad, y valores iguales o sobre 2.5 indicarán mayor rigidez.(Exner, 2001)

c.4. Experiencia de Malestar Emocional.

El lado derecho de la Experiencia de Base (eb) sirve para averiguar si el sujeto está sufriendo una experiencia inusual de malestar. Se espera que el valor oscile entre 2 y 5, y que sea menor que el valor del lado izquierdo.

$$eb = (FM + m) : (\text{SumC}' + \text{SumT} + \text{SumY} + \text{SumV})$$

El lado derecho de la *eb* está compuesto por variables asociadas a “*afectos irritativos o perturbadores que se registran como sufrimiento psíquico y que actúan fuera del control voluntario del sujeto*” (Sendín, 2007, p. 153).

Cabe señalar que dichas variables señalan distintos tipos de malestar y responden a orígenes diferentes. Las respuestas de Color Acromático (SumC') muestran un modo de constricción afectiva o freno a la expresión emocional, lo que aumenta el malestar interno. (Sendín, 2007) Las respuestas de Textura (SumT) están asociadas al malestar originado por el registro de necesidades de cercanía y contacto emocional no satisfechas, lo que se experimenta como soledad, abandono o privación afectiva.(Exner, 2001) Tal como se mencionó anteriormente, las respuestas de Sombreado Difuso (SumY), se relacionan con un intenso malestar emocional originado por situaciones externas. Por último, las respuestas de Perspectiva están asociadas a una “*visión*

negativa de sí mismo cronificada” (Sendín, 2007, p. 158) lo que genera sentimientos de desagrado y tormento, aumentando el sufrimiento psíquico.

Para el análisis de la agrupación de los afectos, las variables quedan establecidas tal como lo presenta la tabla 24.

Tabla 24. Criterios para los valores de la Experiencia de Malestar Emocional (eb) para la agrupación de los Afectos. Adaptado de “Principios de Interpretación del Rorschach”, J. E. Exner (2000)

FM + m > SumC' + SumT + SumY + SumV y SumT < 2, SumC' < 3, SumV = 0, SumY < 3	No se justifica ninguna hipótesis
FM + m > SumC' + SumT + SumY + SumV y SumT > 1 ó SumC' > 2 ó SumV > 0 ó SumY > 2	Evidencia de malestar asociado a la o las variables relacionadas con dicho malestar.
SumC' + SumT + SumY + SumV > FM + m	Evidencia clara de malestar emocional que puede manifestarse a través de depresión y angustia, o bien, estados de tensión, somatizaciones, insomnio, etc.

c.4. Constricción Afectiva (SumC' : SumPondC)

Esta proporción se relaciona con la supresión o contención de las emociones (Exner, 2001). En otras palabras, representa el grado en que una persona internaliza excesivamente los afectos que debieran descargarse o ser externalizados. Esto provoca un aumento en la tensión interna siendo probable su derivación al cuerpo (Sendín, 2007).

Tabla 25. Criterios para los valores de la Constricción Afectiva (SumC' : SumPondC) para la agrupación de los Afectos. Adaptado de “Principios de Interpretación del Rorschach”, J. E. Exner (2000)

SumPondC ≥ SumC'	Se espera que la suma ponderada de color sea mayor o igual a la suma de color acromático.
SumC' > SumPondC	Indica que hay inhibición en la liberación de emociones con más frecuencia que lo habitual, por lo que el sujeto se encuentra más agobiado de lo normal por emociones irritantes.

c.5. Proporción Afectiva (Afr)

Esta variable revela el interés de la persona por experimentar sensaciones o rodearse de emociones (Exner, 2001). Esto quiere decir, el grado en que se procesa activamente frente a situaciones afectivamente cargadas.

Los valores de la Proporción Afectiva varían de acuerdo al Estilo Vivencial. La tabla 26 presenta los valores medios que varían según el estilo vivencial (EB).

Tabla 26. Valores medios según estilo vivencial (EB). Adaptado de “Principios de Interpretación del Rorschach”, J. E. Exner (2000)

Grupo	Valor Medio
Adultos y adolescentes extratensivos de 14 años o más	0.60 a 0.89
Adultos y adolescentes introversivos de 14 años o más	0.53 a 0.78
Adultos y adolescentes ambiguales de 14 años o más	0.53 a 0.83
Adultos y adolescentes evitadores de 14 años o más	0.45 a 0.65

De este modo, para el análisis de esta agrupación, los valores de la Afr están determinados por la tabla 27.

Tabla 27. Criterios para los Valores de la Proporción Afectiva (Afr) para la agrupación de los Afectos. Adaptado de “Principios de Interpretación del Rorschach”, J. E. Exner (2000).

Afr = rango medio	Refleja el deseo de procesar la emoción y de verse envuelto en un clima emocional en la misma medida que la mayoría de las personas con su mismo estilo de respuesta.
Afr > rango medio	Indica que el sujeto se siente muy atraído por la estimulación afectiva y muy interesado por los intercambios emocionales.
Afr < rango medio y > 0,43	Sugiere que no hay demasiado interés por la estimulación emocional o escasa voluntad para procesarlos.
Afr < rango medio y < 0,44	Señala una significativa tendencia a evitar la estimulación emocional.

c.6. Índice de Intelectualización (2AB + [Art + Ay])

Este índice entrega información sobre la medida en que se usa la intelectualización para disminuir el impacto afectivo de situaciones cargadas de emoción o representaciones mentales, manejándolas de un modo más racional que emocional. Su objetivo es neutralizar, ocultar y/o negar los sentimientos, por lo que no se conecta con los afectos de manera directa o realista. (Exner, 2001).

Tabla 28. Criterios para los Valores del Índice de Intelectualización (2AB + [Art+Ay]) para la agrupación de los Afectos. Adaptado de “Principios de Interpretación del Rorschach”, J. E. Exner (2000).

2AB + (Art+Ay) < 4	No hay valor interpretativo.
2 AB + (Art+Ay) entre 4 - 6	Indica un manejo de las emociones de manera más intelectualizada que lo usual.
2AB + (Art+Ay) > 6	Señala el uso de la intelectualización como táctica defensiva primordial frente a situaciones emocionalmente estresantes

c.7. Proyección de Color (CP)

Consiste en la proyección de color en áreas de color acromático. Se espera que este valor sea siempre 0.

Tabla 29. Criterios para los valores de Proyección de Color (CP) para la agrupación de los Afectos. Adaptado de “Principios de Interpretación del Rorschach”, J. E. Exner (2000).

CP = 0	No hay valor interpretativo.
CP > 0	Implica la negación frente de sentimientos o estímulos emocionales desagradables, los que se reemplazan por una emoción inapropiada y exageradamente positiva para la situación.

c.8. Modulación Afectiva.

Se obtiene a través del análisis de la proporción FC : CF + C, (determinantes de color cromático). Entrega información sobre la descarga de los afectos o la expresión

emocional deliberadamente iniciados (Sendín, 2007). La proporción esperada para los adultos no pacientes es de 2:1. Cualquier alteración en la proporción revelará un control o modulación más severa de las emociones (si predomina el lado izquierdo), o bien dificultades en la regulación de ellas (predominio del lado derecho) con sus respectivas variantes, tal como se detalla en la tabla 30.

Tabla 30. Criterios para los valores de la Proporción $FC:CF+C$ para la agrupación de los Afectos.
Adaptado de “Principios de Interpretación del Rorschach”, J. E. Exner (2000).

$FC > CF+C$ como mínimo 1 punto y máximo $2(CF+C)$; $C = 0$	Existe control y modulación de las descargas emocionales en forma similar a la mayoría de los adultos.
$FC > 2(CF+C)$ y $< 3(CF+C)$; $C = 0$	Tendencia a utilizar un control más severo que el que utiliza la mayoría de las personas.
$FC \geq 3(CF+C)$; $C = 0$	Se observa un hipercontrol emocional muy por encima de la mayoría de las personas
$FC > CF+C$ como mínimo 1 punto y máximo $2(CF+C)$; $C = 1$	Refleja que la mayoría de las veces existe una regulación de las descargas emocionales; no obstante, en determinadas circunstancias pueden producirse lapsus en la modulación, donde las descargas están menos moduladas.
$FC > 2(CF+C)$; $C > 0$	Indica que por lo general, la expresión emocional es modulada con firmeza, pero este control riguroso puede fracasar.
$FC > CF+C$ como mínimo 1 punto y como máximo $2(CF+C)$; $C > 1$	Refleja que si la persona se esfuerza por modular de manera efectiva las manifestaciones afectivas, sufre con frecuencia lapsus en la regulación emocional que pueden llegar a ser graves.
$CF+C \geq FC$ hasta 2 puntos; $C = 0-1$	Señala que la persona es menos estricta para modular las descargas emocionales, dando expresiones más crudas e intensas que una persona media.
$CF+C \geq FC$ hasta 2 puntos; $C > 1$	Indica la existencia de problemas en regulación potencialmente graves, con expresiones muy intensas llegando a parecer impulsivos.
$CF+C \geq 3FC$; $C = 0$	Señala que la regulación de las descargas emocionales es menor que la mayoría de las personas. Las expresiones suelen ser mucho más intensas.
$CF+C \geq 3FC$; $C \geq 1$	Refleja una significativa laxitud en la modulación emocional, impulsividad, tendencia a ser demasiado emocional y/o poco maduro.

c.9. Impulsividad Afectiva.

Las respuestas de Color puro se asocian a la descarga afectiva brusca, donde no existe control, ya sea porque la persona es incapaz de amortiguar cognitivamente el afecto; o bien, porque la persona decide dejar libre el impulso (Sendín, 2007).

Tabla 31. Criterios para los valores Color puro para la agrupación de los Afectos. Adaptado de “Principios de Interpretación del Rorschach”, J. E. Exner (2000).

C = 0	Por sí misma no tiene valor interpretativo.
C > 0 con cualidad primitiva	Grave perturbación en la regulación emocional; es decir, cuando ocurren lapsus de modulación, las conductas serán inapropiadas y desadaptativas

c.10. Oposicionismo, Negativismo e Ira.

Se evalúa, mediante la cantidad de respuestas de Espacio Blanco (S) dadas en un protocolo. Las respuestas de Espacio Blanco se refieren al uso en su respuesta de las partes blancas o áreas sin mancha de la lámina; es decir, “*responde a zonas de espacios en blanco (que no se le han pedido) e interpreta la consigna de la prueba de una manera más personal, lo que añade información relacionada con sus rasgos afectivos*” (Sendín, 2007, p. 168).

Lo habitual son dos respuestas de espacio (S), valor al que no se asocia ninguna significación. Si las respuestas exceden de dos, es necesario considerar las opciones de negativismo, oposicionismo o enfado. Es necesario distinguir si se trata de aspectos más bien situacionales o representa un rasgo más caracterial (Exner, 2001). La tabla 32 presenta los criterios para discriminar lo anterior.

Tabla 32. Criterios de interpretación de Respuestas de Espacio (S) para la agrupación de los Afectos.
Adaptado de “Principios de Interpretación del Rorschach”, J. E. Exner (2000)

S = 0 – 2	Carece de significación
S = 3 y todas las respuestas han sido dadas en las dos primeras láminas	Indica negativismo situacional por falta de preparación a la situación del test.
S = 4 o 5 y todas las respuestas aparecen en las tres primeras láminas	Refleja una tendencia a ser opositorista ante un desafío no deseado. Rebeldía ante la autoridad.
S = 3 y al menos una respuesta aparece después de la lámina II	Significa una mayor tendencia al negativismo hacia el medio que la mayoría de las personas.
S = 0 > 4 y al menos una respuesta se da después de la lámina III	Indica la presencia de considerable ira, de carácter generalizado. Se trata de un rasgo de carácter que afecta el funcionamiento psicológico.

c.11. Grado de Complejidad Psicológica según Estilo Vivencial.

Este indicador se obtiene a través de la revisión de las Respuestas Complejas (Complj), el Estilo Vivencial (EB) y Lambda (L).

Las respuestas complejas son un indicador amplio de la complejidad psicológica actual de un sujeto. La cantidad de estas respuestas varía según el estilo de EB y del Lambda, tal como lo indica la tabla 33.

Tabla 33. Valores medios de respuestas complejas según estilo vivencial y Lambda. Adaptado de “Principios de Interpretación del Rorschach”, J. E. Exner (2000)

Estilo de EB y Lambda	Valor Medio (% del número total de respuestas)
Introversivos	13 – 26 %
Extratensivos	19 – 33 %
Ambiguales	16 – 36 %
Evitativos	8 – 14 %

Para el análisis del afecto, los criterios de esta variable se exponen a continuación.

Tabla 34. Criterios de interpretación de Respuestas Complejas (Complj) vivencial para la agrupación de los Afectos. Adaptado de “Principios de Interpretación del Rorschach”, J. E. Exner (2000)

Complj = rango medio según EB o L	El grado de complejidad psicológica no difiere del de los demás sujetos dentro del mismo estilo.
Complj < rango medio según EB o L	Refleja que el grado de funcionamiento psicológico es menos complejo de lo habitual, cierto grado de inmadurez o empobrecimiento.
Complj > rango medio según EB o L	Indica que el funcionamiento psicológico es más complejo de lo esperado.

c.12. Complejidad Psicológica relacionada con el Estrés Situacional (CompljY-m)

El objetivo de este análisis es determinar si el grado de complejidad anterior es habitual o si ha aumentado debido a factores situacionales. Para ello se revisa las respuestas complejas creadas de forma exclusiva por la presencia de *m* o *Y*. Para el análisis dentro de la agrupación del afecto, esta variable queda definida como se presenta en la tabla siguiente.

Tabla 35. Criterios de interpretación de Respuestas Complejas relacionadas con Estrés Situacional (CompljY-m) para la agrupación de los Afectos. Adaptado de “Principios de Interpretación del Rorschach”, J. E. Exner (2000)

Complj Y-m = 0-1	No tiene valor interpretativo
Complj Y-M > 1	Requiere un nuevo cálculo de la proporción de respuestas complejas considerando sólo una Complj Y-m. Si el nuevo cálculo indica que la proporción cae en un rango distinto del anterior, se debe modificar la conclusión sobre la complejidad, señalando que es razonable suponer que el estrés situacional ha creado más complejidad en el funcionamiento psicológico del habitual, por lo que debería esperarse un menor grado cuando desaparezcan estos factores situacionales.

c.13. Complejidad Inusual

Se realiza este análisis para pesquisar la magnitud de la complejidad psicológica. Para ello se considera la presencia de respuestas con 3 o más determinantes.

Tabla 36. Criterios de interpretación de Respuestas de Complejidad Inusual para la agrupación de los Afectos. Adaptado de “Principios de Interpretación del Rorschach”, J. E. Exner (2000)

Complj con 3 determinantes < 25% respuestas complejas o Complj con 4 determinantes = 0	No tiene valor interpretativo
Complj con 3 determinantes > 25% respuestas complejas o Complj con 4 determinantes > 0	Señala que en ocasiones el funcionamiento psicológico puede alcanzar un grado inusual de complejidad.

c.14. Confusión Emocional

Las respuestas Complejas de Color Sombreado (CompljCol-Somb) son aquellas que están compuestas por un determinante de color cromático (FC, CF, C) y uno o más determinantes de color acromático y/o color sombreado (textura, sombreado difuso, perspectiva) La presencia de al menos una respuesta compleja de color-sombreado indica la existencia de incertidumbre, confusión o ambivalencia en torno a los sentimientos (Exner, 2001).

Tabla 37. Criterios de interpretación de Respuestas de Complejas de Color Sombreado (Complj Col-Somb) para la agrupación de los Afectos. Adaptado de “Principios de Interpretación del Rorschach”, J. E. Exner (2000)

Complj Col-Somb = 1 en extratensivo o ambigual	Refleja que la persona siente, en determinados momentos, perplejidad o confusión emocional.
Complj Col-Somb = 1 en introversivo o evitativo ó > 1 en extratensivo o ambigual	Indica una tendencia a sufrir estados de desconcierto a causa de sus afectos o emociones. Tiende a ser más perturbador en sujetos introversivos y evitativos.
Complj Col-Somb creada con $Y \geq 1$	Señala que la incertidumbre o confusión de sentimientos probablemente sea motivada por factores situacionales.

c.15. Emociones Displacenteras.

Se trata de respuestas complejas creadas por 2 o más determinantes de color acromático y/o color sombreado (textura, sombreado difuso, perspectiva) (CompljSH).

Tabla 38. Criterios de interpretación de Respuestas Complejas de Sombreado (CompljSH) para la agrupación de los Afectos. Adaptado de “Principios de Interpretación del Rorschach”, J. E. Exner (2000)

Complj SH = 0	Carece de valor interpretativo
Complj SH > 0	Señala la presencia de emociones muy dolorosas que afecta casi todo el funcionamiento psicológico

d. Procesamiento de la Información.

Esta agrupación es la primera de las agrupaciones que conforman la Triada Cognitiva²³ que están asociadas a las actividades cognitivas de una persona. Si bien las tres agrupaciones son relativamente independientes entre sí, pues cada una de ellas se relaciona con un aspecto distinto del proceso perceptual-cognitivo, también existe una influencia directa entre ellas, reflejando un proceso continuo sobre el que se asienta la conducta deliberada y con sentido (Exner, 2001).

Particularmente, el procesamiento de la información tiene que ver con cómo incorpora el sujeto los estímulos externos (Sendín, 2007). En otras palabras, involucra la exploración del campo de estímulos y la creación de representaciones de ese campo en la memoria a corto plazo, que configuran un enfoque típico que caracteriza el trabajo de procesamiento de cada persona (Exner, 2001).

d.1. Motivación Productiva (Zf).

Se trata del número de respuestas con puntaje Z que entrega una estimación aproximada del trabajo de procesamiento, es decir, la frecuencia de la Actividad Organizativa (Zf). Esto implica utilizar aspectos cognitivos, afectivos y motivacionales, a través de los cuales la persona organiza y crea sentido; es decir, existe un esfuerzo creativo (Sendín, 2007). Específicamente, Zf entrega información acerca de la iniciativa o motivación desarrollada en la producción. Los criterios para el análisis de la agrupación Procesamiento de la Información se exponen en la tabla 39.

²³ Las otras dos restantes son Mediación e Ideación, que se verán más adelante.

Tabla 39. Criterios de interpretación de Frecuencia de Actividad Organizativa (Zf) para la agrupación Procesamiento de la Información. Adaptado de “Principios de Interpretación del Rorschach”, J. E. Exner (2000)

Zf = 9 – 13 y L < 1	El trabajo de procesamiento es similar a la mayoría de las personas.
Zf > 13 y L < 1	Refleja un esfuerzo mayor de lo habitual para procesar la información.
Zf < 9 y L < 1	Señala que el trabajo de procesamiento es más conservador o displicente.
Zf = 6 – 10 y L > 1	Dado el estilo evitativo, refleja una tendencia a procesar la información de un modo más cauteloso o conservador.
Zf > 10 y L > 1	Indica un mayor esfuerzo en el trabajo de procesamiento
Zf < 6 y L > 1	Es probable que el estilo evitativo limite el trabajo de procesamiento, originando problemas de adaptación.

d.2. Estrategias y Economía de Procesamiento.

La proporción de Áreas de Localización (W : D : Dd) entrega información sobre las estrategias y la economía de procesamiento. Ello no significa que a un mayor esfuerzo se produzca un procesamiento eficiente; sólo indica que es esfuerzo realizado es mayor del necesario (Exner, 2001). Para ello se consideran las áreas de localización que un sujeto utiliza al elaborar su respuesta. Estas pueden ser globales (W), de detalle usual (D) y de detalle inusual (Dd).

Los criterios de interpretación para la agrupación del Procesamiento, quedan definidos en la tabla siguiente.

Tabla 40. Criterios de interpretación de la Proporción W : D : Dd para la agrupación Procesamiento de la Información. Adaptado de “Principios de Interpretación del Rorschach”, J. E. Exner (2000)

W : D : Dd = valores esperados (1 : 1,3 a 1,6 : Dd < 4)	Indica que es probable que el trabajo y las estrategias de procesamiento son similares a la mayoría de las personas.
W > valor esperado y Dd ≤ 3	Señala una mayor inversión de esfuerzo en el trabajo de procesamiento.
D > valor esperado y Dd < 4	Refleja un trabajo de procesamiento muy económico.
Dd > 3	Significa un tipo de procesamiento atípico que implica realizar una mayor exploración de lo habitual.

d.3. Índice de Aspiración (W : M).

Para esta proporción se toma en cuenta el número de respuestas globales (W) dadas en un protocolo, en relación con el número de respuestas que involucren movimiento humano (M).

Entrega información más exigua sobre los esfuerzos de procesamiento, debido a que señala de un modo más general la orientación al logro de una persona; sin embargo, puede aportar indicadores interesantes cuando la proporción se encuentra alterada (Exner, 2001).

Tabla 41. Criterios de interpretación de la Proporción de Aspiraciones (W:M) para la agrupación Procesamiento de la Información. Adaptado de “Principios de Interpretación del Rorschach”, J. E. Exner (2000)

W : M = rango esperado según EB	Esfuerzo o motivación ajustada durante el procesamiento de la información.
W > M; (cuando exceden en introversivos 1,5 : 1, en ambiguaes 2 : 1, en extratensivos 3 : 1)	Indica que el esfuerzo que se está realizando es superior a lo razonable, de acuerdo a las capacidades funcionales disponibles en la actualidad.
W < M; (cuando es igual o menor en extratensivos y ambiguaes 1,2 : 1, en introversivos 0,75 : 1)	Señala una tendencia a ser precavido o conservador, o apático al momento de proponerse objetivos y metas.

d.4. Eficacia de Procesamiento (Zd).

La diferencia de Z (Zd) contempla diferencia entre la suma actual de las puntuaciones Z en un protocolo (ZSum) y la suma estimativa (Zest) basada en la frecuencia de las respuestas organizadas (Zf). El puntaje Zd estima el grado de “*eficacia de la actividad exploratoria durante las operaciones de procesamiento*” (Exner, 2001, p.209).

Tabla 42. Criterios de interpretación de la Diferencia de Z (Z_d) para la agrupación Procesamiento de la Información. Adaptado de “Principios de Interpretación del Rorschach”, J. E. Exner (2000)

$Z_d = +3 - [-3]$	En intervalo esperado, lo que significa que la eficacia de exploración es similar a la mayoría de las personas.
$Z_d < [-3]$	Señala un estilo de exploración <i>hipoincorporador</i> , caracterizado por la exploración negligente y caprichosa del campo estimular, descuidando aspectos relevantes o detalles importantes,
$Z_d > +3$	Indica un estilo de exploración <i>hiperincorporador</i> , en el cual se invierte un mayor esfuerzo y energía en las actividades exploratorias intentando recoger el máximo de información.

d.5. Perseveraciones (PSV).

La presencia de perseveraciones es un indicador de problemas para procesar eficazmente los estímulos. Existen tres tipos de PSV: (1) *Intralámina*; se refiere a la emisión de dos respuestas consecutivas, con la misma codificación y en la misma lámina. Estas reflejan una falta de agilidad cognitiva y una marcada rigidez cognitiva. (2) *Interlámina* o de contenido; se asigna cuando se identifica un objeto como el mismo que se ha visto anteriormente. Indica alteraciones emocionales que han rigidizado el procesamiento. (3) *Mecánica*; se codifica cuando se identifica el mismo contenido varias veces. Señala un patología grave, con alteraciones cognitivas o neurológicas importantes (Exner, 1994).

Tabla 43. Criterios de interpretación de las Perseveraciones (PSV) para la agrupación Procesamiento de la Información. Adaptado de “Principios de Interpretación del Rorschach”, J. E. Exner (2000)

PSV = 0	Carece de valor interpretativo
PSV intralámina = 1	Señala que, en ciertas ocasiones, existe una dificultad para cambiar de foco de atención, lo que trae la pérdida de eficacia en la actividad de procesamiento.
PSV intralámina > 1	Indica la presencia de dificultades significativas para cambiar el foco de atención.

d.6. Calidad de Procesamiento (DQ).

La Calidad Evolutiva (DQ) se relaciona con la calidad del procesamiento, aunque también con las agrupaciones de la Mediación y de la Ideación, por lo tanto, refleja el desarrollo intelectual y la capacidad de análisis del campo estimular. Representa el modo en que se trabaja cognitivamente el área de localización elegida, definiendo o no sus contornos y atribuyendo o no relaciones significativas (Sendín, 2007).

Existen cuatro tipos de Calidad Evolutiva: (1) DQ+. Se refiere a las respuestas donde se describen dos o más objetos, donde al menos uno de ellos tenga forma específica, en relación. Implican un grado más sofisticado de elaboración cognitiva. (2) DQo. Son aquellas respuestas donde se identifica un objeto que posee especificidad formal. Reflejan un estilo de procesamiento conservador pero ajustado a las exigencias. (3) DQv/+. Son respuestas donde se describen dos o más objetos en relación, pero no requieren forma definida. Conlleva la tendencia a realizar una elaboración más sofisticada, pero su eficiencia es menor que DQ+. (4) DQv. Son respuestas de un objeto que carece de forma definida. Indican un modo de elaboración más primitivo e inmaduro. Cabe señalar que las DQ+ y DQo no necesariamente reflejan eficacia o buena adaptación (Exner, 2001).

El rango esperado de DQ+ y DQv varía de acuerdo al estilo vivencial de cada persona, tal como se presenta en la tabla siguiente.

Tabla 44. Valores medios de respuestas con Calidad Evolutiva DQ+ y DQv, de acuerdo al EB. Adaptado de "Principios de Interpretación del Rorschach", J. E. Exner (2000)

Estilo de EB	Valor Medio DQ+	Valor Medio DQv
Introversivos	7 - 10	0 - 1 (incluye ambiguales)
Extratensivos y Ambiguales	5 - 8	1 - 2 (excluye ambiguales)

Los criterios para el análisis de la Calidad Evolutiva, de acuerdo al estilo vivencial, se encuentran estipulados en la tabla 45.

Tabla 45. Criterios de interpretación de la Calidad Evolutiva (DQ) para la agrupación Procesamiento de la Información. Adaptado de "Principios de Interpretación del Rorschach", J. E. Exner (2000)

DQ+ = valor medio y (DQv + DQv/+) ≤ 1 en introversivos o ambiguales; ó (DQv + DQv/+) ≤ 2 en extratensivos	La calidad del procesamiento es adecuada.
DQ+ = valor medio y (DQv + DQv/+) > 1 en introversivos o ambiguales; ó (DQv + DQv/+) > 2 en extratensivos	Señala que por lo general, la calidad del procesamiento es adecuada, pero en ocasiones cae a un grado burdo e inmaduro.
DQ+ > valor medio y (DQv + DQv/+) ≤ 1 en introversivos o ambiguales; ó (DQv + DQv/+) ≤ 2 en extratensivos	Indica que la calidad de procesamiento es muy buena y, posiblemente, bastante compleja.
DQ+ > valor medio y (DQv + DQv/+) > 1 en introversivos o ambiguales; ó (DQv + DQv/+) > 2 en extratensivos	Refleja que la calidad de procesamiento es muy buena y compleja. Sin embargo, en ocasiones puede decaer a formas más inmaduras.
DQ+ < valor medio y (DQv + DQv/+) ≤ 1 en introversivos o ambiguales; ó (DQv + DQv/+) ≤ 2 en extratensivos	La calidad del procesamiento es adecuada, pero más discreta y económica de lo habitual.
DQ+ < valor medio y (DQv + DQv/+) > 1 en introversivos o ambiguales; ó (DQv + DQv/+) > 2 en extratensivos	Señala una inadecuada calidad de procesamiento, y puede empeorar ante situaciones complejas.

e. **Mediación.**

Corresponde a la segunda agrupación de la Triada Cognitiva y consiste en la identificación o traducción de los estímulos procesados. Las variables involucradas en esta agrupación tratan de mostrar el grado en que las respuestas dadas coinciden con el estímulo de la mancha y en qué grado, la actividad mediacional se ve influida por traducciones comunes, infrecuentes o inexactas. En este sentido, entrega información sobre el Juicio de Realidad (Exner, 2001).

En otras palabras, las variables implicadas en esta agrupación entregan información sobre el nivel de ajuste y convencionalidad frente a la realidad.

e.1. Prueba de Realidad.

Contempla los indicadores de Forma Apropriada Ampliada (XA%) y Forma Apropriada en Áreas Comunes (WDA%). Estas variables informan la medida en que la actividad mediacional produce respuestas ajustadas a una situación. La primera de ellas, (XA%), recoge la proporción de respuestas con buen ajuste formal de todo el protocolo (Suma FQ+, FQo, FQu/R). La segunda, (WDA%), incluye sólo a esas respuestas dadas en las áreas W y D (Suma W+D con FQ+, FQo, FQu/Suma W+D). Se recurre al análisis conjunto, pues ninguna por sí misma explica cómo una persona hace un uso apropiado de la forma, lo que sí permite al considerar ambas (Exner, 2001).

Tabla 46. Criterios de interpretación de la Forma Apropriada Ampliada (XA%) y de la Forma Apropriada en Áreas Comunes (WDA%) para la agrupación Mediación. Adaptado de “Principios de Interpretación del Rorschach”, J. E. Exner (2000)

XA% = 0,78 – 0,90 y WDA% ≥ XA%	Señala que la mediación es adecuada a la situación y que la prueba de realidad es convencional
XA% > 0,90 y WDA% ≥ XA%	Existe un particular esfuerzo por asegurar que la mediación sea apropiada a la situación; es decir, a la traducción correcta de las situaciones.
XA% ≥ 0,78 y WDA% < 0,75	Puede reflejar un problema en el procesamiento; o bien, puede ser indicador de simulación de patología.
XA% = 0,70 – 0,77 y WDA% ≥ 0,80	Indica que las traducciones, por lo general, son ajustadas en situaciones obvias, pero dejan de serlo en otras circunstancias.
XA% < 0,70 y WDA% ≥ 0,80	Revela una prueba de realidad que oscila significativamente en situaciones donde las claves que llevan a una traducción adecuada, no son evidentes.
XA% = 0,70 – 0,77 y WDA% = 0,75 – 0,79 ó XA% < 0,70 y WDA% = 0,75 – 0,79	Señala un grado moderado de disfunción en la mediación. La segunda opción indica un grado de disfunción mayor.
XA% < 0,70 y WDA% < 0,75	Refleja una deficiencia significativa en la mediación y por tanto, una alteración importante en la prueba de realidad.

e.2. Grado de Distorsión de la Realidad (X-%).

La Forma Distorsionada involucra la cantidad de respuestas con mala calidad formal. El origen de estas puede ser el procesamiento defectuoso, factores emocionales, prejuicios y/o obsesiones que conducen a identificar erróneamente el estímulo, etc. Independiente de la causa, es producto de aspectos personales que conducen a desatender los estímulos reemplazándolos por proyecciones propias. Lo relevante de este tipo de respuestas es que constituyen una distorsión de la realidad (Exner, 2001).

Tabla 47. Criterios de interpretación de la Forma Distorsionada (X-%) para la agrupación Mediación.

Adaptado de "Principios de Interpretación del Rorschach", J. E. Exner (2000)

X-% < 0,15 y FQ- = 1 – 3	La frecuencia de los episodios de disfunción mediacional es similar a la mayoría de las personas.
X-% = 0,15 – 0,20	Indica que existe una disfunción mediacional moderada
X-% = 0,21 – 0,25	Señala la probabilidad de una tendencia continua a la disfunción mediacional.
X-% > 0,25	Refleja una alta probabilidad de deterioro importante y permanente en la mediación. Alteración importante de la prueba de realidad.
X-% > 0,70	Señala la probabilidad de simulación o exageración de síntomas.

e.3. Adaptación a las Normas.

Las Respuestas Populares (P) son respuestas que emplean las propiedades distales más obvias de las manchas. Informan acerca del grado de adaptación a las normas dentro de un grupo de referencia. En otras palabras, dan cuenta sobre la convencionalidad y el ajuste perceptivo (Sendín, 2007).

Tabla 48. Criterios de interpretación de las Respuestas Populares (P) para la agrupación Mediación.

Adaptado de "Principios de Interpretación del Rorschach", J. E. Exner (2000)

R = 17 – 28 y P = 5 – 7 ó R < 17 y P = 4 – 6, ó R > 28 y P = 6 – 9	Son indicadores esperables. Significa que existe una baja probabilidad de respuestas poco convencionales en situaciones simples y/o bien definidas, aun cuando existan problemas de procesamiento.
P > valor esperado según N° de R	Señala una particular preocupación por la convencionalidad o corrección; es decir, existe una preocupación excesiva por detectar las claves de lo socialmente aceptado o deseable.
P < valor esperado según N° de R	Señala la probabilidad de un mayor número de respuestas poco convencionales e individualistas, incluso en situaciones simples y definidas.

e.4. Grado de Ajuste a lo Convencional.

La Forma Convencional (X+%) está definida por la proporción de respuestas con FQ+ y FQo, es decir, refleja el grado de mayor convencionalidad (Sendín, 2007). La Forma Única (Xu%) señala la proporción de respuestas con FQu y reflejan respuestas menos convencionales y más idiosincráticas (Exner, 2001).

El objetivo de este análisis es profundizar el grado de ajuste a lo convencional o a lo socialmente establecido.

Tabla 49. Criterios de interpretación de la Forma Convencional ($X+\%$) y de la Forma Única ($Xu\%$) para la agrupación Mediación. Adaptado de “Principios de Interpretación del Rorschach”, J. E. Exner (2000)

$X+\% = 0,70 - 0,85$ y $Xu\% = 0,10 - 0,20$	Significa una tendencia a realizar conductas ajustadas a las exigencias o expectativas sociales.
$X+\% > 0,85$	Señala un inusual compromiso con la convencionalidad.
$X+\% = 0,55 - 0,69$ y $Xu\% \geq 0,20$	Indica que el proceso de mediación desatiende las exigencias o expectativas sociales, más que la mayoría de las personas. Énfasis en la individualidad.
$X+\% < 0,55$ y $X-\% > 0,20$	Existe una alta probabilidad de conductas atípicas causada por alguna dificultad mediacional y por una prueba de realidad alterada.
$X+\% < 0,55$, $X-\% \leq 0,20$ y $Xu\% \geq 0,25$	ES probable que ciertas conductas se alejen de lo convencional. Sin embargo, no hay alteración en la prueba de realidad, pues las decisiones mediacionales serán ajustadas, aunque inusuales a la situación.

f. Ideación.

Corresponde a la tercera agrupación de la Triada Cognitiva. El trabajo de ideación involucra el modo en que se conceptualizan y utilizan las traducciones mediacionales. Es decir, permite organizar símbolos o conceptos para que sean significados por la persona es un elemento fundamental de la prueba de realidad y “constituye el núcleo de la actividad psicológica a partir de la cual se desarrollan todas las decisiones y conductas deliberadas” (Exner, 2001, p. 287).

f.1. Estilo Vivencial (EB) y Lambda (L).

Estas variables ya fueron abordadas en la agrupación del Afecto. Se analiza en la agrupación de la Ideación en un marco diferente, en el que se determinarán orientaciones de respuestas y toma de decisiones, de acuerdo al estilo vivencial predominante.

f.2. Estilo Vivencial Pertinaz (EBPer).

Esta variable también fue abordada en la agrupación de los Afectos. Se considera su análisis en la Ideación para determinar el grado de rigidez para responder a situaciones determinadas o en la toma de decisiones; en otras palabras, se asocia los cambios de enfoque de respuestas.

f.3. Grado de Flexibilidad y Rigidez Ideativa.

La proporción de Movimientos Activos y Pasivos (a : p) también se relaciona con el grado de flexibilidad; particularmente con el grado de fijeza de las actitudes y valores de un sujeto, y cómo ello influye en la amplitud o estrechez de pensamiento (Exner, 2001).

Tabla 50. Criterios de interpretación de Movimiento Activo y Movimiento Pasivo (a : p) para la agrupación Ideación. Adaptado de "Principios de Interpretación del Rorschach", J. E. Exner (2000)

a + p = 4 y a ó p = 0	Refleja que el pensamiento y el sistema de valores tienden a ser menos flexibles y más fijos de lo habitual.
a + p > 4 y a > 2p pero a < 3p ó p > 2a pero p < 3a	Indica que las predisposiciones ideacionales y el sistema de valores son relativamente fijos y difíciles de modificar.
a + p > 4 y a > 3p ó p > 3a	Señala que las predisposiciones ideacionales y el sistema de valores son demasiado fijos, inalterables e inflexibles.

f.4. Índice de Hipervigilancia (HVI), Índice Estilo Obsesivo (OBS), Contenido Mórbido (MOR).

Estas tres variables son analizadas en función de su efecto sobre el pensamiento. Es así como el HVI positivo implica un estado de alerta permanente. El OBS positivo señala una fuerte tendencia a la meticulosidad, convencionalidad y perfeccionismo al interpretar la realidad. La presencia aumentada de MOR señala que la actividad ideativa se encuentra impregnada de prejuicios negativos hacia el futuro (Sendín, 2007).

Tabla 51. Criterios de interpretación de Índice de Hipervigilancia (HVI), Índice Estilo Obsesivo (OBS), Contenido Mórbido (MOR) para la agrupación Ideación. Adaptado de “Principios de Interpretación del Rorschach”, J. E. Exner (2000)

OBS positivo	Indica una predisposición mental al perfeccionismo, lo que implica una mayor complejidad del pensamiento, razón por la cual necesita un mayor esfuerzo y mayor actividad ideacional. Esto puede resultar ineficaz, aunque no necesariamente ineficiente. Se considera una dificultad cuando el pensamiento es incoherente o redundante.
HVI positivo	Implica un estado continuo de alerta y preparación que afecta el pensamiento conceptual, volviéndolo menos claro y más inflexible. El resultado de ello será un tipo de pensamiento ilógico, marcado de elementos paranoides.
MOR ≥ 3	Señala que el pensamiento conceptual está teñido de pesimismo conduciendo a generar patrones de pensamientos sesgados y poco rigurosos. Son frecuentes los errores lógicos y los juicios erróneos, disminuyendo significativamente la calidad del pensamiento conceptual, llegando incluso a la desorganización.

f.5. Actividad Ideativa Involuntaria.

De acuerdo con Sendín (2007), tanto las respuestas de movimiento animal (FM) como las de movimiento inanimado (m) están asociadas a la actividad ideativa involuntaria. Se trata de un tipo de ideación periférica que puede aumentar y perturbar en el desempeño de la ideación deliberada. Para ello, es necesario revisar el lado izquierdo de la Experiencia Base (FM+m).

Tabla 52. Criterios de interpretación de Lado Izquierdo de la Experiencia Base ($FM+m$), para la agrupación Ideación. Adaptado de “Principios de Interpretación del Rorschach”, J. E. Exner (2000)

$FM + m = 3 - 6$ y $m > FM$ ó $FM + m = 3$ y $FM < 2$	En la proporción normal, se espera que FM sea igual a dos. En el caso que m sea mayor, indica que la ideación periférica se encuentra aumentada por estrés situacional. Por otra parte, si FM es menor de dos, se estima que se minimiza o evita la interferencia mental de los estados de necesidad.
$FM + m < 3$	Si el EB no es evitativo, señala una tendencia a fusionar defensivamente el pensamiento periférico con el pensamiento deliberado. Si se trata de un estilo evitativo, indica una reacción rápida para disminuir la irritación originada por la interferencia del pensamiento periférico.
$FM + m = 7$ y $FM = 6 - 7$ ó $FM + m > 7$ y $FM > 5$	Refleja un estado de necesidad interno que aumenta la actividad mental periférica. Por lo general, este estado es crónico, aumentado la perturbación en la atención y concentración.
$FM + m = 7$ y $FM \leq 4$ ó $FM + m > 7$ y $FM \leq 5$	Indica un aumento importante de la actividad mental debido al estrés situacional (debido al aumento de m)

f.6. Síndrome de Blanca Nieves.

Este indicador implica la revisión de la proporción de Respuestas de Movimiento Humano Activo y las Respuestas de Movimiento Humano Pasivo. Permite indagar sobre el “*funcionamiento de las actitudes ideacionales del sujeto cuando utiliza el pensamiento deliberado y entran en juego las relaciones interpersonales*” (Sendín, 2007, p. 122).

Si el lado derecho de la proporción es mayor que el izquierdo, implica una tendencia a reemplazar la realidad por la fantasía al emplear el pensamiento deliberado, especialmente en situaciones estresantes (Sendín, 2007).

Tabla 53. Criterios de interpretación de la Proporción Movimiento Humano Activo y Movimiento Humano Pasivo ($Ma : Mp$), para la agrupación Ideación. Adaptado de “Principios de Interpretación del Rorschach”, J. E. Exner (2000)

$Mp > Ma$ en 1 punto	Refleja la tendencia a reemplazar defensivamente la realidad por la fantasía frente a situaciones estresantes.
$Mp > Ma$ en 2 o más puntos	Uso abusivo de la fantasía para negar la realidad, en especial las situaciones desagradables.

f.7. Índice de Intelectualización (2AB + (Art + Ay)).

Se analiza este índice debido a que implica el uso del pensamiento como estrategia defensiva, al reducir el impacto de las emociones, tal como se mencionó con anterioridad en la agrupación del Afecto. Lo relevante para esta agrupación reside en que al ser una forma de negación necesita usar un tipo de pensamiento inusual para distorsionar la realidad (Exner, 2000).

f.8. Alteraciones Cognitivas.

Esta variable está compuesta por seis códigos especiales críticos; a saber, Verbalizaciones Desviadas (DV), Respuestas Desviadas (DR), Combinación Incongruente (INCOM), Combinación Fabulatoria (FABCOM), Contaminaciones (CONTAM) y Lógica Inadecuada (ALOG). Todos ellos implican un desajuste cognitivo con grados diferentes de dificultad, razón por la cual se les asigna distintos pesos (Exner, 2000).

El análisis de la cantidad de veces que aparecen en un protocolo (Sum6), así como la suma de sus puntajes ponderados (SumPond6), permiten reconocer aquellos problemas que se presentan en el pensamiento conceptual y la claridad ideacional (Exner, 2000).

Tabla 54. Criterios de interpretación de la Suma Bruta (Sum6) y de la Suma Ponderada (SumPond6) de los Seis Códigos Especiales Críticos, para la agrupación Ideación. Adaptado de “Principios de Interpretación del Rorschach”, J. E. Exner (2000)

SumPond6 ≤ 6 y sólo incluye DV, INCOM ó DR de Nivel 1	No hay motivo para cuestionar la claridad del pensamiento
SumPond6 ≤ 6 y FABCOM1 = 1 ó ALOG = 1; sin Nivel 2 ni CONTAM	Indica que el pensamiento posee más errores de juicios o deslices cognitivos de lo esperado, presentando menos claridad o falta de calidad.
R ≥ 17 y SumPond6 = 7 – 10 ó R ≤ 16 y SumPond6 = 7 - 9; sin Nivel 2 ni CONTAM	Se observa que la actividad ideacional es más inmadura o con menos elaboración cognitiva de lo esperado
R ≥ 17 y SumPond6 = 11 – 17 ó R ≤ 16 y SumPond6 = 10 – 12	Evidencia un grave problema de pensamiento, presentando episodios de fragmentación o errores de juicio que nublan la ideación.
R ≥ 17 y SumPond6 > 18 ó R ≤ 16 y SumPond6 > 12	Señala una actividad ideacional seriamente perturbada, afectando la prueba de realidad. Es probable que el pensamiento tienda a ser desorganizado e inconsistente, con juicios equívocos.

f.9. Calidad y Ajuste del Pensamiento Deliberado (MQ)

Las respuestas de Movimiento Humano, desde el punto de vista de la ideación, indica el modo en que se utiliza el pensamiento deliberado y su calidad. La calidad formal que posee la respuestas con M, “*señala el grado de alejamiento de lo convencional al usar los procesos de reflexión*” (Exner, 2000, p. 130)

Tabla 55. Criterios de interpretación de la Calidad Formal de Respuestas de Movimiento Humano (MQ), para la agrupación Ideación. Adaptado de “Principios de Interpretación del Rorschach”, J. E. Exner (2000)

MQsin = 0 y MQ- = 0	Los datos no tienen valor interpretativo
MQ- = 1 y MQsin = 0	Indica cierta singularidad del pensamiento originada por una preocupación que interfiere con la mediación o en la claridad del pensamiento.
MQ- = 0 y MQsin = 1	Señala una dificultad en el control ideacional volviendo menos claro el pensamiento. Esto puede deberse a factores emocionales o a patrones de pensamiento inconexos, donde las preocupaciones internas sustituyen la realidad.
MQ- y MQsin ≥ 2	Refleja un tipo de pensamiento perturbado, que puede ser indicio de una alteración cognitiva más difusa.

g. Autopercepción.

Esta agrupación implica el concepto de la propia imagen y la relación con uno mismo. La autoimagen está conformada por las *“impresiones que cada persona tiene de sus propias características”* (Exner, 2000, p. 351). Esto configura un lenguaje interno de conceptos que nacen de la experiencia, muchas de ellas asentadas en la realidad y otras de interpretaciones equivocadas de la experiencia.

Por otra parte, la relación con uno mismo se relaciona con la disposición a estar conectado con lo propio e interno o con el mundo externo. Es un elemento importante al momento de establecer metas y objetivos y se encuentra en una relación directa con la autoimagen. (Exner, 2000)

g.1. Índice de Hipervigilancia (HVI) e Índice de Estilo Obsesivo (OBS)

Aun cuando estas variables ya han sido abordadas en agrupaciones anteriores, se hace necesario revisarlas en función a la agrupación de Autopercepción, debido a que el HVI muestra una preocupación por cuidar su integridad pues a la base hay un profundo sentimiento de vulnerabilidad. En cuanto al OBS, se relaciona con la necesidad de valorar su eficacia sin cometer errores (Sendín, 2007). Los criterios para esta agrupación se presentan a continuación.

Tabla 56. Criterios sobre Índice de Hipervigilancia e Índice de Estilo Obsesivo para la agrupación Autopercepción. Adaptado de “Principios de Interpretación del Rorschach”, J. E. Exner (2000)

OBS positivo	La percepción de sí mismo tiende a ser conservadora y en ocasiones más negativa de lo habitual.
HVI positivo	Tendencia a preocuparse excesivamente por salvaguardar la integridad personal, atribuyendo a fuerzas externas la causa de sus dificultades. Sensación de incertidumbre que genera ansiedad debido a que no se sienten seguros.

g.2. Narcisismo.

Las Respuestas de Reflejos (Fr+rF) se relacionan con rasgos más primarios y narcisistas de personalidad; por tanto, implica una marcada tendencia a la sobrevaloración del *sí mismo*. (Sendín, 2007)

Tabla 57. Criterios sobre Respuestas de Reflejos (Fr+rF) para la agrupación Autopercepción. Adaptado de “Principios de Interpretación del Rorschach”, J. E. Exner (2000)

Fr + rF = 0	Carece de valor interpretativo.
Fr + rF > 0	Señala una preocupación exagerada por sí mismo y una sensación hipertrofiada del valor personal, de naturaleza narcisista, que domina las percepciones que se tienen del mundo.

g.3. Índice de Egocentrismo ([3 Fr+rF] + [2])

Este índice entrega una estimación del grado de preocupación por sí mismo, de autodirección, autocentramiento y, en ciertos casos, de autoestima. El valor medio esperado para sujetos adultos oscila entre 0.33 y 0.45 (Exner, 2000).

Tabla 58. Criterios sobre Índice de Egocentrismo para la agrupación Autopercepción. Adaptado de “Principios de Interpretación del Rorschach”, J. E. Exner (2000)

Índice de Egocentrismo > valor medio	Tendencia a estar más centrado en sí mismo que la mayoría de las personas. Es necesario evaluar si se trata de elevada autoestima o la existencia de una sensación de insatisfacción personal. <ul style="list-style-type: none"> • Fr+rF > 0. Señala que el rasgo narcisista impregna el funcionamiento psíquico, sobrevalorando el sí mismo. • Fr+rF = 0. Excesiva preocupación por sí mismo.
Índice de Egocentrismo entre 0.33 y 0.45	Señala una preocupación por sí mismo similar al resto de las personas. <ul style="list-style-type: none"> • Fr+rF > 0. Refleja cierto conocimiento acerca de la errónea sobrevaloración del sí mismo, lo que crea incertidumbre y confusión afectiva.
Índice de Egocentrismo < 0.33	Indica una valoración negativa sobre sí mismo. <ul style="list-style-type: none"> • Fr+rF > 0. Indica un grave conflicto con la autoestima y la autoimagen.

g.4. Grado de Introspección y/o Visión Negativa de sí mismo.

Las respuestas Forma Dimensión (FD) y de Perspectiva (SumV) se relacionan con la capacidad de introspección. La diferencia entre ambas es que las repuestas de perspectiva implican autoexamen pero basado en la presencia de emociones negativas (Exner, 2000).

Tabla 59. Criterios sobre respuestas Forma Dimensión y Vista para la agrupación Autopercepción.

Adaptado de "Principios de Interpretación del Rorschach", J. E. Exner (2000)

R = 6 > 17, FD = 0 y V = 0	Sugiere una menor consciencia de sí mismo de lo esperado
V = 0 y FD = 1 ó 2	Indica tendencia a la introspección y reevaluación de la autoimagen
FD > 2 ó V > 0	Señala una conducta inhabitual de introspección:
	✓ FD > 2 y V = 0: refleja una preocupación fuera de lo común por la autoimagen
	✓ V > 0: presencia de ansiedad debido a atributos que se perciben como negativos y sentimientos dolorosos producto de esta ansiedad.

g.5. Grado de Alteración en Autoimagen.

Las respuestas de Anatomía y Rayos X (An + Xy) se relacionan con la preocupación por el cuerpo, lo que puede indicar una alteración en la autoimagen y en las actitudes hacia sí mismo (Sendín, 2007).

Tabla 60. Criterios sobre Respuestas de Anatomía y de Rayos X (An + Xy) para la agrupación Autopercepción. Adaptado de "Principios de Interpretación del Rorschach", J. E. Exner (2000)

(An + Xy) ≤ 1	Carece de valor interpretativo.
(An + Xy) = 2	Señala una posible preocupación por el cuerpo. Sólo tiene valor significativo si posee una FQ negativa o si tiene un código especial MOR.
(An + Xy) > 2	Indica una importante preocupación por el cuerpo, que afecta la autoimagen y la sensación de vulnerabilidad.

g.6. Autoimagen Negativa.

Las respuestas de Contenido Mórbido (MOR) se asocian a una autoimagen configurada con rasgos negativos, deteriorados y disfóricos (Sendín, 2007), originando una visión negativa de sí mismo.

Tabla 61. Criterios sobre Respuestas de Contenido Mórbido (MOR) para la agrupación Autopercepción. Adaptado de "Principios de Interpretación del Rorschach", J. E. Exner (2000)

MOR ≤ 1	Carece de valor interpretativo.
MOR = 2	Es indicador de que existen atribuciones fuertemente negativas que alteran la autoimagen, las ideas sobre sí mismo y mayor pesimismo de lo esperado.
MOR > 2	Señala la presencia de fuertes atribuciones negativas que distorsionan la autoimagen y las ideas sobre el sí mismo; así como también, un significativo estilo pesimista.

g.7. Identificación y Construcción de Autoimagen real o fantaseada.

Se toma en cuenta la Proporción de Contenidos Humanos [H : (H)+ Hd+(Hd)], dentro de la agrupación Autopercepción, debido a que entrega información sobre la autoimagen y/o la autovaloración. Es así como el contenido H pura, señala la representación e identificación con personas reales y completas; las restantes se relacionan con identificaciones con personas basadas en la imaginación o con representaciones internas poco reales (Exner, 2000).

Esta proporción sólo tiene validez cuando el número de respuestas de contenido humano es igual o mayor de tres. La tabla 62 presenta los valores medios de las cuatro categorías de contenido humano.

Tabla 62. Valores medios de las categorías de Contenido Humano, obtenidos en 500 sujetos no pacientes, divididos por intervalos de R y por estilos de respuesta. Extraído de “Principios de Interpretación del Rorschach”, J. E. Exner (2000)

	R= 14 - 16				R= 17 - 27				R= 27 - 55			
	Valores esperados y estilos de respuesta				Valores esperados y estilos de respuesta				Valores esperados y estilos de respuesta			
	I ²⁴	A	E	L	I	A	E	L	I	A	E	L
N=	18	22	17	16	116	54	129	38	33	16	24	17
H	3.8	1.8	1.6	1.7	4.8	2.5	2.5	1.8	7.1	3.7	2.1	2.9
(H)	1.0	1.2	1.3	0.7	1.2	1.7	1.1	1.0	1.2	0.9	2.0	1.4
Hd	0.4	0.5	0.6	1.0	0.9	0.9	0.8	1.6	1.7	2.7	1.4	2.6
(Hd)	0.1	0.2	0.1	0.6	0.1	0.2	0.3	0.5	0.4	0.4	0.1	1.3
Todos cont H	5.3	3.6	3.6	4.0	7.0	5.3	4.7	4.9	10.4	7.7	5.6	8.2

Tabla 63. Criterios de la Proporción de Contenidos Humanos para la agrupación Autopercepción. Adaptado de “Principios de Interpretación del Rorschach”, J. E. Exner (2000)

SumContH \geq 3 y autoimagen basada en experiencia	Sugiere que la autoimagen se basa más en la experiencia que en la imaginación, de acuerdo al número de respuestas totales y los estilos de respuesta, si:
	<ul style="list-style-type: none"> • El estilo es introversivo y el valor de H pura es al menos dos puntos mayor que la suma del resto de contenidos humanos. • El estilo no es introversivo y el valor de H pura es igual o mayor que la suma de los otros contenidos humanos si R = 17 – 27. • El estilo no es introversivo, R < 17 ó > 27, el valor de H pura es igual, mayor o como mucho un punto menor que la suma de los demás contenidos humanos.
SumContH \geq 3 autoimagen basada en imaginación	La autoimagen se basa mayormente en la imaginación o en distorsiones de la experiencia real, si:
	<ul style="list-style-type: none"> • El estilo es introversivo y el valor de H pura es menos de dos puntos mayor que la suma de los demás contenidos. • El estilo no es introversivo y el valor de H pura es menor que la suma de los demás contenidos humanos y R = 17 y 27. • El estilo no es introversivo, R < 17 ó > 27, el valor de H pura es un punto o más por debajo de la suma del resto de contenidos humanos.

²⁴ Las abreviaciones I – A – E – L se refieren a los distintos Estilos Vivenciales. A saber, I corresponde al estilo Introversivo; A corresponde al estilo Ambiguo; E corresponde al estilo Extratensivo y L corresponde al estilo Evitativo.

h. Percepción y Relaciones Interpersonales.

Esta agrupación de variables es relevante en el contexto del funcionamiento psicológico de un individuo, pues es un “*elemento esencial y constitutivo de la conducta humana*” (Sendín, 2007, p. 211).

Por tanto, la información que se obtiene de este análisis se relaciona con cómo se estructura la percepción de los otros, cómo son las pautas de relación social y con el grado de madurez y empatía frente a las demandas externas (Exner, 2000).

h.1. Índice de Inhabilidad Social (CDI)

En función de la variable señalada se considera que cuando el valor de este índice es de cuatro o cinco, señala la presencia de rasgos asociados con la inmadurez o ineptitud social, aumentando la posibilidad de tener dificultades para establecer o mantener relaciones maduras y cercanas (Sendín, 2007).

Tabla 64. Criterios sobre Índice de Inhabilidad Social (CDI) para la agrupación Percepción y Relaciones Interpersonales. Adaptado de “Principios de Interpretación del Rorschach”, J. E. Exner (2000)

CDI < 4	Carece de valor interpretativo
CDI ≥ 4	Señala la probabilidad de una menor madurez social, con pocas habilidades sociales y con predisposición a presentar dificultades en la interacción interpersonal.

h.2. Índice de Hipervigilancia (HVI)

El análisis de esta variable, en función de esta agrupación, tiene con ver con que el estado de permanente alerta, trae como consecuencia una actitud negativa y desconfiada hacia el entorno social, afectando directamente las relaciones con los demás (Exner, 2000).

Tabla 65. Criterios sobre Índice de Hipervigilancia (HVI) para la agrupación Percepción y Relaciones Interpersonales. Adaptado de “Principios de Interpretación del Rorschach”, J. E. Exner (2000)

HVI = negativo	No tiene valor interpretativo
HVI = positivo	Indica una tendencia a ser excesivamente cauteloso y distante en las relaciones sociales, debido a sentimientos de vulnerabilidad.

h.3. Actitud Proactiva/Pasiva en Relaciones Interpersonales.

El estudio de la Proporción de Movimiento Activo y Movimiento Pasivo ($a : p$) dentro de esta agrupación es necesaria para establecer qué actitud tiende a asumir una persona frente a las relaciones interpersonales (Exner, 2000).

Tabla 66. Criterios sobre Proporción de Movimiento Activo y Movimiento Pasivo ($a : p$) para la agrupación Percepción y Relaciones Interpersonales. Adaptado de “Principios de Interpretación del Rorschach”, J. E. Exner (2000)

$a > p$ ó $p = a + 1$	No tiene valor interpretativo.
$p > a + 1$	Implica que la persona asumirá un rol pasivo, pero no necesariamente sumiso, en las relaciones interpersonales.

h.4. Vínculos de Dependencia.

Las respuestas de Comida (Fd) se analizan dentro de la Percepción y Relaciones Interpersonales, debido a que estos contenidos se encuentran asociados a tendencias de dependencia en las relaciones con los demás (Exner, 2000).

Tabla 67. Criterios sobre Respuestas de Comida (Fd) para la agrupación Percepción y Relaciones Interpersonales. Adaptado de “Principios de Interpretación del Rorschach”, J. E. Exner (2000)

Fd = 0	Carece de valor interpretativo
Fd > 0	Señala que el sujeto presenta más conductas de dependencia que lo habitual, con mayor necesidad de directrices y apoyo, con tendencia a la ingenuidad.

h.5. Relaciones Emocionales Íntimas.

Las respuestas de textura (SumT) se relacionan con las necesidades de cercanía afectiva y con la predisposición a las relaciones emocionales íntimas (Exner, 2000).

Tabla 68. Criterios sobre las Respuestas de Textura (SumT) para la agrupación Percepción y Relaciones Interpersonales. Adaptado de “Principios de Interpretación del Rorschach”, J. E. Exner (2000)

SumT = 1	Valor esperado. Indica reconocimiento y expresión de necesidades de cercanía emocional de manera similar a la mayoría de las personas
SumT = 0	Refleja que la persona tiende a reconocer o expresar sus necesidades de cercanía emocional en forma inusual, preocupada por mantener su espacio personal y cautelosa en sus relaciones cercanas
SumT > 1	Señala la presencia de necesidades de cercanía emocional insatisfechas, presencia de sentimientos de nostalgia y soledad, deseos de entablar relaciones íntimas que en ocasiones no pueden lograr establecer.

h.6. Empatía y Percepción de los Otros.

La suma de Respuestas de Contenido Humano (SumContH) y de Contenido Humano puro (H) entrega una base para determinar el grado de interés por los demás y el grado en que las percepciones sobre los otros son reales o imaginarias. El número de respuestas de contenido humano esperable depende del número total de respuestas de un protocolo; por lo tanto, la interpretación de la suma de contenido humano y la proporción de respuestas de H pura dependerá de esas variables (Exner, 2000). La tabla 69 otorga esta información derivada de una muestra de adultos no pacientes.

Tabla 69. Valores esperados de SumContH y de la media de H pura, obtenidos en 500 sujetos no pacientes, divididos por intervalos de R y por estilos de respuesta. Extraído de “Principios de Interpretación del Rorschach”, J. E. Exner (2000)

	R= 14 - 16				R= 17 - 27				R= 27 - 55			
	Valores esperados y estilos de respuesta				Valores esperados y estilos de respuesta				Valores esperados y estilos de respuesta			
	I	A	E	L	I	A	E	L	I	A	E	L
N=	18	22	17	16	116	54	129	38	33	16	24	17
Todos cont H	4-6	2-4	2-4	2-5	5-8	4-7	3-6	4-7	7-11	5-9	4-7	5-9
Media de H pura	3.8	1.8	1.6	1.7	4.8	2.5	2.5	1.8	7.1	3.7	2.1	2.9

Tomando en cuenta el número total de respuestas y el estilo vivencial se establecen los siguientes criterios:

Tabla 70. Criterios sobre las Suma de Respuestas de Contenido Humano (SumContH) y de Contenido Humano puro (H) para la agrupación Percepción y Relaciones Interpersonales. Adaptado de “Principios de Interpretación del Rorschach”, J. E. Exner (2000)

SumContH = valor esperado y H pura > ½ SumContH en introvertidos ó H pura ≥ ½ SumContH con otros estilos	Se asume que presenta un interés por los demás, similar al resto de las personas y es probable que la concepción de las personas se base en la realidad.
SumContH = valor esperado y H pura ≤ ½ SumContH en introvertidos ó H pura < ½ SumContH con otros estilos	Indica que hay interés por los otros, pero es probable que no los comprenda bien.
SumContH > valor esperado y H pura > ½ SumContH en introvertidos ó H pura ≥ ½ SumContH con otros estilos	Señala un gran interés por las personas, basado en una comprensión real de ellas.
SumContH > valor esperado y H pura ≤ ½ SumContH en introvertidos ó H pura < ½ SumContH con otros estilos	Sugiere un gran interés por los demás, pero no hay una buena comprensión de ellos.
SumContH < valor esperado	No presenta demasiado interés por los otros como la mayoría de las personas.

h.7. Efectividad en las Relaciones Interpersonales.

La proporción de Representación Humana de Buena Calidad (GHR) y de Mala Calidad (PHR) entrega información sobre los comportamientos interpersonales y su efectividad; es decir, qué tan ajustadas son las imágenes y actitudes frente al otro (Exner, 2000).

Están conformadas tanto por las respuestas de contenido humano, como las que implican animales realizando conductas humanas. En su análisis se considera varias categorías de codificación: determinantes, calidad formal, contenidos, códigos especiales. Sólo se considera cuando en el protocolo hay, al menos, tres respuestas de representación humana.

Tabla 71. Criterios sobre la Proporción de Representación Humana de Buena Calidad y de Mala Calidad (GHR : PHR) para la agrupación Percepción y Relaciones Interpersonales. Adaptado de "Principios de Interpretación del Rorschach", J. E. Exner (2000)

GHR > PHR	Indica que hay conductas interpersonales adecuadas a las situaciones. Mientras más alta la diferencia entre GHR y PHR, aumenta la probabilidad de conductas interpersonales efectivas.
PHR ≥ GHR	Se asume que hay conductas interpersonales menos adaptativas. Mientras mayor sea el valor de PHR sobre GHR mayor probabilidad de desajuste interpersonal.

h.8. Movimiento Cooperativo (COP) y Movimiento Agresivo (AG)

Se analiza COP y AG dentro de esta agrupación, pues contienen material proyectivo que involucra representaciones propias que notifican sobre las creencias de una persona respecto de la interacción con otros. Es así como los COP se relacionan con intercambios personales positivos; por otra parte, los AG implican una tendencia agresiva o de rivalidad. (Sendín, 2007). Los criterios se presentan en la tabla 72.

Tabla 72. Criterios para el Movimiento Cooperativo (COP) y Respuestas Agresivas (AG) para la agrupación Percepción y Relaciones Interpersonales. Adaptado de "Principios de Interpretación del Rorschach", J. E. Exner (2000)

COP = 0 y AG = 0 ó 1	Indica que no hay anticipación a interacciones positivas entre las personas como algo habitual
COP = 0 ó 1 y AG = 2 o más / COP = 2 y AG > 2	Indica que percibe la agresividad como un componente natural de las relaciones interpersonales
COP = 1 ó 2 y AG = 0 ó 1	Sugiere que las interacciones son percibidas como positivas y hay interés por participar en ellas
COP = 2 ó 3 y AG = 2	Señala interés por desarrollar interacciones positivas, pero con frecuencia están marcadas por intercambios forzados o agresivos.
COP ≥ 3 ó más y AG = 0 ó 1 COP > 3 y AG = 2 o menos	Es posible que los demás le consideren como una persona simpática y sociable; búsqueda por entablar relaciones armoniosas con los otros.
COP ≥ 3 ó más y AG > 2	Revela la presencia de un grave conflicto o perturbación sobre cuáles son las conductas interpersonales apropiadas.

h.9. Personalizaciones (PER)

Esta variable se relaciona con una estrategia defensiva que permite el reaseguramiento personal. Usada en forma excesiva, tiene que ver con un modo de autoritarismo, frente a la percepción de debilidad, y en ocasiones, de dominio, lo que afecta los vínculos con los otros (Exner, 2000).

Tabla 73. Criterios sobre Personalizaciones (PER) para la agrupación Percepción y Relaciones Interpersonales. Adaptado de "Principios de Interpretación del Rorschach", J. E. Exner (2000)

PER < 2	Escaso valor interpretativo.
PER = 2 ó 3	Indica que en las relaciones interpersonales hay un comportamiento más defensivo.
PER > 3	Es posible establecer que hay inseguridad frente a las situaciones interpersonales actuando de manera defensivamente autoritaria.

h.10. Índice de Aislamiento (Aisl/R)

Esta variable está compuesta por categorías de contenido que aparecen con poca frecuencia en un protocolo, las que al estar aumentadas hacen posible identificar correlaciones interpersonales asociadas al retraimiento social (Sendín, 2007)

Tabla 74. Criterios sobre Índice de Aislamiento (Aisl/R) para la agrupación Percepción y Relaciones Interpersonales. Adaptado de "Principios de Interpretación del Rorschach", J. E. Exner (2000)

Aisl/R < 0,26	Carece de valor interpretativo
Aisl/R = 0,26 – 0,32	Señala una menor actividad en la interacción social de lo esperado.
Aisl/R ≥ 0,33	Indica aislamiento social.

- **Inventario de Personalidad NEOPI-R.**

Los indicadores en el Inventario de Personalidad NEOPI-R están determinados por un esquema clasificatorio de acuerdo a las puntuaciones T que se especifican en la tabla 75.

Tabla 75. Esquema clasificatorio de puntajes para factores y facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R. Extraído de Manual Inventario de Personalidad NEO Revisado. Costa, P. T., McCrae, R. R. (2002).

Puntaje T	Categoría
> 65	Muy alto
56 – 65	Alto
46 – 55	Medio
36 – 45	Bajo
< 36	Muy bajo

a. Neuroticismo (N)

Las puntuaciones altas en esta escala definen la tendencia o susceptibilidad a experimentar sentimientos negativos que pueden interferir en la adaptación, en propender a presentar ideas irracionales, menor capacidad para controlar los impulsos y a enfrentar peor el estrés que los demás. Los sujetos con puntuaciones bajas son

emocionalmente estables, tranquilos y con mayor capacidad para enfrentar situaciones estresantes. Este factor está compuesto por seis escalas más específicas que miden facetas que intentan reflejar dimensiones más amplias de la personalidad (Costa y McCrae, 2002).

Tabla 76. Facetas de Neuroticismo. Adaptado del Manual Inventario de Personalidad NEO Revisado. Costa, P. T., McCrae, R. R. (2002).

Facetas del Neuroticismo	
N1: Ansiedad	Puntuaciones altas indican la probabilidad de experimentar más miedos y mayor grado de ansiedad flotante. Las puntuaciones bajas indican personas tranquilas y relajadas.
N2: Hostilidad	Altas puntuaciones revelan la tendencia a experimentar ira y estados relacionados con ella, como frustración y rencor. Las puntuaciones bajas, indican tranquilidad y poca susceptibilidad a la irritación.
N3: Depresión	Los puntajes altos presentan mayor probabilidad de experimentar sentimientos de culpa, melancolía desesperanza y soledad. Puntajes bajos se asocian a la baja frecuencia de registrar estas emociones.
N4: Ansiedad Social	Describe las emociones de vergüenza y turbación frente a situaciones sociales. La persona es sensible al ridículo y tiende a sentimientos de inferioridad. Puntajes altos señalan timidez y ansiedad pública; los puntajes bajos se asocian a que la persona se preocupa menos por la falta de soltura en esas situaciones.
N5: Impulsividad	Se refiere a la incapacidad de controlar apetitos y arrebatos. Las puntuaciones bajas indican dominio, control y alta tolerancia a la frustración.
N6: Vulnerabilidad	Se relaciona con la vulnerabilidad al estrés. Los puntajes altos indican dificultades para manejar el estrés, volviéndose dependiente, desesperanzado o aterrorizado en situaciones de emergencia. Las bajas puntuaciones señalan capacidad para desenvolverse en situaciones difíciles.

b. Extraversión (E)

Altas puntuaciones en este factor indican una tendencia a ser sociable, asertivo, activo y comunicativo. Preferencia por la excitación y estimulación, de carácter alegre, animoso, enérgico y optimista. Puntuaciones bajas implican la tendencia a lo opuesto; es

decir, a la introversión, que se caracteriza por el ser reservado, constante, independiente, prefieren la soledad y lo apacible (Costa y McCrae, 2002).

Tabla 77. Facetas de Extraversión. Adaptado del Manual Inventario de Personalidad NEO Revisado. Costa, P. T., McCrae, R. R. (2002).

Facetas de Extraversión	
E1: Cordialidad	Los puntajes altos indican cordialidad, afectuosidad, tendencia a ser amistoso, interés y gusto por las personas y facilidad para establecer relaciones con los otros. Los puntajes bajos señalan relaciones más formales, distantes y reservadas.
E2: Gregarismo	Puntajes elevados sugieren la preferencia por la compañía de los demás. Puntajes bajos indican preferencia por la soledad, e incluso el rechazo de los estímulos sociales.
E3: Asertividad	Puntuaciones altas indican tendencia a ser dominante, animoso, socialmente destacado, aptitudes de líder. Puntajes bajos señalan la tendencia a pasar desapercibido y con poca intervención social.
E4: Actividad	Las puntuaciones altas señalan rapidez y vigor, energía y la necesidad de estar ocupado. Las puntuaciones bajas indican un actuar más pausado y relajada.
E5: Búsqueda de Emociones	Puntuaciones altas indican ansia por la excitación y estimulación. Las personas con puntuaciones bajas sienten escasa necesidad de emociones.
E6: Emociones Positivas	Los sujetos con puntuaciones altas tienden a experimentar emociones positivas como alegría, felicidad, amor, entusiasmo. Las puntuaciones bajas no necesariamente señalan una tendencia a ser desgraciado, sino a presentar menor exuberancia y fogosidad.

c. Apertura (O)

Altos puntajes señalan la apertura a experiencias en distintos ámbitos. Las puntuaciones altas revelan receptividad a los propios sentimientos y emociones, experiencia de mayor profundidad y diferenciación de los estados emocionales. Los puntajes bajos sugieren embotamiento afectivo y menos interés por la actividad emocional (Costa y McCrae, 2002).

Tabla 78. Facetas de Apertura. Adaptado del Manual Inventario de Personalidad NEO Revisado. Costa, P. T., McCrae, R. R. (2002).

Facetas de Apertura	
O1: Fantasía	<p>Altos puntajes indican una activa imaginación y fantasía. Las ensoñaciones no sólo son una forma de evasión, sino un modo para acceder al mundo interior, proporcionando una vida rica y creativa.</p> <p>Los puntajes bajos señalan una tendencia a ser más prosaico y a preocuparse por tareas inmediatas.</p>
O2: Estética	<p>Puntuaciones elevadas señalan una apreciación profunda por el arte y la belleza, donde es probable que sus intereses estéticos a desarrollar sus conocimientos y criterios de apreciación. Las puntuaciones bajas indican insensibilidad y desinterés por el arte y la belleza.</p>
O3: Sentimientos	<p>Los puntajes altos implican mayor receptividad a los sentimientos y emociones propias y a considerarlos como parte importante en su vida. Además, es capaz de experimentar de modo más profundo y diferenciado las emociones, sintiendo más intensamente tanto la felicidad como la desdicha. Las puntuaciones bajas indican cierto embotamiento afectivo y no da importancia a los sentimientos.</p>
O4: Acciones	<p>Las personas que puntúan alto tienen conductas que tienden a intentar actividades nuevas, prefieren la novedad y la variedad a la rutina y lo conocido. Las puntuaciones bajas indican dificultades para el cambio, prefiriendo lo probado y comprobado.</p>
O5: Ideas	<p>Puntuaciones altas señalan una búsqueda activa de intereses individuales, curiosidad mental y deseo de considerar ideas nuevas y poco convencionales. No indica necesariamente inteligencia elevada. Los puntajes bajos indican poca curiosidad y limitación en los temas.</p>
O6: Valores	<p>Los puntajes altos señalan una disposición para cuestionar los valores sociales, políticos y religiosos. Las puntuaciones bajas indican una tendencia a aceptar la autoridad y conformarse con la tradición.</p>

d. Amabilidad (A)

Se relaciona con la dimensión de las relaciones interpersonales. Las puntuaciones altas indican altruismo, simpatía hacia los otros, disposición a ayudar, con el convencimiento que los otros sienten la misma satisfacción de hacer lo mismo. Los puntajes bajos pueden indicar una tendencia a ser suspicaz, antipático, menos cooperador (Costa y McCrae, 2002).

Tabla 79. Facetas de Amabilidad. Adaptado del Manual Inventario de Personalidad NEO Revisado.
Costa, P. T., McCrae, R. R. (2002).

Facetas de Amabilidad	
A1: Confianza	Puntuaciones altas indican la disposición a creer en la honestidad y buenas intenciones de los otros. Puntuaciones bajas revelan escepticismo, cinismo y la tendencia a pensar que los demás pueden ser peligrosos y deshonestos.
A2: Franqueza	Los puntajes elevados señalan franqueza, sinceridad e ingenuidad. Las puntuaciones bajas revelan la tendencia a ocultar la verdad, recelo al expresar sentimientos; también se considera como indicador de una tendencia a manipular mediante el halago, la astucia o el engaño.
A3: Altruismo	Las puntuaciones altas indican preocupación activa por el bienestar de los otros y disposición a prestar ayuda a quien lo necesite. Los puntajes bajos sugieren mayor focalización en sí mismo, con reticencia a implicarse en las dificultades de los demás.
A4: Actitud Conciliadora	Los puntajes altos señalan la tendencia a ser condescendiente con los demás, a inhibir la agresión, a olvidar y perdonar. Las puntuaciones bajas muestran agresividad, actitud competitiva por sobre la cooperación y tendencia a expresar la ira cuando es necesario.
A5: Modestia	Puntuaciones altas sugieren humildad y la tendencia a pasar desapercibido. Las puntuaciones bajas revelan arrogancia, engreimiento, tendencia a considerarse superior al resto.
A6: Sensibilidad a los demás	Los puntajes elevados indican sensibilidad por las necesidades ajenas, tendencia a dar importancia a los aspectos humanos de las normas sociales. Los puntajes bajos señalan insensibilidad, menor compasión, realismo y racionalidad.

e. Responsabilidad (C)

Las puntuaciones altas en este factor muestran a personas voluntariosas, obstinadas y decididas, escrupulosidad, puntualidad y fiabilidad. Además, se asocian a un alto rendimiento académico o profesional. Por otra parte, las personas que puntúan bajo no necesariamente carecen de los aspectos anteriores, pero son menos rigurosos al aplicarlos, pues son más descuidados en el logro de sus objetivos (Costa y McCrae, 2002).

Tabla 80. Facetas de Responsabilidad. Adaptado del Manual Inventario de Personalidad NEO Revisado. Costa, P. T., McCrae, R. R. (2002).

Facetas de Responsabilidad	
C1: Competencia	Se refiere a la sensación propia que se tiene en cuanto a capacidad, sensibilidad, prudencia y eficacia. Los puntajes altos revelan a personas que se sienten preparadas para enfrentar la vida. Puntajes bajos, muestran personas que se creen más pobres, ineptas y con menos preparación. Se correlaciona con autoestima.
C2: Orden	Los puntajes altos indican pulcritud, organización y limpieza. En cambio, los puntajes bajos señalan falta de organización y de orden.
C3: Sentido del deber	Evalúa la conciencia. Es decir, las puntuaciones elevadas muestran la adhesión estricta a los principios éticos y el cumplimiento de las obligaciones morales. Las puntuaciones bajas señalan un descuido en estas materias y, en ocasiones, una tendencia a ser poco o nada confiable.
C4: Necesidad de logro	Los altos puntajes indican altos niveles de aspiración y el trabajo intenso para conseguir sus objetivos. Además, señala diligencia, resolución y objetivos claros. Los puntajes bajos muestran negligencia, pereza, con bajas ambiciones y bajo nivel de rendimiento.
C5: Autodisciplina	Se refiere a la habilidad para iniciar tareas y llevarlas a cabo hasta el final, pese a inconvenientes y distracciones. Por tanto, las puntuaciones altas señala la capacidad para motivarse a sí mismo hasta terminar su tarea. Las puntuaciones bajas, por el contrario, señala personas que postergan el inicio de sus quehaceres, que se desaniman fácilmente y desean abandonar el proyecto.
C6: Deliberación	Refleja la tendencia a pensar mucho las cosas antes de actuar. De este modo, los puntajes elevados indican reflexión y prudencia; y los puntajes bajos muestran una tendencia a ser precipitado, a hablar o actuar sin tomar en cuenta las consecuencias.

Tabla 81. Variables consideradas en el análisis de la Variable Rasgos de Personalidad.

Test de Rorschach	Inventario de Personalidad NEOPI-R
Control y tolerancia al estrés	Neuroticismo
Adj D y CDI	N1. Ansiedad
EA	N2. Hostilidad
EB y Lambda	N3. Depresión
Adj es	N4. Ansiedad social
Eb	N5. Impulsividad
Estrés situacional	N6. Vulnerabilidad
D, EA, es, Adj es	Extraversión
Adj D – Puntaje D	E1. Cordialidad
m y SumY	E2. Gregarismo
Adj D, Puntaje D, SumT, SumV	E3. Asertividad
Puntaje D	E4. Actividad
Respuestas Complejas con m ó Y	E5. Búsqueda de emociones
Respuestas Complejas Color Sombreado	E6. Emociones positivas
Afectos	Apertura
DEPI y CDI	O1. Fantasía
EBPer	O2. Estética
Lado derecho eb	O3. Sentimientos
Constricción Afectiva	O4. Acciones
Proporción Afectiva	O5. Ideas
Índice de Intelectualización	O6. Valores
Proyección de Color	Amabilidad
Proporción FC : CF + C	A1. Confianza
C pura	A2. Franqueza
Respuestas de Espacio	A3. Altruismo
Respuestas Complejas, EB y Lambda	A4. Actitud conciliadora
Respuestas Complejas relacionadas con estrés situacional	A5. Modestia
Complejidad Inusual	A6. Sensibilidad a los demás
Respuestas Complejas Color Sombreado	Responsabilidad
Respuestas Complejas de Sombreado	C1. Competencia
Procesamiento de la Información	C2. Orden
Zf	C3. Sentido del deber
W : D : Dd	C4. Necesidad de logro
W : M	C5. Autodisciplina
Zd	C6. Deliberación
Perseveraciones	

Calidad Evolutiva	
Mediación	
XA% y WDA%	
X-%	
Populares	
X+% y Xu%	
Ideación	
a : p	
HVI, OBS, MOR	
Lado izquierdo de eb	
Ma : Mp	
SumaBruta6, SumaPond6	
MQ	
Autopercepción	
HVI y OBS	
Respuestas Reflejo	
Índice de Egocentrismo	
FD y SumV	
An y Xy	
MOR	
Contenido Humano	
Hx	
Relaciones Interpersonales	
CDI	
HVI	
Fd	
SumT	
Contenido Humano y H pura	
GHR : PHR	
COP y AG	
PER	
Índice de Aislamiento	

4.2.2 Emociones Negativas.

Para los fines de esta investigación, se entiende como *emociones negativas* todo el espectro de afectividad disfórica o displecentera, como ira, ansiedad, depresión, estrés, etc. (Larsen, 2005).

La *ira* se define como la tendencia a responder agresivamente a las frustraciones cotidianas, a irritarse fácilmente, a sentir rencor y a interactuar de manera burda, oposicionista y poco cooperadora (Larsen, 2005).

Se entiende como *ansiedad* a un estado desagradable que puede comprender reacciones físicas activadas por el miedo frente a una situación real o imaginaria, que es percibida como amenazante o peligrosa (Bermúdez, Pérez y Sanjuán, 2003).

El término *depresión* implica un estado caracterizado por sentimientos de tristeza, hostilidad, abatimiento, melancolía e infelicidad, los que, de acuerdo a la intensidad y permanencia en el tiempo, configurarán tipos del mismo trastorno, y en donde se verán afectadas las distintas áreas del funcionamiento psicológico (Larsen, 2005).

Por último, de acuerdo a Lazarus y Folkman, el *estrés* se define como “*una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y pone en peligro su bienestar*” (Citado en Bermúdez, Pérez y Sanjuán, 2003, p. 349).

En la tabla 82 se presentan las facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R y los indicadores del Test de Rorschach asociados a la medición de la variable *emociones negativas*.

Tabla 82. Variables consideradas en el análisis de la Variable Emociones Negativas.

Test de Rorschach	Inventario de Personalidad NEOPI-R
Control y tolerancia al estrés	Neuroticismo
Adj D y CDI	N1. Ansiedad
EA	N2. Hostilidad
EB y Lambda	N3. Depresión
Adj es	N4. Ansiedad social
Lado izquierdo de eb	N5. Impulsividad
Lado derecho de eb	N6. Vulnerabilidad
Estrés situacional	E6. Emociones positivas
D, EA, es, Adj es	O3. Sentimientos
Adj D – Puntaje D	
m y SumY	
Adj D, Puntaje D, SumT, SumV	
Puntaje D	
Respuestas Complejas con m ó Y	
Respuestas Complejas Color Sombreado	
Respuestas Complejas de Sombreado	
DEPI y CDI	
Lado derecho eb	
Constricción Afectiva	
Respuestas de Espacio	
Proyección de Color	
MOR	
HVI	
OBS	
Suma Sombreado Difuso	
Suma Color Acromático	
Suma Textura	
Suma Perspectiva	

4.2.3 Relaciones Interpersonales.

Se relaciona con la capacidad para establecer vínculos, la presencia o ausencia de problemas interpersonales, de confianza/desconfianza en sí mismo y en los otros.

La definición de esta variable sienta sus bases en la teoría del apego de Bowlby (1998), la que establece que los estilos de vinculación entre los padres y el niño serán internalizados e influirán en el tipo de relaciones adultas a futuro.

La tabla 81 presenta los indicadores del Test de Rorschach, las facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R y los factores del Cuestionario de Apego Adulto asociados a la medición de la variable *relaciones interpersonales*. Cabe señalar que se ha incluido el Cuestionario de Apego Adulto para la variable mencionada debido a que su objetivo es evaluar, particularmente, el tipo de vínculo que presenta un sujeto (Melero y Cantero, 2008) por lo que se considera esencial para medir la variable antes mencionada.

Tabla 83. Variables consideradas en el análisis de la Variable Relaciones Interpersonales.

Test de Rorschach	Inventario de Personalidad NEOPI-R	Cuestionario de Apego Adulto
CDI	Amabilidad	Factor 1: “Baja autoestima y necesidad de aprobación”
HVI	N4. Ansiedad social	Factor 2: “Resolución hostil de conflictos”
Fd	E1. Cordialidad	Factor 3: “Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones”
SumT	E2. Gregarismo	Factor 4: “Autosuficiencia emocional”
Contenido Humano y H pura	E3. Asertividad	
GHR : PHR	A1. Confianza	
COP y AG	A2. Franqueza	
PER	A3. Altruismo	
Índice de Aislamiento	A4. Actitud conciliadora	
Relaciones Interpersonales	A5. Modestia	
	A6. Sensibilidad a los demás	

A continuación, se definen los factores del Cuestionario de Apego Adulto utilizados para medir esta variable. Tanto los indicadores del Test de Rorschach, como las facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R sólo serán señalados, pues ya fueron explicitados en la primera variable.

- **Cuestionario de Apego Adulto**

- a. Factor 1: “Baja autoestima y necesidad de aprobación”.**

Agrupar las características de necesidad de aprobación, autoconcepto negativo, preocupación por las relaciones, dependencia, miedo al rechazo y problemas de inhibición conductual y emocional. A mayor puntuación, mayor presencia de estas particularidades. Para Melero y Cantero (2008), este factor se encuentra fuertemente asociado a un estilo de apego preocupado.

- b. Factor 2: “Resolución hostil de conflictos”**

Se relaciona con la resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad. Mientras mayores sean los puntajes obtenidos, aumentarán los indicadores de ira hacia los otros, resentimiento, facilidad para enfadarse, posesividad y celos. De acuerdo con ciertas investigaciones (Gallo, 2003), la hostilidad podría considerarse una característica de aquellos apegos con elevada ansiedad adoptando estrategias de resolución de conflictos centradas en la emoción, aumentando a su vez el estado de ansiedad. Por tal motivo, se relaciona con un tipo de apego *temeroso*.

- c. Factor 3: “Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones”**

Esta escala mide la expresividad emocional y la comodidad con la intimidad. Los altos puntajes revelan sociabilidad, facilidad para expresar emociones y confianza en los otros al momento de expresar y resolver problemas interpersonales. Según Melero y Cantero (2008), este factor ha sido asociado tanto al estilo de apego *seguro*, y en menor medida, al estilo *preocupado*.

d. Factor 4: “Autosuficiencia Emocional”

La obtención de altos puntajes señalan incomodidad ante la intimidad, menosprecio por las relaciones íntimas, dificultad para comprometerse y sobrevaloración de la independencia personal. A menor puntuación, menor será el rasgo observado. Estas características corresponden con un estilo *alejado* debido a una elevada necesidad de individualidad, por sobre los lazos afectivos, escapando del compromiso emocional y que no presenta problemas de autoestima o inseguridad (Melero y Cantero 2008).

La tabla 84 presenta los baremos de este cuestionario.

Tabla 84. Baremos del Cuestionario de Apego Adulto. Extraído de los estilos afectivos en la población española: un cuestionario de evaluación del apego adulto. Melero, R., Cantero, M. J., (2008).

Escala 1	Escala 2	Escala 3	Escala 4	Valoración
52 – 70	41 – 57	48 – 52	23 - 31	Muy Alto
47 – 51	37 – 40	46 – 47	21 - 23	Alto
43 – 46	33 – 36	43 – 45	18 - 20	Moderado/Alto
37 – 42	29 – 32	40 – 42	16 - 17	Moderado
33 – 36	24 – 27	37 – 39	14 - 15	Bajo/Moderado
29 – 32	22 – 23	34 – 36	13	Bajo
16 – 28	13 – 21	21 – 33	8 - 12	Muy Bajo

4.2.4 Autoestima.

Comprende la percepción, la imagen y el valor dado al sí mismo, que involucra el conjunto de rasgos corporales, psicológicos y espirituales (Larsen, 2005).

Tabla 85. Variables consideradas en el análisis de la Variable Autoestima.

Test de Rorschach	Inventario de Personalidad NEOPI-R	Cuestionario de Apego Adulto
Autopercepción	N4. Ansiedad Social	Factor 1: “Baja de
HVI y OBS	E3. Asertividad	autoestima y necesidad
Respuestas Reflejo	A5. Modestia	aprobación” ²⁵
Índice de Egocentrismo	C1. Competencia	
FD y SumV		
An y Xy		
MOR		
Contenido Humano		
Contenido de Experiencia Humana ²⁶		

²⁵ Se ha considerado este factor del Cuestionario de Apego Adulto dentro de la variable Autopercepción debido a que evalúa la presencia de baja autoestima y la valoración negativa del sí mismo, aspectos que forman parte de la definición de la variable señalada.

²⁶ Se refiere a las respuestas cuyo contenido incluya sentimientos o experiencias sensitivas propias de los seres humanos. Ya la presencia de una de ellas indica una construcción intelectualizada de la autoimagen o valor propio, al punto de ignorar la realidad.

4.2.5 Modulación Afectiva.

Se relaciona con el modo en que se controla o regula la descarga o expresión emocional (Exner, 2000). De este modo, abarca desde una laxa o débil regulación de la descarga afectiva, hasta la tendencia a reprimir, inhibir o suprimir los afectos.

Tabla 86. Variables consideradas en el análisis de la Variable Modulación Afectiva.

Test de Rorschach	Inventario de Personalidad NEOPI-R
Constricción Afectiva	N5. Impulsividad
Índice de Intelectualización	E5. Búsqueda de Emociones
Adj D – Puntaje D	O3. Sentimientos
Puntaje D	A2. Franqueza
Proporción FC : CF + C	C6. Deliberación
C pura	
EB y Lambda	
Complejas Color Sombreado	
Proyección de Color	
Proporción Afectiva	

Análisis Estadístico

V. Resultados

5.1 Estadísticos Descriptivos.

Tal como se mencionó en el capítulo anterior, la muestra de este estudio está compuesta por un total de 120 sujetos. 60 de ellos poseen un diagnóstico de Diabetes, donde el 25,8% del total de la muestra representa a quienes padecen Diabetes Tipo I, y el 24,2% a quienes padecen Diabetes Tipo II. Los 60 sujetos restantes no padecen dicha enfermedad y conforman el grupo control. Así mismo, 60 de los participantes son de nacionalidad española, - de los cuales 30 han sido diagnosticados con Diabetes Tipo I ó II, y 30 no presenta la enfermedad -, y 60 de nacionalidad chilena con las características anteriores respecto de la presencia y ausencia de la enfermedad.

Del total de la muestra, el 48,3% corresponde a varones (N= 58) y el 51,7% a mujeres (N= 62). La edad media observada, para las personas que componen la muestra es de 49,6 años (DT= 13,8). El grupo diabético tiene una edad media de 48,8 años, y el grupo no diabético tiene una edad media de 49,4 años.

En cuanto al estado civil, se observa un predominio de sujetos casados (57,5%). La figura N°1 muestra la distribución porcentual de estado civil en la muestra.

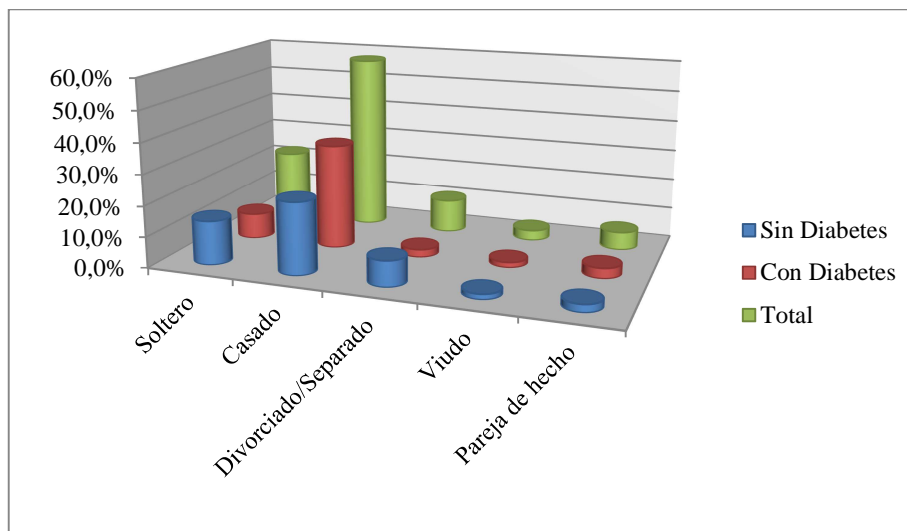


Figura N°1. Distribución Porcentual del Estado Civil en la muestra según Cuestionario Sociodemográfico (N=120)

En cuanto al nivel educacional, se destaca el alto porcentaje de personas con acceso a la educación superior universitaria, que corresponde a más del 43,3% si se considera, además, las personas que poseen postgrado. La siguiente figura presenta la distribución de los niveles de instrucción en la muestra.

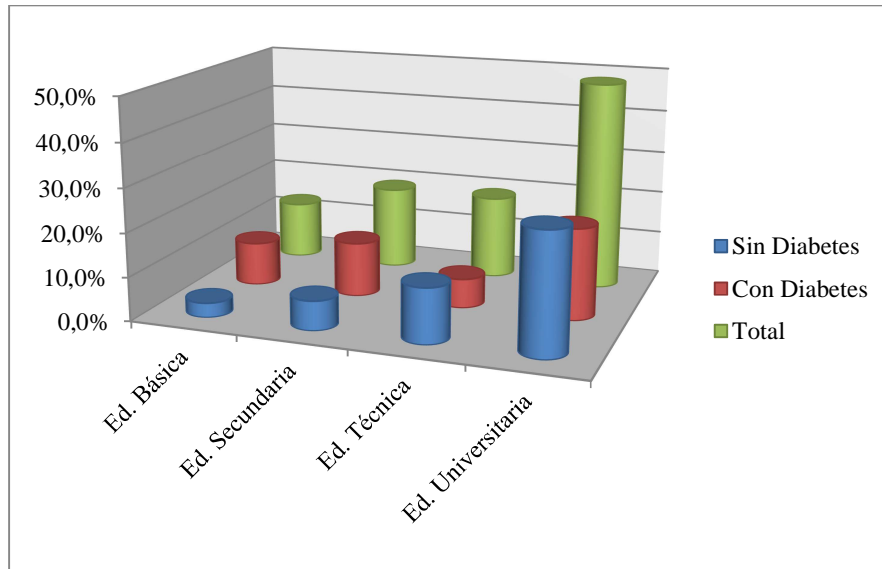


Figura N°2. Distribución Porcentual de Nivel Educativo en la muestra según Cuestionario Sociodemográfico(N=120)

Respecto a la presencia de otras enfermedades en la muestra, el 18,3% de los sujetos diabéticos (N= 60) presenta enfermedad coronaria circulatoria, el 1,7% presenta retinopatía, el 5% padece enfermedad vascular periférica, el 15% presenta más de una enfermedad asociada, el 11,7% presenta otras enfermedades y el 48,3% no presenta otra enfermedad, además de Diabetes. La figura N°3 presenta un resumen de las enfermedades que presenta el total de la muestra (N= 120).

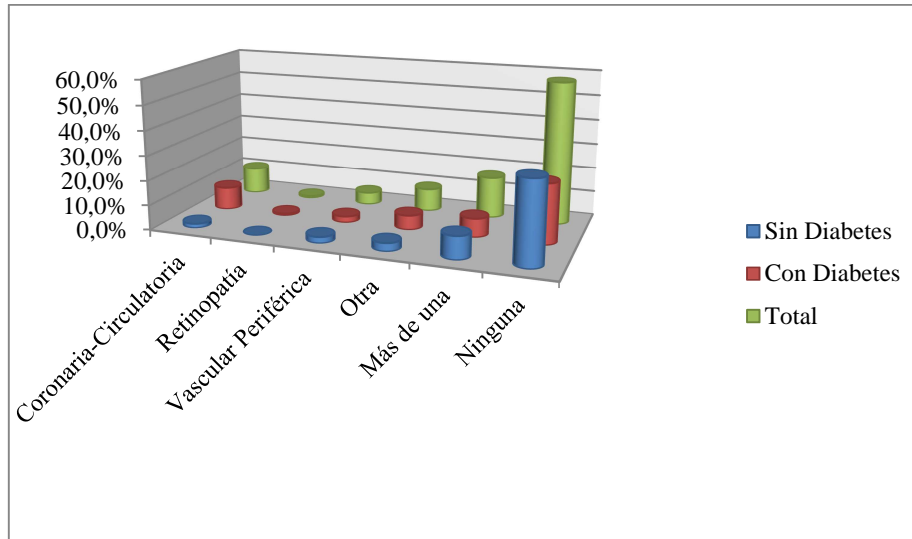


Figura N°3. Distribución Porcentual de Otras Enfermedades en la muestra según Cuestionario Sociodemográfico (N=120)

5.1.1. Caracterización de la Muestra Diabética.

Según la información recogida a través del Cuestionario Sociodemográfico, el 33,3% de las personas diabéticas tiene un tiempo de inicio de la enfermedad menor de 10 años; el 40% fue diagnosticado hace más de 10 y menos de 20 años atrás y el 26,6% padece Diabetes desde hace más de 20 años. En cuanto a los antecedentes familiares, el 58,4% de las personas diabéticas tiene algún familiar directo que padece o haya padecido Diabetes.

El 45% controla en forma periódica los niveles de glucosa en la sangre (diariamente), siendo mayor dicho control en los participantes de nacionalidad española (31,7%). El 20% realiza un control al menos una vez por semana y el porcentaje de controles esporádicos (desde control mensual a anual) agrupa al 33,4% de los sujetos, siendo en su mayoría chilenos. La figura N°4 presenta más detalles al respecto. Además, un 58% refiere antecedentes familiares de Diabetes y un 10% desconoce esta información.

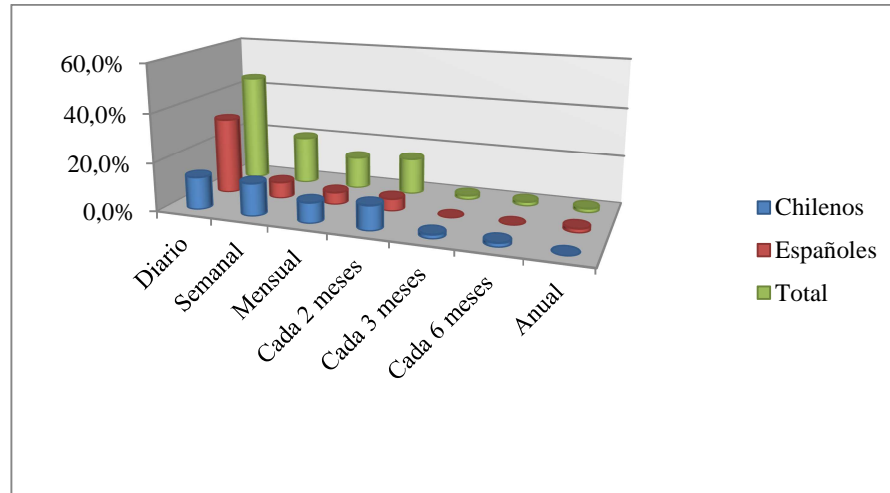


Figura N°4. Distribución Porcentual del control de glucemia en diabéticos según Cuestionario Sociodemográfico (N=60)

En cuanto a la percepción que los sujetos tienen sobre el grado en que la Diabetes ha repercutido en diversas áreas de funcionamiento, se obtuvo que el 15% percibe que la enfermedad ha afectado “bastante” el área familiar. Así mismo, el 23% de las personas considera que la Diabetes ha afectado de manera importante²⁷ su vida sexual. De la muestra española, el 5,1% refiere dificultades en este ámbito, en su mayoría mujeres. En cuanto a los de nacionalidad chilena, el 18,3% presenta algún tipo de disfunción sexual, siendo en su mayoría personas de sexo masculino.

Además, el 11,7% considera que la Diabetes ha afectado el área social, y el 13,4% estima que ha perturbado su vida laboral, siendo los más afectados los participantes españoles (10%).

Por otra parte, el 10% de la muestra diabética ha padecido de algún problema psicológico relevante, siendo las personas de nacionalidad chilena quienes reportan un mayor porcentaje (6,7%). Cabe señalar que los problemas psicológicos referidos fueron depresión, trastornos de la conducta alimentaria y conductas agresivas. Además, un 17% de la muestra diabética reporta antecedentes familiares de problemas psicológicos relevantes.

²⁷ Se ha tomado en cuenta, para este cálculo, las opciones “bastante” y “demasiado”.

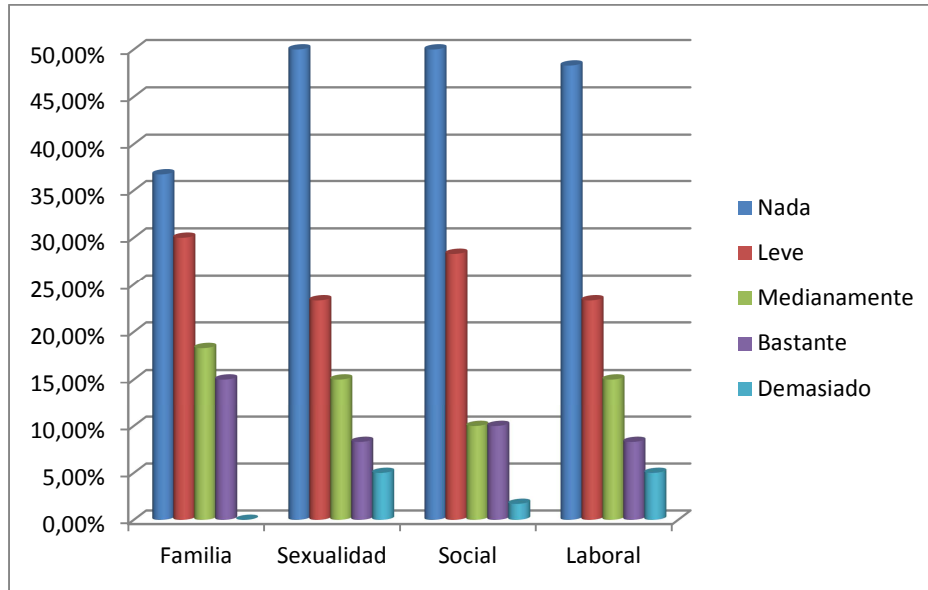


Figura N°5. Distribución Porcentual del grado de impacto de la enfermedad en distintas áreas de funcionamiento en diabéticos según Cuestionario Sociodemográfico (N=60)

En cuanto a otras dimensiones psicológicas exploradas, el 15% señala que su autoestima ha sido afectada; otro 15% refiere un estado de ánimo bajo permanente, en su mayoría chilenos; el 16,6% se percibe frecuentemente irritable y cerca del 20% permanentemente ansioso. Los detalles se presentan en las figuras 5, 6, 7 y 8.

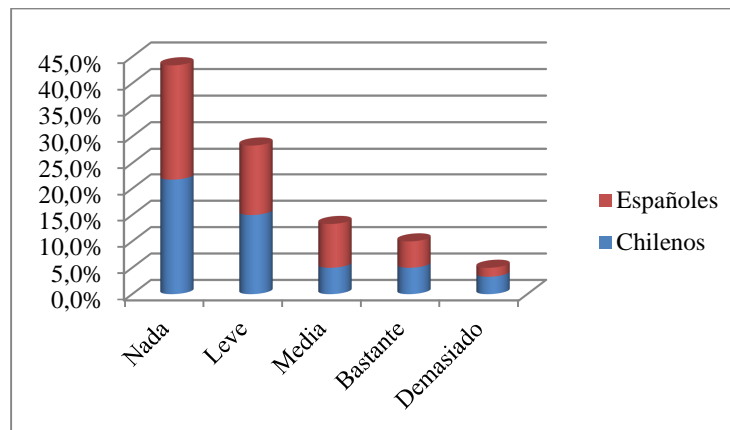


Figura N°6. Distribución Porcentual del grado en que afecta la Diabetes en la Autoestima según Cuestionario Sociodemográfico (N=60)

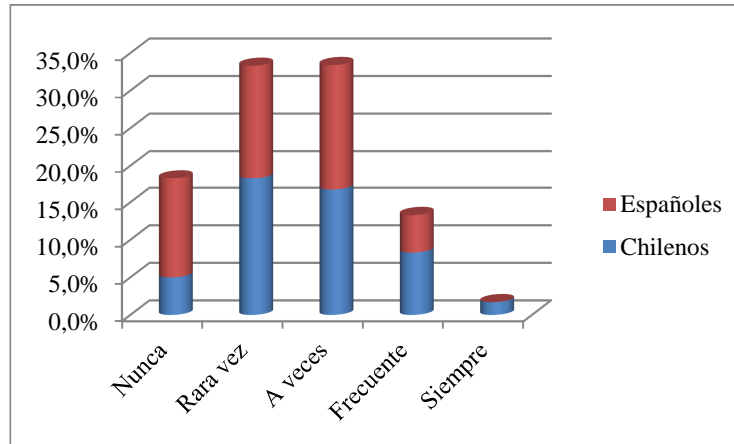


Figura N°7. Distribución Porcentual de percepción de Estado de Ánimo Bajo según Cuestionario Sociodemográfico (N=60)

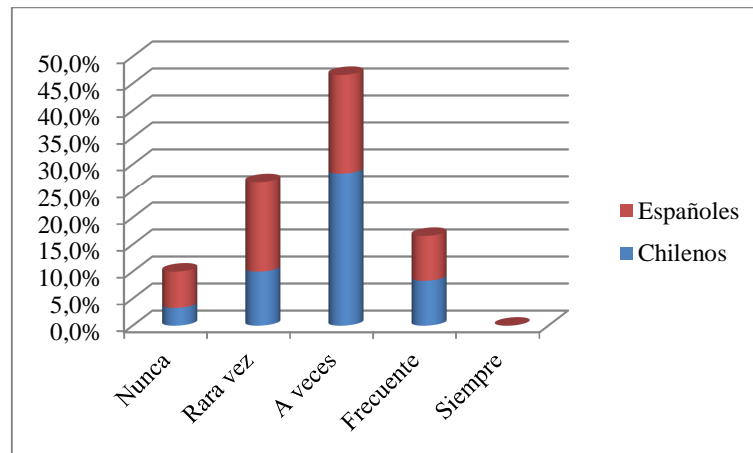


Figura N°8. Distribución Porcentual de percepción de Irritabilidad según Cuestionario Sociodemográfico (N=60)

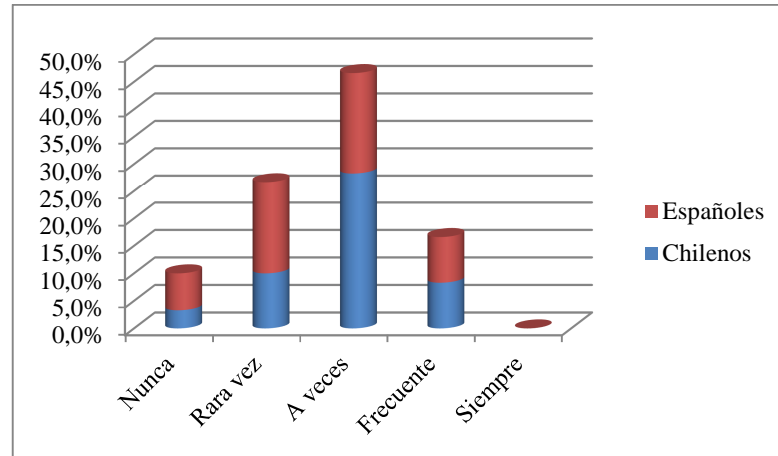


Figura N°9. Distribución Porcentual de percepción de Ansiedad según Cuestionario Sociodemográfico (N=60)

5.2 Resultados.

5.2.1. Rasgos de Personalidad de la Muestra Diabética Estudiada.

Con el propósito de identificar rasgos de personalidad característicos de personas diabéticas y la interacción de ellos, se analizaron los factores y facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R y las agrupaciones del Test de Rorschach, junto con sus indicadores, señalados en la tabla 81.

5.2.1.1. Rasgos de Personalidad a través de Indicadores Rorschach.

Para el estudiar los rasgos de personalidad característicos de personas diabéticas a través del Test de Rorschach, se realizaron pruebas de *chi cuadrado* (χ^2) para las variables ordinales, y una *prueba t* para muestras independientes, aplicable a las variables escalares. El anexo 7 presenta las tablas de contingencia para el análisis de *chi cuadrado* en cada indicador.

Los resultados muestran que existe una asociación significativa entre el grupo de sujetos diabéticos y la presencia de Estrés Situacional ($\chi^2 = 6,176$, $gl = 2$; y $sig = 0,046$).

Tabla 87. Pruebas de chi-cuadrado para Presencia de Estrés Situacional (D- EA – es – Adjes) del Test de Rorschach.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,176(a)	2	,046
Razón de verosimilitudes	6,250	2	,044
Asociación lineal por lineal	1,916	1	,166
N de casos válidos	120		

(a) 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,00.

Para realizar la *estimación de riesgo* se utilizó el indicador Presencia de Estrés Situacional dicotomizado, (Ver anexo 5). Los resultados indican que la proporción de sujetos con Diabetes es 0,468 veces menor entre personas con Estrés Situacional (I.C= 0,224 – 0,978). En otras palabras, el riesgo de encontrar personas con Estrés Situacional es menor en diabéticos que en personas sanas.

Tabla 88. Estimación de riesgo para presencia de Estrés Situacional (D- EA – es – Adjes) del Test de Rorschach.

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Superior	Inferior
Razón de las ventajas para D_EA_es_Adjes_recod2 (,00 / 1,00)	,468	,224	,978
Para la cohorte Presencia o ausencia de Diabetes = Sin Diabetes	,691	,485	,985
Para la cohorte Presencia o ausencia de Diabetes = Con Diabetes	1,478	,995	2,197
N de casos válidos	120		

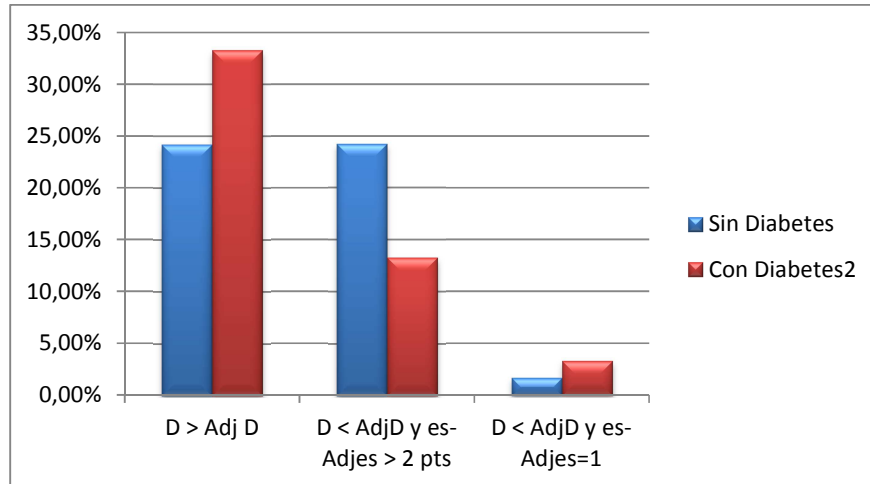


Figura N°10. Distribución Porcentual para Presencia de Estrés Situacional del Test de Rorschach entre personas con y sin Diabetes.

Otro indicador del Test de Rorschach que señala una asociación significativa con la presencia de Diabetes es Impacto del Estrés Situacional (Adj D – D), tal como lo señala la tabla 89.

Tabla 89. Pruebas de chi-cuadrado para Impacto del Estrés Situacional (AdjD - D) del Test de Rorschach.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,924(a)	2	,012
Razón de verosimilitudes	9,713	2	,008
Asociación lineal por lineal	7,567	1	,006
N de casos válidos	120		

(a) 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7,00.

Para realizar la *estimación de riesgo* se utilizó el indicador Magnitud (Impacto) de Estrés Situacional (Adj D – D) dicotomizado (Ver anexo 5). Los resultados indican que la proporción de sujetos con Diabetes es 0,138 veces menor entre personas con Magnitud de Estrés (I.C= 0,29 – 0,647). Es decir, el riesgo de presentar Magnitud (Impacto) de Estrés en diabéticos es menor que en sujetos no diabéticos.

Tabla 90. Estimación de Riesgo para Impacto del Estrés Situacional dicotomizada (AdjD - D) del Test de Rorschach.

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Superior	Inferior
Razón de las ventajas para AdjD_D_recod (,00 / 1,00)	,138	,029	,647
Para la cohorte Presencia o ausencia de Diabetes = Sin Diabetes	,528	,392	,713
Para la cohorte Presencia o ausencia de Diabetes = Con Diabetes	3,830	1,049	13,980
N de casos válidos	120		

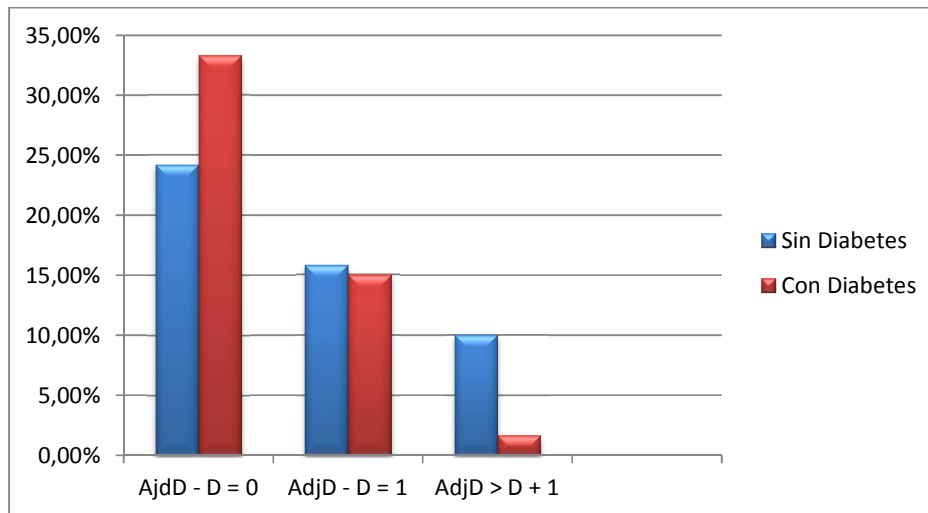


Figura N°11. Distribución Porcentual para Impacto de Estrés Situacional del Test de Rorschach entre personas con y sin Diabetes.

Por otra parte, el indicador Experiencia de Malestar Emocional (Lado derecho de eb) presenta una asociación significativa con la presencia de Diabetes, como se observa en la tabla 91.

Tabla 91. Pruebas de chi-cuadrado para Experiencia de Malestar Emocional (Lado derecho de eb) del Test de Rorschach.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,641(a)	2	,022
Razón de verosimilitudes	8,041	2	,018
Asociación lineal por lineal	,172	1	,678
N de casos válidos	120		

(a) 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,50.

Para realizar la *estimación de riesgo* se utilizó el indicador Experiencia de Malestar Emocional *dummy* (Ver anexo 5). Cabe señalar que la prueba χ^2 para las variables *dummy* de Experiencia de Malestar Emocional arrojaron asociación significativa sólo para la Experiencia de Base (*eb*) en proporción normal y para Experiencia de Base normal con claroscuros aumentados (ver tablas 92 y 93).

Tabla 92. Pruebas de chi-cuadrado para Experiencia Base normal del Test de Rorschach.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,904(a)	1	,027
Razón de verosimilitudes	5,268	1	,022
Asociación lineal por lineal	4,863	1	,027
N de casos válidos	120		

(a) 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,50.

Tabla 93. Pruebas de chi-cuadrado para Experiencia Base normal con Claroscuros aumentados del Test de Rorschach.

	Valor	gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,483(a)	1	,034
Razón de verosimilitudes	4,524	1	,033
Asociación lineal por lineal	4,446	1	,035
N de casos válidos	120		

(a) 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 20,50.

En cuanto a la *estimación de riesgo* se obtuvo que en sujetos diabéticos, el riesgo de tener una Experiencia de Base en rangos normales es menor que en personas no

diabéticas (ver tabla 94). Así mismo, la probabilidad de tener una Experiencia de Base normal pero con experiencias inusuales de malestar (Claroscuros aumentados) es 2 (ó 2,294) veces mayor que en personas no diabéticas (I.C.= 1,056 – 4,985).

Tabla 94. Estimación de Riesgo para Experiencia Base normal del Test de Rorschach.

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Superior	Inferior
Razón de las ventajas para eb_normal (.00 / 1,00)	,195	,040	,946
Para la cohorte Presencia o ausencia de Diabetes = Sin Diabetes	,572	,406	,806
Para la cohorte Presencia o ausencia de Diabetes = Con Diabetes	2,927	,825	10,379
N de casos válidos	120		

Tabla 95. Estimación de Riesgo para Experiencia Base normal con Claroscuros aumentados del Test de Rorschach.

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Superior	Inferior
Razón de las ventajas para eb_nor_claroscuro_alto (.00 / 1,00)	2,294	1,056	4,985
Para la cohorte Presencia o ausencia de Diabetes = Sin Diabetes	1,557	,996	2,433
Para la cohorte Presencia o ausencia de Diabetes = Con Diabetes	,679	,481	,957
N de casos válidos	120		

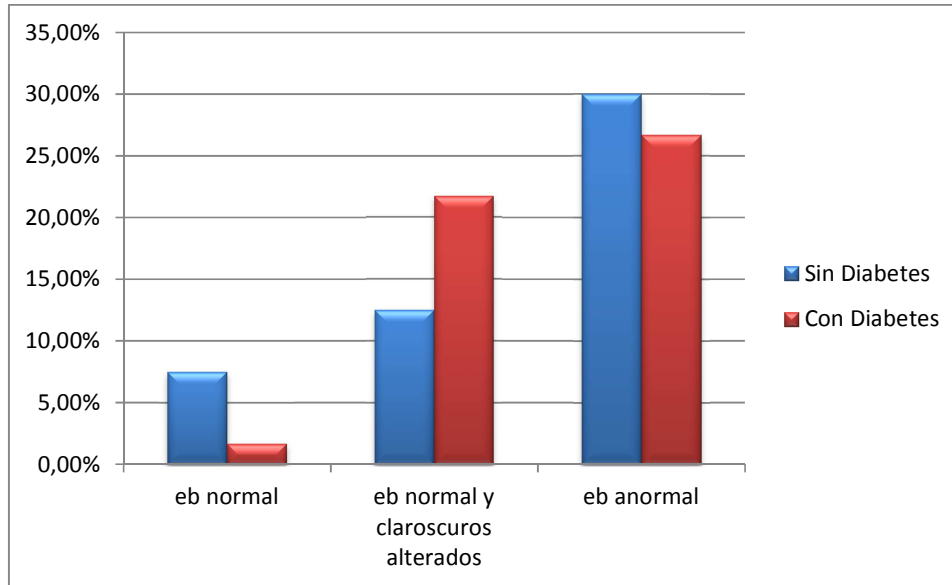


Figura N°12. Distribución Porcentual para Experiencia de Malestar Emocional del Test de Rorschach entre personas con y sin Diabetes.

Otro indicador que presentó una asociación significativa con la presencia de Diabetes fue Modulación Afectiva (FC:CF+C) dicotomizada ($\chi^2 = 3,871$; $gl = 1$; $sig = 0,049$). Al realizar la *estimación de riesgo* se utilizó este indicador, (Ver anexo 5). Los resultados indican que la probabilidad de presentar dificultades en la modulación de los afectos es 2 veces mayor sujetos con Diabetes que en personas sin la enfermedad (I.C= 1,213 – 27,728).

Tabla 96. Pruebas de chi-cuadrado para Modulación Afectiva (FC:CF+C) del Test de Rorschach.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,871(a)	1	,049
Razón de verosimilitudes	3,931	1	,047
Asociación lineal por lineal	3,839	1	,050
N de casos válidos	120		

(a) 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 13,50.

Tabla 97. Estimación de Riesgo para Modulación Afectiva del Test de Rorschach.

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Superior	Inferior
Razón de las ventajas para modulación2 (,00 / 1,00)	2,429	,989	5,963
Para la cohorte Presencia o ausencia de Diabetes = Sin Diabetes	1,645	,936	2,893
Para la cohorte Presencia o ausencia de Diabetes = Con Diabetes	,677	,478	,960
N de casos válidos	120		

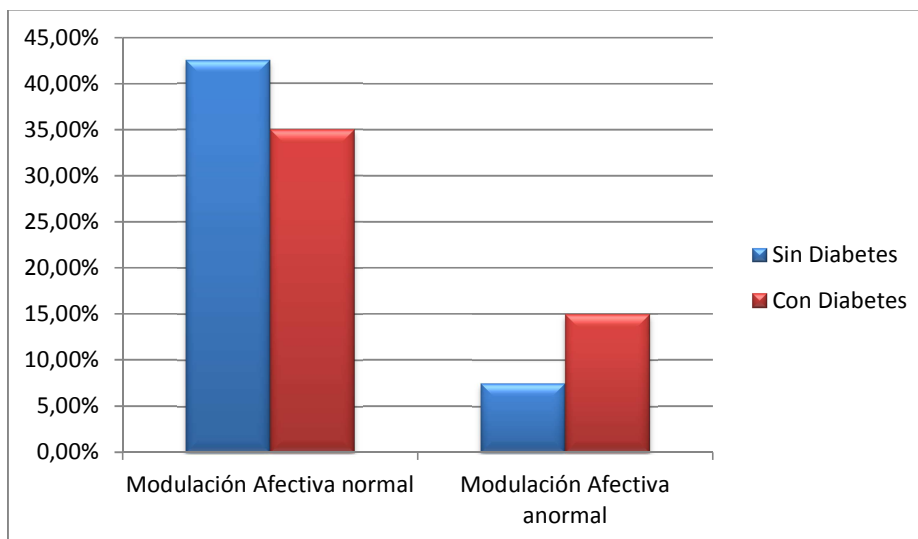


Figura N°13. Distribución Porcentual para Modulación Afectiva del Test de Rorschach entre personas con y sin Diabetes.

Cabe señalar, además, que el indicador Perseveraciones presentó una asociación significativa con la presencia de Diabetes ($\chi^2 = 6,047$; $gl = 2$; $sig = 0,049$). Para realizar la estimación de riesgo se utilizó el indicador Perseveraciones (PSV) dicotomizada, (ver anexo 5). Los resultados indican que la probabilidad de presentar problemas en el procesamiento de la información (PSV) es 6 (ó 5,8) veces mayor sujetos con Diabetes que en personas sin la enfermedad (I.C= 1,213 – 27,728).

Tabla 98. Pruebas de chi-cuadrado para Perseveraciones (PSV) del Test de Rorschach.

	Valor	G1	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,047(a)	2	,049
Razón de verosimilitudes	6,798	2	,033
Asociación lineal por lineal	5,910	1	,015
N de casos válidos	120		

(a) 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,50.

Tabla 99. Estimación de Riesgo para Perseveraciones del Test de Rorschach.

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Superior	Inferior
Razón de las ventajas para PSV_recod (.00 / 1,00)	5,800	1,213	27,728
Para la cohorte Presencia o ausencia de Diabetes = Sin Diabetes	3,222	,898	11,557
Para la cohorte Presencia o ausencia de Diabetes = Con Diabetes	,556	,402	,769
N de casos válidos	120		

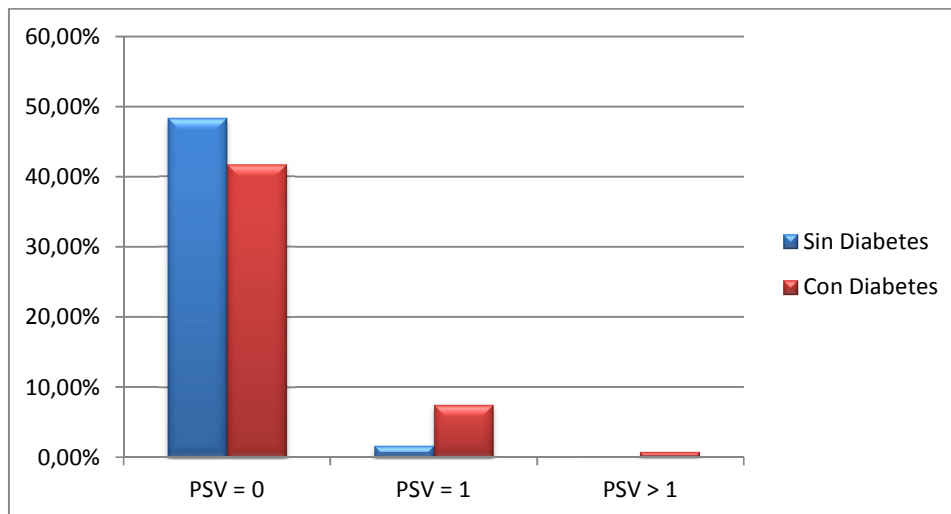


Figura N°14. Distribución Porcentual para Perseveraciones del Test de Rorschach entre personas con y sin Diabetes.

Por último, para el indicador Sombreados Difusos (SumY) se realizó una prueba *t* para muestras independientes donde se rechaza la hipótesis de igualdad de varianzas ($F= 5,045$; $sig= 0,027$) y puede afirmarse que existe una diferencia de medias en la cantidad de respuestas con Sombreado Difuso (SumY) entre el grupo de diabéticos y el grupo no diabético, tal como se presentan en las tablas 100 y 101 ($t= 2,929$; $sig= 0,004$).

La diferencia entre el puntaje medio de los diabéticos y el puntaje medio de los no diabéticos para esta variable se encuentra entre 0,356 y 1,844 puntos. En consecuencia, se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias.

Tabla 100. Medias y desviación típica para Sombreados Difusos (SumY) del Test de Rorschach.

		N	Media	Desviación Típica
Sombreado Difuso (SumY)	Sin Diabetes	60	2,78	2,300
	Con Diabetes	60	1,68	1,780

Tabla 101. Diferencia de medias para Sombreados Difusos (SumY) del Test de Rorschach.

		Test de Levene para Igualdad de Varianzas		Prueba <i>t</i> para igualdad de medias			
		F	Sig.	t	gl	Sig. bilateral	Diferencia de Medias
Sombreado Difuso (SumY)	Igualdad de Varianzas asumida	5,045	0,027	2,929	118	,004	1,100
	Igualdad de Varianzas no asumida			2,929	111,016	,004	1,100

5.2.1.2. Rasgos de Personalidad a través de Factores y Facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R.

Para realizar el análisis de los factores y facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R, se realizó una prueba *t* para muestras independientes. Los resultados indican que de los cinco factores sólo en Neuroticismo ($t= -2,335$; $sig= 0,021$) y Apertura ($t=$

2,390; $sig= 0,018$), la media de puntajes son significativamente distintas entre sujetos diabéticos y sujetos no diabéticos.

La diferencia entre el puntaje medio de los diabéticos y el puntaje medio de los no diabéticos para Neuroticismo se encuentra entre -7,1046 y -0,5840 puntos. Así mismo, la diferencia entre el puntaje medio en personas con Diabetes y el puntaje medio en personas sin Diabetes para Apertura se encuentra entre 0,8026 y 8,5588. En consecuencia, se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias.

Tabla 102. Medias y desviación típica para los factores del Inventario de Personalidad NEOPI-R (Costa, P.T., McCrae, R., 2002).

		N	Media	Desviación Típica
Neuroticismo	Sin Diabetes	60	54,422	9,1446
	Con Diabetes	60	58,267	8,8889
Extraversión	Sin Diabetes	60	45,613	10,3584
	Con Diabetes	60	45,983	11,1058
Apertura	Sin Diabetes	60	48,181	11,0497
	Con Diabetes	60	43,500	10,3931
Amabilidad	Sin Diabetes	60	47,463	9,9721
	Con Diabetes	60	46,117	10,0644
Responsabilidad	Sin Diabetes	60	44,377	9,5727
	Con Diabetes	60	42,900	8,2661

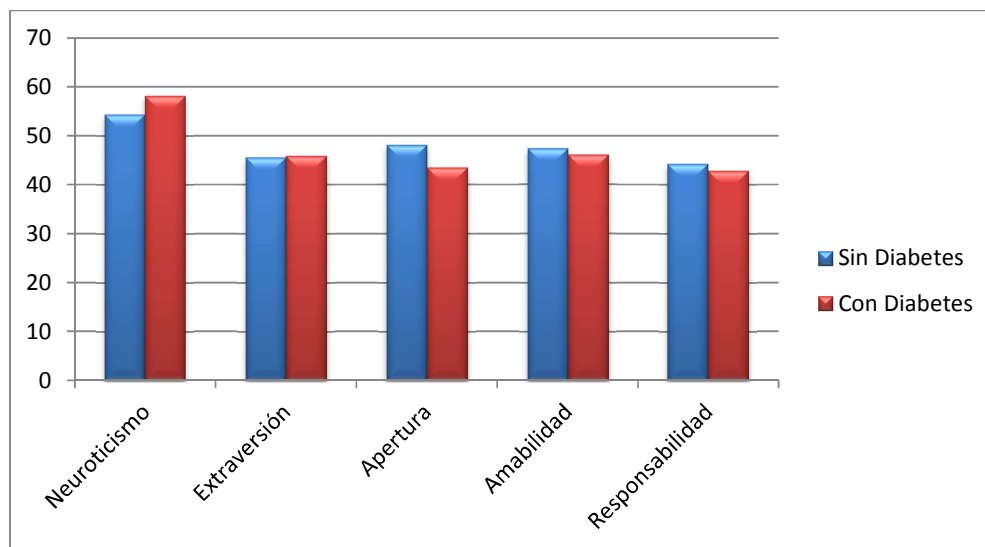


Figura N°15. Distribución Medias de factores del Inventario de Personalidad NEOPI-R entre personas con y sin Diabetes.

Tabla 103. Diferencia de medias típica para los factores del Inventario de Personalidad NEOPI-R (Costa, P.T., McCrae, R., 2002).

	Test de Levene para Igualdad de Varianzas				Prueba t para igualdad de medias			
			F	Sig.	t	gl	Sig. bilateral	Diferencia de Medias
Neuroticismo	Igualdad de Varianzas asumida	de	,104	,748	-2,335	118	,021	-3,8443
	Igualdad de Varianzas no asumida	no			-2,335	117,905	,021	-3,8443
Extraversión	Igualdad de Varianzas asumida	de	,981	,324	-,189	118	,851	-,3700
	Igualdad de Varianzas no asumida	no			-,189	117,429	,851	-,3700
Apertura	Igualdad de Varianzas asumida	de	,003	,957	2,390	118	,018	4,6807
	Igualdad de Varianzas no asumida	no			2,390	117,560	,018	4,6807
Amabilidad	Igualdad de Varianzas asumida	de	,607	,438	,736	118	,463	1,3465
	Igualdad de Varianzas no asumida	no			,736	117,990	,463	1,3465
Responsabilidad	Igualdad de Varianzas asumida	de	1,774	,186	,905	118	,367	1,4773
	Igualdad de Varianzas no asumida	no			,905	115,547	,367	1,4773

En cuanto a las facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R, se destaca que sólo en Ansiedad (N1), Depresión (N3), Ansiedad Social (N4) y Acciones (O4) se presenta una diferencia de medias significativa entre sujetos diabéticos y no diabéticos, tal como lo indica las tablas 100 y 101. Es así como, asumiendo la igualdad de varianzas, la media de puntajes para Ansiedad ($t = -2,181$; $sig = 0,031$), Depresión ($t = -2,170$; $sig = 0,032$), Ansiedad Social ($t = -2,053$; $sig = 0,042$) y Acciones ($t = 3,486$; $sig = 0,001$), son significativamente distintas entre sujetos diabéticos y sujetos no diabéticos.

La diferencia entre el puntaje medio de los diabéticos y el puntaje medio de los no diabéticos para Ansiedad se encuentra entre -7,093 y -0,3418 puntos. Así mismo, la diferencia entre el puntaje medio en personas con Diabetes y el puntaje medio en

personas sin Diabetes para Depresión se encuentra entre -7,5421 y -0,3442; para la variable Ansiedad Social se encuentra entre -6,9076 y -0,1238; y para Acciones se encuentra entre 2, 5811 y 9,3719. En consecuencia, se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias.

Tabla 104. Diferencia de medias para las facetas Ansiedad (N1), Depresión (N3), Ansiedad Social (N4) y Acciones (O4) del Inventario de Personalidad NEOPI-R (Costa, P.T., McCrae, R., 2002)

		N	Media	Desviación Típica
N1 Ansiedad	Sin Diabetes	60	51,099	8,4344
	Con Diabetes	60	54,817	10,1589
N3 Depresión	Sin Diabetes	60	54,440	10,6523
	Con Diabetes	60	58,383	9,3066
N4 Ansiedad Social	Sin Diabetes	60	51,301	9,5888
	Con Diabetes	60	54,817	9,1698
O4 Acciones	Sin Diabetes	60	47,576	8,8211
	Con Diabetes	60	41,600	9,9289

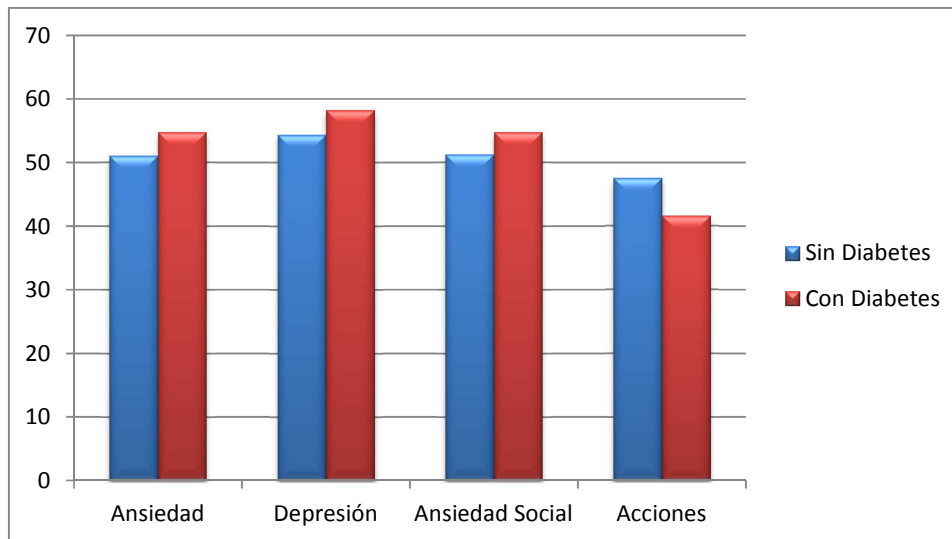


Figura N°16. Distribución de medias para facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R entre personas con y sin Diabetes.

Tabla 105. Resumen del procedimiento Prueba T para las facetas Ansiedad (N1), Depresión (N3), Ansiedad Social (N4) y Acciones (O4) del Inventario de Personalidad NEOPI-R (Costa, P.T., McCrae, R., 2002)

Test de Levene para Igualdad de Varianzas			Prueba t para igualdad de medias					
			F	Sig.	t	gl	Sig. bilateral	Diferencia de Medias
N1 Ansiedad	Igualdad de Varianzas asumida		2,107	,149	-2,181	118	,031	-3,7174
	Igualdad de Varianzas no asumida				-2,181	114,139	,031	-3,7174
N3 Depresión	Igualdad de Varianzas asumida		1,472	,227	-2,170	118	,032	-3,9431
	Igualdad de Varianzas no asumida				-2,170	116,159	,032	-3,9431
N4 Ansiedad Social	Igualdad de Varianzas asumida		,052	,820	-2,053	118	,042	-3,5157
	Igualdad de Varianzas no asumida				-2,053	117,765	,042	-3,5157
O4 Acciones	Igualdad de Varianzas asumida		1,280	,260	3,486	118	,001	5,9765
	Igualdad de Varianzas no asumida				3,486	116,386	,001	5,9765

Si bien no ha sido parte de los objetivos de esta investigación, se realizó un análisis tentativo para explorar las diferencias existentes dentro de la muestra diabética en relación al tipo de Diabetes, la nacionalidad y el género. Estos resultados se detallan en el anexo 8.

5.2.2. Predictores de Diabetes para Emociones Negativas.

5.2.2.1. Predictores de Diabetes para Emociones Negativas a través de Indicadores Rorschach.

Con el propósito de especificar el porcentaje explicativo de las variables que comprenden las emociones negativas en el Test de Rorschach en pacientes diabéticos y en personas sanas, se analizaron los indicadores Rorschach para “Emociones Negativas” expuestos en la tabla 82.

Tras efectuar un análisis de asociaciones bivariate, mediante las pruebas de *chi cuadrado* y prueba de *diferencia de medias (t) para muestras independientes*, los resultados para la Variable Emociones Negativas sólo mostraron una asociación significativa entre la presencia de Diabetes y los indicadores Presencia de Estrés Situacional ($x^2= 6,176$; $gl= 2$; $sig= 0,046$), Impacto de Estrés ($x^2= 8,924$; $gl= 2$; $sig= 0,012$), Experiencia de Malestar Emocional ($x^2= 7,641$; $gl= 2$; $sig= 0,022$) y Sombreados Difusos ($t= 2,929$; $sig= 0,004$), tal como se indicó en párrafos anteriores.

Para determinar las variables predictoras de Diabetes respecto de Emociones Negativas a través de las variables del Test de Rorschach, se consideraron en el análisis las variables recodificadas en variables dicotómicas, (Ver anexo 5). El objetivo de este procedimiento es cumplir con las condiciones necesarias para efectuar una Regresión Logística Binaria, que es el método más ajustado para realizar un análisis con variables categóricas (Hosmer y Lemeshow, 2000).

Previo a establecer el modelo de Regresión Logística, se realizó un análisis para determinar la existencia de *interacción* y *confusión* entre cada uno de los indicadores Rorschach que mostraron asociación significativa con la presencia de Diabetes y el resto de indicadores Rorschach para Emociones Negativas (Ver anexo 9). No obstante, como el objetivo primordial es determinar cuáles de estas variables que predicen Diabetes, el análisis de *confusión* e *interacción* pasa a un segundo plano.

Por otra parte, la selección de las variables incluidas en este modelo se efectuó de acuerdo a los siguientes criterios: (a) variables que presenten una asociación significativa con la presencia de Diabetes en el análisis bivalente; (b) para el número de variables incluidas en el modelo inicial, se consideró la guía de Hosmer y Lemeshow (2001), que dice 1 variable por cada 10 casos de la variable dependiente con menor representación. De este modo, el número máximo de variables seleccionadas para este caso no debe superar de 6.

Modelo Inicial

Al construir el modelo inicial de Regresión Logística *no condicional*, se obtuvo que la única covariable incluida en el modelo que presenta una significación estadística ($p < 0,05$) en el contraste de hipótesis, relacionándola con la variable dependiente Diabetes, es Experiencia de Malestar Emocional (*Lado derecho de eb*).

Tabla 106. Variables en la ecuación del modelo inicial de Regresión Logística Binaria para Emociones Negativas con Indicadores Rorschach.

		B	E.T.	Wald	Gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
								Inf	Sup
Pas	SumY	-,158	,135	1,373	1	,241	,854	,656	1,112
o									
1(a)									
	AdjD_D_reco	-1,503	,876	2,944	1	,086	,222	,040	1,239
	d(1)								
	presencia_estr	-,357	,518	,476	1	,490	,699	,254	1,930
	es(1)								
	Lado_derecho			8,644	2	,013			
	_eb								
	Lado_derecho	2,562	,880	8,480	1	,004	12,963	2,311	72,717
	_eb(1)								
	Lado_derecho	1,973	,848	5,406	1	,020	7,190	1,363	37,922
	_eb(2)								
	Constante	-1,366	,791	2,982	1	,084	,255		

(a) Variable(s) introducida(s) en el paso 1: SumY, AdjD_D_recod, presencia_estres, Lado_derecho_eb.

Con este conjunto de variables, el modelo clasifica correctamente al 66,7% de los casos analizados, clasificando “mejor” a los diabéticos que a los sujetos no diabéticos.

Tabla 107. Tabla de clasificación(a) para modelo de Regresión Logística Binaria para Emociones negativas con Indicadores Rorschach.

Observado		Pronosticado			
		Presencia o ausencia de Diabetes		Porcentaje correcto	
		Sin Diabetes	Con Diabetes		
Paso 1	Presencia o ausencia de Diabetes	Sin Diabetes	35	25	58,3
		Con Diabetes	15	45	75,0
	Porcentaje global				66,7

(a) El valor de corte es ,500

La proporción de variabilidad de Presencia o Ausencia de Diabetes que explica el modelo es regular, entre el 17,2% y el 22,9%, lo cual significa que existe un porcentaje considerable de influencia sobre el hecho de padecer Diabetes que no depende de los indicadores analizados. Por otra parte, se descartan problemas de multicolinealidad dentro del modelo, pues ninguna de las variables presenta un error estándar mayor de 2.0.

Si bien este modelo posee un nivel de ajuste adecuado, el hecho que la mayoría de las covariables incluidas carezcan de significación estadística conduce a excluirlas del modelo final, dado que se privilegia el modelo explicativo más simple (principio de parsimonia), coherente e interpretable. (Hosmer y Lemeshow, 2000).

De acuerdo a lo anterior, se adoptó como estrategia para la construcción del modelo final la selección de la covariable significativa del modelo inicial, Experiencia de Malestar Emocional (Lado derecho de eb), con la que luego se ensayó la inclusión uno a uno de sus términos de interacción y de confusión, valorando el ajuste global respecto del modelo previo.

Modelo Final

Tras evaluar el ajuste de cada uno de estos modelos provisorios a los datos de la muestra, se consideró como modelo final el siguiente:

Tabla 108. Modelo final de Regresión Logística Binaria para Emociones Negativas con Indicadores Rorschach.

		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso	Lado_derecho_eb			7,628	2	,022	
1(a)	Lado_derecho_eb	2,376	,863	7,581	1	,006	10,764
	(1)						
	Lado_derecho_eb	1,946	,845	5,303	1	,021	7,001
	(2)						
	SumY	-,318	,107	8,762	1	,003	,728
	Constante	-1,235	,790	2,447	1	,118	,291

(a) Variable(s) introducida(s) en el paso 1: Lado_derecho_eb, SumY.

En primer lugar, al analizar el tamaño de la muestra se comprueba que los 120 casos son válidos para el análisis y que satisfacen el mínimo tamaño muestral de 20 para la Regresión Logística estándar; es decir, 10 casos por cada covariable.

Tabla 109. Resumen del procesamiento de los casos para el modelo de Regresión Logística Binaria para Emociones Negativas con Indicadores Rorschach.

Casos no ponderados(a)		N	Porcentaje
Casos seleccionados	Incluidos en el análisis	120	100,0
	Casos perdidos	0	,0
	Total	120	100,0
Casos no seleccionados		0	,0
Total		120	100,0

(a) Si está activada la ponderación, consulte la tabla de clasificación para ver el número total de casos.

Dado que se han identificado dos casos atípicos, es necesario determinar si en la interpretación se considera el modelo que incluye todos los casos; o bien, el modelo que excluye los casos atípicos. Para ello se compara el ratio de precisión de base - que en este caso es del 67,5%, como lo señala la tabla 110, con el ratio de precisión para el

modelo que excluye los casos atípicos, que es de 68,6% (ver tabla 111). Como los ratios indicados no tienen una diferencia de al menos el 2%, se decide interpretar el modelo original que incluye todos los casos.

Tabla 110. Tabla de clasificación(a) para modelo de Regresión Logística Binaria para Emociones Negativas con Indicadores Rorschach con todos los casos.

Observado			Pronosticado		
			Presencia o ausencia de Diabetes		Porcentaje correcto
			Sin Diabetes	Con Diabetes	
Paso 1	Presencia o ausencia de Diabetes	Sin Diabetes	33	27	55,0
		Con Diabetes	12	48	80,0
Porcentaje global					67,5

(a) El valor de corte es ,500

Tabla 111. Tabla de clasificación(a) para modelo de Regresión Logística Binaria para Emociones Negativas con Indicadores Rorschach con casos atípicos excluidos.

Observado			Pronosticado		
			Presencia o ausencia de Diabetes		Porcentaje correcto
			Sin Diabetes	Con Diabetes	
Paso 1	Presencia o ausencia de Diabetes	Sin Diabetes	33	27	55,0
		Con Diabetes	10	48	82,8
Porcentaje global					68,6

(a) El valor de corte es ,500

Como se observa en la tabla 108, el modelo obtenido clasifica correctamente a 48 de 60 personas diabéticas, lo que indica que su *sensibilidad* sería del 80%. Así mismo, se clasifica correctamente a 33 de 60 personas sin Diabetes, lo cual señala que la *especificidad* del modelo es del 55%. Por último, a nivel global, el modelo ha clasificado correctamente al 67,5% de los participantes en el estudio.

La prueba ómnibus sobre los coeficientes del modelo muestra que la probabilidad del modelo *chi-cuadrado* (18,310) es *sig*=0.000, lo que es menor al nivel

de significación de 0.05. Lo anterior avala la existencia de una relación entre la variable predicha y las variables predictoras, por lo que la hipótesis nula de que no hay diferencias entre el modelo con una constante y el modelo con las variables predictoras, es rechazada.

Tabla 112. Pruebas omnibus sobre los coeficientes del modelo de Regresión Logística para Emociones Negativas con Indicadores Rorschach.

		Chi- cuadrado	gl	Sig.
Paso 1	Paso	18,310	3	,000
	Bloque	18,310	3	,000
	Modelo	18,310	3	,000

Dado que el modelo contempla una covariable cuantitativa (SumY), es recomendable analizar el ajuste del modelo mediante la Prueba de Hosmer y Lemeshow, la cual señala un *buen ajuste* del modelo, ya que *chi-cuadrado* no es significativo; es decir, no existe evidencia para determinar que los resultados predichos sean distintos de los observados (y de haber diferencia, se explica por el azar).

Tabla 113. Prueba de Hosmer y Lemeshow para el modelo de Regresión Logística Binaria para Emociones Negativas con Indicadores Rorschach.

Paso	Chi- cuadrado	gl	Sig.
1	6,551	8	,586

Por otra parte, la varianza explicada para la variable dependiente (Presencia o Ausencia de Diabetes) por el modelo se encuentra entre el 14,2% y el 18,9%. Por tanto, aún existe un porcentaje importante que no depende de los indicadores presentes en el modelo, que influye en el ser o no diabético.

Tabla 114. Resumen de los modelos de Regresión Logística Binaria para Emociones Negativas con Indicadores Rorschach.

Paso	-2 log de la verosimilitud	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
1	148,046(a)	,142	,189

(a) La estimación ha finalizado en el número de iteración 4 porque las estimaciones de los parámetros han cambiado en menos de ,001.

Por último, la ecuación de Regresión Logística para Emociones Negativas mediante indicadores Rorschach que permite predecir la probabilidad de padecer de Diabetes, es:

$$P(\text{Diabetes}) = \frac{1}{1 + \exp^{-(1,235 - 0,318 + 1,946 + 2,376)}} = \frac{1}{1 + 2,718^{-(2,769)}} = 0,941$$

Esto señala que la probabilidad de ser diabético en personas que presenten las características del modelo final, es mayor que las que no la presentan²⁸. Particularmente, el modelo de regresión logística indica, por una parte, que la probabilidad de ser diabético es mayor en las personas que presentan Experiencia de Malestar Emocional; y por otra, que esta probabilidad disminuye frente a la presencia de Sombreados Difusos (SumY).

5.2.2.2. Predictores de Diabetes para Emociones Negativas mediante el Inventario de Personalidad NEOPI-R.

Para definir el peso de las variables del Inventario de Personalidad NEOPI-R relacionados con las emociones negativas en personas diabéticas y no diabéticas, se analizaron los factores y facetas de dicho cuestionario para la variable “Emociones Negativas” (Ver tabla 82).

²⁸ La probabilidad de ser diabético en personas que no presentan las características del modelo es $p=0,225$.

Luego de realizar el análisis bivalente mediante las pruebas de *diferencia de medias (t) para muestras independientes*, los resultados para la Variable Emociones Negativas sólo mostraron una asociación significativa con la Presencia de Diabetes el factor Neuroticismo ($t= -2,335$; $sig= 0,021$) y las facetas Ansiedad ($t= -2,181$; $sig= 0,031$), Depresión ($t= -2,170$; $sig= 0,032$) y Ansiedad Social ($t= -2,053$; $sig= 0,042$).

Una vez descartada la presencia de multicolinealidad, confusión e interacción entre las variables, se procedió a realizar la construcción del modelo inicial. Cabe señalar, además, que los criterios de selección de las covariables para Emociones Negativas mediante el Inventario de Personalidad NEOPI-R, fueron los mismos que en el modelo anterior. No obstante, el nivel de significación se aumentó a $p < 0,25$ (Hosmer y Lemeshow, 2000), lo que permite considerar a aquellas covariables que presentan un grado de relación débil con la variable dependiente en solitario, pero que podrían tratarse de un fuerte predictor al tomarlas junto con el resto de covariables con $p < 0,05$.

Por tanto, a las covariables Neuroticismo, Ansiedad, Depresión y Ansiedad Social, se sumaron Hostilidad ($t= -1,386$; $sig= 0,168$) y Vulnerabilidad ($t= -1,576$; $sig= 0,118$).

Modelo Inicial

El modelo inicial de Regresión Logística Binaria para Emociones Negativas con factores y facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R no presenta significación estadística para ninguna de las covariables incluidas en el modelo. Por otra parte, la prueba ómnibus sobre los coeficientes del modelo señala que la inclusión de las covariables no mejora el modelo que sólo incluye a la constante ($\chi^2= 6,231$; $sig= 0,398$). Por tanto, se descarta este modelo inicial.

Tabla 115. Modelo inicial de Regresión Logística Binaria para Emociones Negativas con factores y facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R.

		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso	Neuroticismo_1	,003	,107	,001	1	,975	1,003
1(a)	N1_Ansiedad_1	,024	,036	,455	1	,500	1,025
	N3_Depresión_1	,019	,044	,185	1	,667	1,019
	N4_Ansiedad_Social_1	,011	,035	,092	1	,762	1,011
	N2_Hostilidad_1	,001	,034	,001	1	,978	1,001
	N6_Vulnerabilidad_1	-,002	,033	,002	1	,961	,998
	Constante	-3,070	1,587	3,743	1	,053	,046

(a) Variable(s) introducida(s) en el paso 1: Neuroticismo_1, N1_Ansiedad_1, N3_Depresión_1, N4_Ansiedad_Social_1, N2_Hostilidad_1, N6_Vulnerabilidad_1.

Modelo Final

A partir de lo anterior, se decide sustraer del modelo las covariables Hostilidad y Vulnerabilidad, (*sig* < 0,25) y sólo dejar aquellas con *sig* < 0,05. Este nuevo modelo no presentó significación estadística para ninguna de las covariables, así como tampoco en la prueba ómnibus ($\chi^2 = 6,226$; *sig* = 0,183). Por lo tanto, los factores y facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R no se presentan como variables predictoras de Diabetes y se rechaza el modelo.

Tabla 116. Modelo final de Regresión Logística Binaria para Emociones Negativas con factores y facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R.

		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso	Neuroticismo_1	,003	,058	,003	1	,957	1,003
1(a)	N1_Ansiedad_1	,024	,031	,607	1	,436	1,025
	N3_Depresión_1	,019	,039	,222	1	,638	1,019
	N4_Ansiedad_Social	,011	,032	,107	1	,743	1,011
	Constante	-3,071	1,293	5,637	1	,018	,046

(a) Variable(s) introducida(s) en el paso 1: Neuroticismo_1, N1_Ansiedad_1, N3_Depresión_1, N4_Ansiedad_Social_1.

5.2.3. Predictores de Diabetes para Relaciones Interpersonales.

5.2.3.1. Predictores de Diabetes para Relaciones Interpersonales mediante Indicadores Rorschach.

Para puntualizar la significación de las variables del Test de Rorschach relacionadas con los vínculos de intimidad asociados a la presencia o ausencia de Diabetes, se analizaron los indicadores Rorschach para “Relaciones Interpersonales” propuestos en la tabla 83.

Si bien el análisis bivariante, no muestra asociación significativa entre los indicadores Rorschach implicados en la agrupación de Relaciones Interpersonales, al tomar como referente el criterio de Hosmer y Lemeshow (2000) sobre una mayor laxitud en el nivel de significación para la selección de covariables ($p < 0,25$), el único indicador que presenta esta condición es la Proporción de Representación Humana de Buena y de Mala Calidad (GHR : PHR) con $\chi^2 = 2,701$ y $sig = 0,100$. Esta covariable no presenta multicolinealidad ni *confusión* con otras variables; no obstante, existe *interacción* con las Respuestas de Comida (Fd) ($sig = 0,043$), por lo que se incluye también en el modelo.

El resultado muestra que el modelo no es adecuado, como se aprecia en la tabla 117, puesto que no es significativo. Además, las covariables tampoco se presentan como predictoras de Diabetes. Por tanto, se descarta el modelo de regresión logística para Relaciones Interpersonales con indicadores Rorschach.

Tabla 117. Pruebas omnibus sobre los coeficientes del modelo Relaciones Interpersonales con indicadores Rorschach.

		Chi- cuadrado	gl	Sig.
Paso 1	Paso	5,556	3	,135
	Bloque	5,556	3	,135
	Modelo	5,556	3	,135

Tabla 118. Modelo de Regresión Logística Binaria para Relaciones Interpersonales con indicadores Rorschach.

		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 1(a)	GHR_PHR_recod(1)	,023	,524	,002	1	,965	1,023
	Fd_recod(1)	,579	,533	1,178	1	,278	1,784
	Fd_recod(1) by GHR_PHR_recod(1)	-1,265	,757	2,791	1	,095	,282
	Constante	,057	,338	,029	1	,866	1,059

(a) Variable(s) introducida(s) en el paso 1: GHR_PHR_recod, Fd_recod, Fd_recod * GHR_PHR_recod .

5.2.3.2. Predictores de Diabetes para Relaciones Interpersonales a través del Inventario de Personalidad NEOPI-R.

Para determinar la incidencia de las variables del Inventario de Personalidad NEOPI-R asociadas a los vínculos de intimidad en personas que presentan la enfermedad y en los que no, se analizaron las variables planteadas en la tabla 83.

Tras realizar el análisis bivariado, la faceta que mostró una asociación significativa ($p < 0,05$) con la variable dependiente Diabetes fue Ansiedad Social ($t = -2,053$; $sig = 0,042$) y las facetas que presentaron una asociación regular con Diabetes fueron Cordialidad ($t = -1,205$; $sig = 0,231$), Asertividad ($t = 1,493$; $sig = 0,138$) y Confianza ($t = 1,226$; $sig = 0,223$). Ninguna de las covariables seleccionadas presenta multicolinealidad, *confusión* e *interacción*.

Modelo Inicial

El modelo inicial de Regresión Logística Binaria para Relaciones Interpersonales con las facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R si bien presenta significación estadística para algunas de las covariables incluidas en el modelo y la prueba ómnibus sobre los coeficientes del modelo señala que la inclusión de las covariables mejora el modelo que sólo incluye a la constante ($\chi^2 = 13,310$; $sig = 0,010$),

la prueba de ajuste de Hosmer y Lemeshow señala que el modelo no se ajusta, como se observa en la siguiente tabla.

Tabla 119. Prueba de Hosmer y Lemeshow para el modelo inicial de Regresión Logística para Relaciones Interpersonales mediante factores y facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R.

Paso	Chi-cuadrado	gl	Sig.
1	17,195	8	,028

Tabla 120. Modelo inicial de Regresión Logística Binaria para Relaciones Interpersonales con factores y facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R.

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 1(a)						
N4_Ansiedad_Social_1	,035	,023	2,228	1	,136	1,035
E1_Cordialidad_1	,061	,023	6,879	1	,009	1,063
E3_Asertividad_1	-,033	,023	2,150	1	,143	,967
A1_Confianza_1	-,050	,023	4,727	1	,030	,951
Constante	-,813	2,218	,134	1	,714	,443

(a) Variable(s) introducida(s) en el paso 1: N4_Ansiedad_Social_1, E1_Cordialidad_1, E3_Asertividad_1, A1_Confianza_1.

Modelo Final

Para el desarrollo del modelo final de Regresión Logística para Relaciones Interpersonales mediante las facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R, se excluyó la covariable Asertividad debido a que en el modelo inicial no presentó significación estadística. No obstante, pese a que la covariable Ansiedad Social presentó la misma situación, fue conservada dentro del modelo debido al nivel de significación en el análisis bivariado ($sig= 0,042$). Es así como el modelo más ajustado quedó definido del siguiente modo:

Tabla 121. Modelo final de Regresión Logística Binaria para Relaciones Interpersonales con factores y facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R.

		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 1(a)	E1_Cordialidad_1	,052	,022	5,414	1	,020	1,053
	A1_Confianza_1	-,045	,023	3,920	1	,048	,956
	N4_Ansiedad_Social_1	,049	,021	5,175	1	,023	1,050
	Constante	-2,933	1,689	3,017	1	,082	,053

(a) Variable(s) introducida(s) en el paso 1: E1_Cordialidad_1, A1_Confianza_1.

Al analizar el tamaño de la muestra se comprueba que los 120 casos son válidos para el análisis y que satisfacen el mínimo tamaño muestral de 30 para la Regresión Logística estándar; es decir, 10 casos por cada covariable. Cabe señalar que no se han identificado casos atípicos.

Tabla 122. Resumen del procesamiento de los casos para el modelo de Regresión Logística Binaria para Relaciones Interpersonales con facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R.

Casos no ponderados(a)		N	Porcentaje
Casos seleccionados	Incluidos en el análisis	120	100,0
	Casos perdidos	0	,0
	Total	120	100,0
Casos no seleccionados		0	,0
Total		120	100,0

(a) Si está activada la ponderación, consulte la tabla de clasificación para ver el número total de casos.

El modelo obtenido clasifica correctamente a 40 de 60 personas diabéticas, lo que indica que su *sensibilidad* sería del 66,7%. Así mismo, se clasifica correctamente a 38 de 60 personas sin Diabetes, lo cual señala que la *especificidad* del modelo es del 63,3%. Por último, a nivel global, el modelo ha clasificado correctamente al 65% de los participantes en el estudio.

Tabla 123. Tabla de Clasificación (a) para el modelo de Regresión Logística Binaria para Relaciones Interpersonales con facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R.

Observado			Pronosticado		
			Presencia o ausencia de Diabetes		Porcentaje correcto
			Sin Diabetes	Con Diabetes	
Paso 1	Presencia o ausencia de Diabetes	Sin Diabetes	38	22	63,3
		Con Diabetes	20	40	66,7
Porcentaje global					65,0

(a) El valor de corte es ,500

Este modelo arrojó una prueba ómnibus significativa ($\chi^2 = 11,103$; $sig = 0,011$), por lo tanto, el modelo mejora significativamente al incluir las covariables, comparado con la sola inclusión de la constante (tabla 124).

Tabla 124. Pruebas ómnibus sobre los coeficientes del modelo de Regresión Logística para Relaciones Interpersonales con facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R.

		Chi-cuadrado	gl	Sig.
Paso 1	Paso	11,103	3	,011
	Bloque	11,103	3	,011
	Modelo	11,103	3	,011

Dado que el modelo contempla covariables cuantitativas, es recomendable analizar el ajuste del modelo mediante la Prueba de Hosmer y Lemeshow, la cual señala un *buen ajuste* del modelo, ya que *chi-cuadrado* no es significativo; es decir, no existe evidencia para determinar que los resultados predichos sean distintos de los observados (y de haber diferencia, se explica por el azar).

Tabla 125. Prueba de Hosmer y Lemeshow para el modelo de Regresión Logística Binaria para Relaciones Interpersonales con facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R.

Paso	Chi-cuadrado	gl	Sig.
1	10,010	8	,264

Por otra parte, la varianza explicada para la variable dependiente (Presencia o Ausencia de Diabetes) por el modelo se encuentra entre el 8,8% y el 11,8%. Por tanto, aún existe un porcentaje importante que no depende de las covariables presentes en el modelo, que influye en el ser o no diabético.

Tabla 126. Resumen de los modelos de Regresión Logística Binaria para Relaciones Interpersonales con facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R.

Paso	-2 log de la verosimilitud	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
1	155,252(a)	,088	,118

(a) La estimación ha finalizado en el número de iteración 4 porque las estimaciones de los parámetros han cambiado en menos de ,001.

Por último, la ecuación de Regresión Logística para Relaciones Interpersonales mediante las facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R que permite predecir la probabilidad de padecer de Diabetes, es:

$$P(\text{Diabetes}) = \frac{1}{1 + \exp^{-(2,933 + 0,049 - 0,045 + 0,052)}} = \frac{1}{1 + 2,718^{-(-2,877)}} = 0,0533$$

Esto señala que la probabilidad de ser diabético en personas que presenten las características del modelo final, es mayor que las que no la presentan²⁹. Particularmente, el modelo de regresión logística indica, por una parte, que la probabilidad de ser diabético es mayor en las personas que presentan Ansiedad Social (N4) y Cordialidad (E1); y por otra, que esta probabilidad disminuye en presencia Confianza (A1).

5.2.3.3. Predictores de Diabetes para Relaciones Interpersonales mediante el Cuestionario de Apego Adulto.

Con el fin de detallar la relación existente entre los factores del Cuestionario de Apego Adulto y los vínculos de intimidad entre personas con Diabetes y sin ella, se

²⁹ El valor de la probabilidad de ser diabético en las personas que no presentan las características del modelo es $p=0,0500$.

analizaron los factores del Cuestionario de Apego Adulto, tal como se señala en la tabla 83.

Tras efectuar un análisis de asociaciones bivariate, mediante la prueba de *diferencia de medias (t) para muestras independientes*, los resultados para la variable Relaciones Interpersonales sólo mostraron una asociación significativa entre la presencia de Diabetes y el factor Resolución Hostil de Conflictos ($t = -2,364$; $sig = 0,020$), tal como se indicó en párrafos anteriores.

Previo a establecer el modelo de Regresión Logística, se descartó la existencia de multicolinealidad, así como también la presencia de *interacción y confusión*.

Por otra parte, la selección de las variables incluidas en este modelo se efectuó de acuerdo a los siguientes criterios: (a) variables que presenten una asociación significativa con la presencia de Diabetes en el análisis bivariate; no obstante, el nivel de significación se aumentó a $sig < 0,25$ (Hosmer y Lemeshow, 2000), lo que permite considerar al factor 1 “Baja Autoestima” que presenta una relación débil ($t = -1,910$; $sig = 0,059$) con la variable dependiente en solitario, pero que puede tratarse de un fuerte predictor al tomarla en conjunto con el resto de covariables con $p < 0,05$. (b) para el número de variables incluidas en el modelo inicial, se consideró la guía de Hosmer y Lemeshow (2001), que dice 1 variable por cada 10 casos de la variable dependiente con menor representación.

Modelo Inicial

Al construir el modelo inicial de Regresión Logística *no condicional para Relaciones Interpersonales*, se obtuvo que ninguna de las covariables incluidas en el modelo es significativa.

Tabla 127. Variables en la ecuación del modelo inicial de Regresión Logística Binaria para Relaciones Interpersonales con factores del Cuestionario de Apego Adulto.

		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso	Factor_1_1	,014	,019	,565	1	,452	1,015
1(a)	Factor_2_1	,036	,023	2,397	1	,122	1,036
	Constante	-1,588	,701	5,142	1	,023	,204

(a) Variable(s) introducida(s) en el paso 1: Factor_1_1, Factor_2_1.

Aun cuando las pruebas ómnibus sobre los coeficientes (ver tabla 128) del modelo junto a la prueba de Hosmer y Lemeshow (ver tabla 129) indican un nivel de ajuste adecuado, el hecho que las covariables incluidas carezcan de significación estadística conduce a excluirlas del modelo final. (Hosmer y Lemeshow, 2000).

Tabla 128. Pruebas omnibus sobre los coeficientes del modelo de Regresión Logística para Relaciones Interpersonales a través de factores del Cuestionario de Apego Adulto.

		Chi- cuadrado	gl	Sig.
Paso 1	Paso	6,123	2	,047
	Bloque	6,123	2	,047
	Modelo	6,123	2	,047

Tabla 129. Prueba de Hosmer y Lemeshow para el modelo de Regresión Logística Binaria para Relaciones Interpersonales con factores del Cuestionario de Apego Adulto.

Paso	Chi-cuadrado	gl	Sig.
1	5,878	8	,661

De acuerdo a lo anterior, se adoptó como estrategia para la construcción del modelo final la selección de la covariable significativa del modelo inicial, factor 2 “Resolución Hostil de Conflictos”.

Modelo Final

Por tanto, se consideró como modelo final el siguiente:

Tabla 130. Modelo final de Regresión Logística Binaria para Relaciones Interpersonales con factores del Cuestionario de Apego Adulto

		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 1(a)	Factor_2_1	,045	,020	5,188	1	,023	1,046
	Constante	-1,344	,616	4,768	1	,029	,261

(a) Variable(s) introducida(s) en el paso 1: Factor_2_1.

En primer lugar, al analizar el tamaño de la muestra se comprueba que los 120 casos son válidos para el análisis y que satisfacen el mínimo tamaño muestral de 10 para la Regresión Logística estándar. Cabe señalar que no se han identificado casos atípicos.

Tabla 131. Resumen del procesamiento de los casos para el modelo de Regresión Logística Binaria para Relaciones Interpersonales con factores del Cuestionario de Apego Adulto.

Casos no ponderados(a)		N	Porcentaje
Casos seleccionados	Incluidos en el análisis	120	100,0
	Casos perdidos	0	,0
	Total	120	100,0
Casos no seleccionados		0	,0
Total		120	100,0

(a) Si está activada la ponderación, consulte la tabla de clasificación para ver el número total de casos.

Como se observa en la tabla 132, el modelo obtenido clasifica correctamente a 28 de 60 personas diabéticas, lo que indica que su *sensibilidad* sería del 46,7%. Así mismo, se clasifica correctamente a 40 de 60 personas sin Diabetes, lo cual señala que la *especificidad* del modelo es del 66,7%. Por último, a nivel global, el modelo ha clasificado correctamente al 56,7% de los participantes en el estudio.

Tabla 132. Tabla de clasificación(a) para modelo de Regresión Logística Binaria para Relaciones Interpersonales con factores del Cuestionario de Apego Adulto.

Observado			Pronosticado		
			Presencia o ausencia de Diabetes		Porcentaje correcto
			Sin Diabetes	Con Diabetes	
Paso 1	Presencia o ausencia de Diabetes	Sin Diabetes	40	20	66,7
		Con Diabetes	32	28	46,7
Porcentaje global					56,7

(a) El valor de corte es ,500

La prueba ómnibus sobre los coeficientes del modelo muestra que la probabilidad del modelo *chi-cuadrado* (5,555) es $sig=0.018$, lo que es menor al nivel de significación de 0.05. Lo anterior avala la existencia de una relación entre la variable predicha y las variables predictoras, por lo que la hipótesis nula de que no hay diferencias entre el modelo con una constante y el modelo con las variables predictoras, es rechazada.

Tabla 133. Pruebas omnibus sobre los coeficientes del modelo de Regresión Logística Binaria para Relaciones Interpersonales con factores del Cuestionario de Apego Adulto.

		Chi-cuadrado	gl	Sig.
Paso 1	Paso	5,555	1	,018
	Bloque	5,555	1	,018
	Modelo	5,555	1	,018

Dado que el modelo contempla una covariable cuantitativa es recomendable analizar el ajuste del modelo mediante la Prueba de Hosmer y Lemeshow, la cual señala un *buen ajuste* del modelo, ya que *chi-cuadrado* no es significativo; es decir, no existe evidencia para determinar que los resultados predichos sean distintos de los observados (y de haber diferencia, se explica por el azar).

Tabla 134. Prueba de Hosmer y Lemeshow para el modelo de Regresión Logística Binaria para Relaciones Interpersonales con factores del Cuestionario de Apego Adulto.

Paso	Chi-cuadrado	gl	Sig.
1	6,415	8	,601

Por otra parte, la varianza explicada para la variable dependiente (Presencia o Ausencia de Diabetes) por el modelo se encuentra entre el 4,5% y el 6%. Por tanto, aún existe un porcentaje importante que no depende de los indicadores presentes en el modelo, que influye en el ser o no diabético.

Tabla 135. Resumen de los modelos de Regresión Logística Binaria para Relaciones Interpersonales con factores del Cuestionario de Apego Adulto

Paso	-2 log de la verosimilitud	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
1	160,800(a)	,045	,060

(a) La estimación ha finalizado en el número de iteración 3 porque las estimaciones de los parámetros han cambiado en menos de ,001.

Por último, la ecuación de Regresión Logística para Relaciones Interpersonales mediante los factores del Cuestionario de Apego Adulto que permite predecir la probabilidad de padecer de Diabetes, es:

$$P(\text{Diabetes}) = \frac{1}{1 + \exp^{-(-1,344 + 0,045)}} = \frac{1}{1 + 2,718^{-(-1,299)}} = 0,214$$

Esto señala que la probabilidad de ser diabético en personas que presenten las características del modelo final, es mayor que las que no la presentan³⁰. Particularmente, el modelo de regresión logística indica, que la probabilidad de ser diabético es mayor en las personas que presentan Resolución Hostil de Conflictos.

³⁰ La probabilidad de ser diabético en personas que no presentan las características del modelo es $p=0.206$.

5.2.4. Predictores de Diabetes para Autopercepción.

5.2.4.1. Predictores de Diabetes para Autopercepción a través de Indicadores Rorschach.

Con el propósito de especificar la significación de las variables del Test de Rorschach en la relación entre autopercepción y presencia o ausencia de Diabetes, se tomaron en cuenta, para el análisis, los indicadores Rorschach para “Autopercepción” de acuerdo a la tabla 85.

Si bien el análisis bivalente, no muestra asociación significativa entre los indicadores Rorschach implicados en la agrupación de Autopercepción, al tomar como referente el criterio de Hosmer y Lemeshow (2000) ampliando el nivel de significación para la selección de covariables, donde $sig < 0,25$, los indicadores que presentan esta condición son las Respuestas Reflejo ($\chi^2 = 1,677$; $sig = 0,195$), el Índice de Egocentrismo ($\chi^2 = 1,634$; $sig = 0,201$) y las Respuestas de Anatomía (An+Xy) ($\chi^2 = 2,172$; $sig = 0,141$). Estas covariables no presentan multicolinealidad ni *interacción* con otras variables; no obstante, existe *confusión* entre las Respuestas Reflejo y Suma Autopercepción, y entre las Respuestas reflejo y el Índice de Egocentrismo. Como estas dos últimas ya se consideraban dentro del modelo, se agrega a ellas la Suma de Autopercepción, pero dentro del segundo análisis.

Modelo Inicial

El modelo inicial de Regresión Logística Binaria para Autopercepción con indicadores Rorschach, no presenta significación estadística para ninguna de las covariables incluidas en el modelo. Por otra parte, la prueba ómnibus sobre los coeficientes del modelo señala que la inclusión de las covariables no mejora el modelo que sólo incluye a la constante ($\chi^2 = 4,162$; $sig = 0,245$). Por tanto, se descarta este modelo inicial.

Tabla 136. Modelo inicial de Regresión Logística Binaria para Autopercepción con indicadores Rorschach.

		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso	Reflejos_recod(1)	,259	,531	,238	1	,625	1,296
1(a)	Indice_Egocentrismo	,370	,443	,697	1	,404	1,448
	_recod(1)						
	An_Xy_recod(1)	-,535	,380	1,985	1	,159	,586
	Constante	-,016	,306	,003	1	,958	,984

(a) Variable(s) introducida(s) en el paso 1: Reflejos_recod, Indice_Egocentrismo_recod, An_Xy_recod.

Modelo Final

A partir de lo anterior, se decidió agregar al modelo la covariable Suma Autopercepción, que presenta *confusión* con las Respuestas de Reflejo. Este nuevo modelo tampoco presentó significación estadística para ninguna de las covariables. Así mismo, la prueba ómnibus ($\chi^2 = 6,977$; $sig = 0,137$) indica que el modelo no es adecuado, ya que no es significativo. Por lo tanto, los indicadores Rorschach para Autopercepción no se presentan como variables predictoras de Diabetes, y se rechaza el modelo.

Tabla 137. Modelo final de Regresión Logística Binaria para Autopercepción con indicadores Rorschach.

		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso	Reflejos_recod(1)	,412	,551	,561	1	,454	1,510
1(a)	Indice_Egocentrismo	,750	,510	2,156	1	,142	2,116
	_recod(1)						
	An_Xy_recod(1)	-,306	,405	,569	1	,450	,737
	Suma_Autpercepcio	-,860	,523	2,705	1	,100	,423
	n_recod(1)						
	Constante	-,047	,308	,023	1	,878	,954

(a) Variable(s) introducida(s) en el paso 1: Reflejos_recod, Indice_Egocentrismo_recod, An_Xy_recod, Suma_Autpercepcion_recod.

5.2.4.2. Predictores de Diabetes para Autopercepción mediante el Inventario de Personalidad NEOPI-R.

Para distinguir la correspondencia entre las variables del Inventario de Personalidad NEOPI-R que abordan la autopercepción y la presencia o ausencia de Diabetes, se analizaron las facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R presentadas en la tabla 85.

El análisis bivariante muestra asociación significativa entre la variable dependiente y Ansiedad Social ($t= -2,053$; $sig= 0,042$). Si se considera el criterio de Hosmer y Lemeshow (2000) ampliando el nivel de significación para la selección de covariables, a $sig < 0,25$, la faceta que presentan esta condición es Asertividad ($t= 1,493$; $sig= 0,138$). Estas covariables no presentan multicolinealidad, *confusión* ni *interacción*.

Modelo Inicial

El modelo inicial de Regresión Logística Binaria para Autopercepción con facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R, se presenta en la tabla 138.

Tabla 138. Modelo inicial de Regresión Logística Binaria para Autopercepción con facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R.

		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 1(a)	N4_Ansiedad_Social	,034	,022	2,353	1	,125	1,035
	E3_Asertividad_1	-,014	,021	,456	1	,500	,986
	Constante	-1,158	1,818	,406	1	,524	,314

(a) Variable(s) introducida(s) en el paso 1: N4_Ansiedad_Social_1, E3_Asertividad_1.

Las covariables incluidas en el modelo inicial no presentan significación estadística; así como también, las pruebas ómnibus sobre los coeficientes del modelo señalan que la inclusión de las covariables no mejora el modelo que sólo incluye a la constante ($\chi^2= 4,659$; $sig= 0,097$). De este modo, se descarta el modelo.

Tabla 139. Pruebas omnibus sobre los coeficientes del modelo inicial de Regresión Logística Binaria para Autopercepción con facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R.

		Chi-cuadrado	gl	Sig.
Paso 1	Paso	4,659	2	,097
	Bloque	4,659	2	,097
	Modelo	4,659	2	,097

Modelo Final

El desarrollo del modelo final de Regresión Logística para Autopercepción con facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R, implicó conservar la covariable que presentó una asociación significativa con la variable dependiente en el análisis bivariado, como se presenta en la tabla 140.

Tabla 140. Modelo final de Regresión Logística Binaria para Autopercepción con facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R.

		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 1(a)	N4_Ansiedad_Social_1	,040	,020	4,011	1	,045	1,041
	Constante	-2,147	1,088	3,892	1	,049	,117

(a) Variable(s) introducida(s) en el paso 1: N4_Ansiedad_Social_1.

Al analizar el tamaño de la muestra se comprueba que los 120 casos son válidos para el análisis y que satisfacen el mínimo tamaño muestral de 10 para la Regresión Logística estándar. Cabe señalar que no se han identificado casos atípicos.

Tabla 141. Resumen del procesamiento de los casos para el modelo final de Regresión Logística Binaria para Autopercepción con facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R.

Casos no ponderados(a)		N	Porcentaje
Casos seleccionados	Incluidos en el análisis	120	100,0
	Casos perdidos	0	,0
	Total	120	100,0
Casos no seleccionados		0	,0
Total		120	100,0

(a) Si está activada la ponderación, consulte la tabla de clasificación para ver el número total de casos.

Como se observa en la tabla 142, el modelo obtenido clasifica correctamente a 31 de 60 personas diabéticas, lo que indica que su *sensibilidad* sería del 51,7%. Así mismo, se clasifica correctamente a 39 de 60 personas sin Diabetes, lo cual señala que la *especificidad* del modelo es del 65%. Por último, a nivel global, el modelo ha clasificado correctamente al 58,3% de los participantes en el estudio.

Tabla 142. Tabla de clasificación(a) para modelo de Regresión Logística Binaria para Autopercepción con facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R.

Observado			Pronosticado		
			Presencia o ausencia de Diabetes		Porcentaje correcto
			Sin Diabetes	Con Diabetes	
Paso 1	Presencia o ausencia de Diabetes	Sin Diabetes	39	21	65,0
		Con Diabetes	29	31	51,7
	Porcentaje global				58,3

(a) El valor de corte es ,500

La prueba ómnibus sobre los coeficientes del modelo muestra que la probabilidad del modelo *chi-cuadrado* (4,201) es $sig=0,040$, lo que es menor al nivel de significación de 0,05. Lo anterior avala la existencia de una relación entre la variable predicha y la variable predictora, por lo que la hipótesis nula de que no hay diferencias entre el modelo con una constante y el modelo con las variables predictoras, es rechazada.

Tabla 143. Pruebas omnibus sobre los coeficientes del modelo de Regresión Logística Binaria para Autopercepción con facetas del inventario de Personalidad NEOPI-R.

		Chi-cuadrado	gl	Sig.
Paso 1	Paso	4,201	1	,040
	Bloque	4,201	1	,040
	Modelo	4,201	1	,040

Por otra parte, la Prueba de Hosmer y Lemeshow señala un *buen ajuste* del modelo, ya que *chi-cuadrado* no es significativo; es decir, no existe evidencia para determinar que los resultados predichos sean distintos de los observados (y de haber diferencia, se explica por el azar).

Tabla 144. Prueba de Hosmer y Lemeshow para el modelo de Regresión Logística Binaria para Autopercepción con facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R.

Paso	Chi-cuadrado	gl	Sig.
1	11,519	8	,174

La varianza explicada para la variable dependiente (Presencia o Ausencia de Diabetes) por el modelo se encuentra entre el 3,4% y el 4,6%. Por tanto, existe un porcentaje importante que no depende de los indicadores presentes en el modelo, que influye en el ser o no diabético.

Tabla 145. Resumen de los modelos de Regresión Logística Binaria para Autopercepción con facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R.

Paso	-2 log de la verosimilitud	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
1	162,154(a)	,034	,046

(a) La estimación ha finalizado en el número de iteración 3 porque las estimaciones de los parámetros han cambiado en menos de ,001.

Por último, la ecuación de Regresión Logística para Autopercepción con facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R que permite predecir la probabilidad de padecer de Diabetes, es:

$$P(\text{Diabetes}) = \frac{1}{1 + \exp^{-(-2,147 + 0,040)}} = \frac{1}{1 + 2,718^{-(-2,107)}} = 0,108$$

Esto señala que la probabilidad de ser diabético en personas que presenten las características del modelo final, es mayor que las que no la presentan³¹. Particularmente, el modelo de regresión logística indica, que la probabilidad de ser diabético es mayor en las personas que presentan Ansiedad Social.

5.2.4.3. Predictores de Diabetes para Autopercepción mediante el Cuestionario de Apego Adulto.

Con el objetivo de indagar el tipo de asociación entre la autopercepción y la presencia o ausencia de Diabetes, a través del Cuestionario de Apego Adulto, se consideró para el análisis el factor “Baja Autoestima”, de acuerdo a lo expuesto en la tabla 85.

El análisis bivalente, no mostró asociación significativa entre el factor “Baja Autoestima” del Cuestionario de Apego Adulto. No obstante, al ampliar el nivel de significación para la selección de covariables a $sig < 0,25$ (Hosmer y Lemeshow, 2000), este factor cumple con el criterio, ya que $t = -1,910$ y $sig = 0,059$.

El modelo de Regresión Logística Binaria para Autopercepción con factores del Cuestionario de Apego Adulto, no presenta significación estadística para la covariable incluida en el modelo. Por otra parte, la prueba ómnibus sobre los coeficientes del modelo señala que la inclusión de esta covariable no mejora el modelo que sólo incluye a la constante ($\chi^2 = 3,646$; $sig = 0,056$). Como no se cuenta con otras covariables para desarrollar un modelo más ajustado, se esboza como modelo final. En estas condiciones, el modelo es descartado y el factor “Baja Autoestima” no se presenta como predictor de Diabetes.

³¹ La probabilidad de ser diabético en personas que no presentan las características del modelo es $p = 0,104$.

Tabla 146. Modelo final de Regresión Logística Binaria para Autopercepción con factores del Cuestionario de Apego Adulto.

		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso	Factor_1_1	,031	,016	3,503	1	,061	1,031
1(a)	Constante	-1,095	,613	3,191	1	,074	,335

(a) Variable(s) introducida(s) en el paso 1: Factor_1_1.

Tabla 147. Pruebas omnibus sobre los coeficientes del modelo de Regresión Logística Binaria para Autopercepción con factores del Cuestionario de Apego Adulto.

		Chi- cuadrado	gl	Sig.
Paso 1	Paso	3,646	1	,056
	Bloque	3,646	1	,056
	Modelo	3,646	1	,056

5.2.5. Predictores de Diabetes para Modulación Afectiva.

5.2.5.1. Predictores de Diabetes para Modulación Afectiva a través de Indicadores Rorschach.

Con el fin de especificar el peso de las variables del Test de Rorschach en la asociación entre la modulación de afectos y la presencia o ausencia de Diabetes, se tomaron en cuenta los indicadores que aparecen en la tabla 86.

El análisis bivariado mostró significación estadística para los indicadores Impacto del Estrés Situacional (AdjD – D) ($x^2= 8,086$; $sig= 0,004$) y Modulación Afectiva (FC:CF+C) ($x^2= 3,871$; $sig= 0,049$). Estas covariables no presentan multicolinealidad ni *confusión*. Sin embargo, el indicador Impacto del Estrés Situacional presenta interacción con Estado de Sobrecarga e Impulsividad (Puntaje D), ante lo cual, se incluyó en el modelo de regresión logística.

Modelo Inicial

Al construir el modelo inicial de Regresión Logística *no condicional para Modulación Afectiva* mediante los indicadores Rorschach, se obtuvo que la única covariable que presentó significación estadística fue Impacto del Estrés Situacional (AdjD-D). Pese a que las pruebas ómnibus sobre los coeficientes del modelo señalan un buen ajuste ($\chi^2 = 12,690$; $sig = 0,005$), así como también la prueba de Hosmer y Lemeshow ($\chi^2 = 1,792$; $sig = 0,774$), se ha optado por eliminar la covariable con interacción ya que no es significativa dentro del modelo.

Tabla 148. Variables en la ecuación del modelo inicial de Regresión Logística Binaria para Modulación Afectiva con indicadores Rorschach.

		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso	AdjD_D_recod(1)	-2,039	,807	6,384	1	,012	,130
1(a)	Puntuacion_D_recod(1)	,287	,424	,460	1	,498	1,333
	modulacion2(1)	,850	,474	3,213	1	,073	2,341
	Constante	-,195	,363	,289	1	,591	,823

(a) Variable(s) introducida(s) en el paso 1: AdjD_D_recod, Puntuacion_D_recod, modulacion2.

Para construir el modelo final, se consideró la covariable significativa del modelo inicial, Impacto del Estrés Situacional (Adj D – D) junto con la covariable Modulación (FC:CF+C), ambas con significación estadística en el análisis bivariado.

Modelo Final

Por tanto, se consideró como modelo final el siguiente:

Tabla 149. Modelo final de Regresión Logística Binaria para Modulación Afectiva con indicadores Rorschach.

		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso	modulacion2(1)	,847	,473	3,202	1	,074	2,333
1(a)	AdjD_D_recod(1)	-1,946	,795	5,993	1	,014	,143
	Constante	,000	,221	,000	1	1,000	1,000

(a) Variable(s) introducida(s) en el paso 1: modulacion2, AdjD_D_recod.

Al analizar el tamaño de la muestra se comprueba que los 120 casos son válidos para el análisis y que satisfacen el mínimo tamaño muestral de 20 para la Regresión Logística estándar; es decir, 10 casos por cada covariable.

Tabla 150. Resumen del procesamiento de los casos para el modelo de Regresión Logística Binaria para Modulación Afectiva con Indicadores Rorschach.

Casos no ponderados(a)		N	Porcentaje
Casos seleccionados	Incluidos en el análisis	120	100,0
	Casos perdidos	0	,0
Total		120	100,0
Casos no seleccionados		0	,0
Total		120	100,0

(a) Si está activada la ponderación, consulte la tabla de clasificación para ver el número total de casos.

Se ha identificado un caso atípico, por lo que hay que determinar si en la interpretación se considera el modelo que incluye todos los casos; o bien, el modelo que excluye los casos atípicos. Para ello se compara el ratio de precisión de base - que en este caso es del 58,3%, como lo señala la tabla 151, con el ratio de precisión para el modelo que excluye los casos atípicos, que es de 58% (ver tabla 152). Como los ratios indicados no tienen una diferencia de al menos el 2%, se decide interpretar el modelo original que incluye todos los casos.

Tabla 151. Tabla de clasificación(a) para modelo de Regresión Logística Binaria para Modulación Afectiva con Indicadores Rorschach con todos los casos.

Observado			Pronosticado		
			Presencia o ausencia de Diabetes		Porcentaje correcto
			Sin Diabetes	Con Diabetes	
Paso 1	Presencia o ausencia de Diabetes	Sin Diabetes	12	48	20,0
		Con Diabetes	2	58	96,7
Porcentaje global					58,3

(a) El valor de corte es ,500

Tabla 152. Tabla de clasificación(a) para modelo de Regresión Logística Binaria para Modulación Afectiva con Indicadores Rorschach con casos atípicos excluidos.

Observado			Pronosticado		
			Presencia o ausencia de Diabetes		Porcentaje correcto
			Sin Diabetes	Con Diabetes	
Paso 1	Presencia o ausencia de Diabetes	Sin Diabetes	52	8	86,7
		Con Diabetes	42	17	28,8
Porcentaje global					58,0

(a) El valor de corte es ,500

Como se observa en la tabla 151, el modelo obtenido clasifica correctamente a 58 de 60 personas diabéticas, lo que indica que su *sensibilidad* sería del 96,7%. Así mismo, se clasifica correctamente a 12 de 60 personas sin Diabetes, lo cual señala que la *especificidad* del modelo es del 20%. Por último, a nivel global, el modelo ha clasificado correctamente al 58,3% de los participantes en el estudio.

Las pruebas ómnibus sobre los coeficientes del modelo muestra que la probabilidad del modelo *chi-cuadrado* (12,230) es *sig*=0.002, lo que es menor al nivel de significación de 0.05. Lo anterior avala la existencia de una relación entre la variable predicha y las variables predictoras, por lo que la hipótesis nula de que no hay diferencias entre el modelo con una constante y el modelo con las variables predictoras, es rechazada.

Tabla 153. Pruebas omnibus sobre los coeficientes del modelo de Regresión Logística Binaria para Modulación Afectiva con indicadores Rorschach.

		Chi-cuadrado	gl	Sig.
Paso 1	Paso	12,230	2	,002
	Bloque	12,230	2	,002
	Modelo	12,230	2	,002

Por otra parte, al analizar el ajuste del modelo mediante la Prueba de Hosmer y Lemeshow, se observa un *buen ajuste* del modelo.

Tabla 154. Prueba de Hosmer y Lemeshow para el modelo de Regresión Logística Binaria para Modulación Afectiva con indicadores Rorschach.

Paso	Chi-cuadrado	Gl	Sig.
1	,917	2	,632

La varianza explicada para la variable dependiente (Presencia o Ausencia de Diabetes) por el modelo se encuentra entre el 9,7% y el 12,9%. Por tanto, existe un porcentaje importante que no depende de los indicadores presentes en el modelo, que influye en el ser o no diabético.

Tabla 155. Resumen de los modelos de Regresión Logística Binaria para Modulación Afectiva con indicadores Rorschach.

Paso	-2 log de la verosimilitud	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
1	154,125(a)	,097	,129

(a) La estimación ha finalizado en el número de iteración 4 porque las estimaciones de los parámetros han cambiado en menos de ,001.

Por último, la ecuación de Regresión Logística para Modulación Afectiva con indicadores Rorschach que permite predecir la probabilidad de padecer de Diabetes, es:

$$P(\text{Diabetes}) = \frac{1}{1 + \exp^{-(0 - 1,946 + 0,847)}} = \frac{1}{1 + 2,718^{-(-1,099)}} = 0,25$$

Este modelo de regresión logística de Modulación Afectiva explica un 25% de ser diabético. Particularmente, la probabilidad de ser diabético en personas que presentan menor sensación de desvalimiento frente al estrés situacional, es mayor que las que no la presentan.

5.2.5.2. Predictores de Diabetes para Modulación Afectiva mediante el Inventario de Personalidad NEOPI-R.

Para precisar la significación de las facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R en la relación entre modulación afectiva y la presencia o ausencia de la enfermedad, se analizaron las variables presentadas en la tabla 86.

El análisis bivalente mostró que ninguna de las facetas consideradas, en principio, presentaron significación estadística. La excepción se presenta con la faceta Sentimientos (O3) ($t= 1,391$; $sig= 0,167$) al aumentar el nivel de significación a $sig= 0,25$ (Hosmer y Lemeshow, 2000). Esta covariable no presenta multicolinealidad, *interacción ni confusión*.

El modelo de Regresión Logística Binaria que fue posible construir, es el siguiente:

Tabla 156. Variables en la ecuación del modelo de Regresión Logística Binaria para Modulación Afectiva con facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R.

		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso	O3_Sentimientos_1	-,023	,017	1,908	1	,167	,977
1(a)	Constante	1,150	,853	1,818	1	,178	3,157

(a) Variable(s) introducida(s) en el paso 1: O3_Sentimientos_1.

Tal como se puede observar en la tabla 157, la faceta Sentimientos (O3) no se presenta como una variable predictora de Diabetes, debido a su falta de significación estadística. A ello se suma que el ajuste del modelo es inadecuado, pues las pruebas ómnibus tampoco son significativas. En consecuencia, y a falta de otras covariables para el rediseño, se descarta el modelo como predictor de Diabetes.

Tabla 157. Pruebas omnibus sobre los coeficientes del modelo de Regresión Logística Binaria para Modulación Afectiva con facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R.

		Chi- cuadrado	gl	Sig.
Paso 1	Paso	1,949	1	,163
	Bloque	1,949	1	,163
	Modelo	1,949	1	,163

5.3. Síntesis de los Hallazgos.

En base a los resultados obtenidos, los rasgos de personalidad para la muestra diabética estudiada se relacionan con:

- Un menor riesgo de hallar “Estrés Situacional” y “Impacto de Estrés” que en personas no diabéticas.
- Un mayor riesgo de presentar “Experiencias Malestar Emocional”, tener dificultades en la “Modulación de Afectos” y de presentar “Perseveraciones” que en sujetos sin la enfermedad.
- Una media inferior en respuestas de “Sombreado Difuso”, en la media de puntajes de Apertura y Acciones que en personas sanas.
- Una media mayor en los puntajes de Neuroticismo, Ansiedad, Depresión y Ansiedad Social que en personas sin Diabetes.

En cuanto a las variables predictoras de Diabetes, los resultados son los siguientes:

- Dentro de la variable Emociones Negativas, se obtuvo que existe una mayor probabilidad de desarrollar Diabetes en personas que presentan Experiencia de Malestar Emocional; y por otra parte, una menor probabilidad de padecer la enfermedad en quienes presenten respuestas de Sombreado Difuso.
- Para la variable Relaciones Interpersonales, los factores de riesgo de Diabetes son Ansiedad Social, Cordialidad y Resolución Hostil de Conflictos. Como contraparte, el factor protector de Diabetes es Confianza.
- En cuanto a la variable Autopercepción, nuevamente se establece como factor de riesgo la Ansiedad Social.
- Por último, para la variable Modulación Afectiva, el indicador Impacto de Estrés se establece como un factor protector de Diabetes.

Discusión y Conclusiones

VI. Discusión y Conclusiones

6.1 Discusión.

Los propósitos de esta investigación se orientaron a analizar si existen rasgos de personalidad característicos en las personas que padecen Diabetes; y si algunos de estos rasgos podrían predecir el desarrollo de esta enfermedad.

Al comparar los resultados obtenidos con hallazgos de otros estudios, se comprueba que algunos de ellos coinciden. Así por ejemplo, la presencia de emociones negativas como predictor de Diabetes y como rasgo característico en la muestra diabética, coincide con las investigaciones que señalan una relación esencial de ellas en el desarrollo de la enfermedad (Canerthon, 2003). Particularmente, Kiecolt-Glaser y Glaser (2002) proponen que la depresión, la ira, la ansiedad y el estrés se encuentran asociados a una alteración inmune y neuroendocrina que aumenta el riesgo de desarrollar Diabetes.

La presencia de depresión, como predictor y como característica de personalidad en los diabéticos estudiados, concuerda con los trabajos realizados por Kinder (2002) y Lutsman (2007) quienes proponen que la depresión aumenta la probabilidad de desarrollar Diabetes, así como también, la prevalencia de depresión aumenta de manera importante en personas que padecen Diabetes tipo I y II. De este modo, al igual que el estudio de Canerthon (2003) y Mezuk (2008) se propone que la depresión puede estar presente tanto en las fases previas a la enfermedad, o como consecuencia del diagnóstico. Ahora bien, un aspecto a profundizar dentro de la presente investigación es que el Índice de Depresión del Test de Rorschach, que evalúa la presencia del trastorno afectivo, no es significativo como cuadro clínico de la muestra diabética estudiada, ni como predictor de la enfermedad. No obstante, las Experiencias de Malestar Emocional del Test de Rorschach, así como la faceta Depresión del Inventario de personalidad NEOPI-R, asociadas ambas a sentimientos disfóricos y depresivos, pueden considerarse como rasgos de personalidad más estables. En otras palabras, los síntomas depresivos se establecen como características de personalidad, sin que ello configure, necesariamente,

el cuadro clínico de depresión, aunque tampoco se excluye la posibilidad de desarrollarlo.

En cuanto a las dimensiones de ansiedad y estrés, los resultados son disímiles. En contraste con alguna de las investigaciones en Diabetes utilizando el Test de Rorschach (Sultan, 2002), los resultados de la actual investigación muestran una disminución en las respuestas de sombreado difuso (SumY), en la presencia de estrés situacional y en su impacto sobre pacientes con Diabetes. El trabajo de Sultan (2002) señala que la presencia de sombreados difusos, relacionados al estrés situacional, a sentimientos de angustia y falta de control, se halló en personas con altos niveles de glucemia, por lo que fueron asociados a dificultades en el equilibrio de la glucosa y déficit en las medidas de autocuidado. Por otra parte, ciertas investigaciones plantean que el estrés provoca un aumento en la liberación de cortisol, y ello conduce a una alteración neuroendocrina que puede asociarse a enfermedades crónicas como la Diabetes (Kiecolt-Glaser y Glaser, 2002). Sin embargo, Surwit (1992) propone que el estrés sólo precipita la Diabetes en las personas que tienen una predisposición a desarrollar la enfermedad y en presencia de depresión.

La discrepancia se esboza en que los resultados de esta investigación indican que los diabéticos se caracterizan por presentar una mayor sensación de control y una menor repercusión del estrés situacional; no obstante, presentan altos niveles de ansiedad. Tal como se mencionó anteriormente, se estima que esta ansiedad posee la particularidad de ser crónica o estable en el tiempo, pudiendo adquirir un matiz similar al estrés crónico y para evitar el incremento del malestar disminuye la percepción de situaciones estresantes y sus efectos. Lo anterior resulta consistente con la investigación de Fawzy et al. (1993) realizada en enfermedades crónicas, pues al minimizar el impacto del estrés disminuye la importancia y la amenaza de la enfermedad para el bienestar del sujeto.

Otro aspecto que puede ser parte de explicación a estos resultados va en la línea de los hallazgos de Sultan (2002). Su investigación asoció un menor número de respuestas de sombreado difuso (SumY) a un mayor control de glucemia. En este sentido, cerca del 65% de la muestra diabética estudiada mantiene un adecuado control

glucémico, lo que es concordante con las respuestas de sombreado difuso disminuidas, que implican a una sensación de mayor control y de menor impacto del estrés situacional.

La mayor parte de las investigaciones revisadas que asocian rasgos de personalidad y Diabetes se han enfocado en establecer esta relación en torno al grado de control de glucemia. De este modo, Lane (2000) determina en su estudio que altos niveles de Neuroticismo en diabéticos se asocian a bajos niveles de HbA_{1c}, lo que implica un mejor control. La investigación presente, no ha considerado esta variable en el análisis, por lo que puede significar una limitación. Aun así, lo que sí es posible aseverar, es que efectivamente altos puntajes en Neuroticismo del Inventario de personalidad NEOPI-R (Costa y McCrae, 2002) presentan una relación significativa con la presencia de Diabetes.

Por otra parte, en cuanto a los sentimientos de ira, este estudio mostró como variable predictora el Factor 2 “*Resolución Hostil de Conflictos*” del Cuestionario de Apego Adulto (Melero y Cantero, 2008). Si bien, sólo con esta información aislada no es posible configurar un estilo de apego definido, al considerar otros indicadores que han surgido como predictores de Diabetes, se podría proyectar un modo de vinculación propia de las personas diabéticas.

De acuerdo con la teoría (Melero y Cantero, 2008), la Resolución Hostil de Conflictos se relaciona con un tipo de apego inseguro. Particularmente, el estilo de apego *temeroso* presenta altas puntuaciones en este factor y se caracteriza por tener un modelo mental negativo de sí mismos y de los otros. Lo anterior repercute en que las personas con este tipo de vínculo presentan necesidades de intimidad y de aprobación, pero con un fuerte temor a ser abandonados, rechazados y desvalorizados. En este contexto, se relaciona con cierto grado de agresividad, que al encontrarse asociada a una dimensión de ansiedad/evitación puede reflejar un estilo interpersonal hostil-sumiso (Gallo et al. 2003); es decir, es factible que los sentimientos irascibles se vean supeditados a sus necesidades de intimidad y aprobación.

Dentro de esta línea, los descubrimientos muestran como predictores de Diabetes en esta investigación, altos puntajes en Ansiedad Social y Cordialidad, y bajas puntuaciones en Confianza. La faceta Ansiedad Social, describe la sensación de incomodidad frente a los otros, temor al ridículo y la disposición a experimentar sentimientos de inferioridad. Así mismo, la Cordialidad se relaciona con la afectuosidad y la aptitud para entablar vínculos con los demás. En contraparte, bajos puntajes en Confianza indican una tendencia a considerar a los otros como amenazantes y poco honestos, por lo que pueden ser cínicos y suspicaces (Costa y McCrae, 2002).

Estos resultados pueden parecer contradictorios; pese a ello, al intentar comprenderlos a la luz de los estilos de apego, pueden adquirir consistencia. Resulta congruente estimar que existe cierto ajuste entre un estilo de apego *temeroso* y las variables predictoras de Diabetes mencionadas en el párrafo anterior, puesto que la faceta Ansiedad Social refleja la tendencia a sentirse incómodos en las relaciones interpersonales, con sentimientos de inferioridad - que implica una baja valoración del sí mismo - y el temor a ser rechazado. Ahora bien, la faceta Cordialidad, que involucra la tendencia a ser afectuoso y con facilidad en las relaciones con los otros, puede asociarse a la necesidad intimidad y de contacto social. Por último, las bajas puntuaciones en Confianza, son adecuadas con un modelo mental negativo de los otros, pues señala la inclinación a ser desconfiados, posesivos y rencorosos. En este sentido, es posible sostener que la aparición como factor de riesgo de Diabetes de la escala “Resolución Hostil de Conflictos” del Cuestionario de Apego Adulto (Melero y Cantero, 2008) no sólo puede indicar una manifestación activa de la agresividad hacia los otros, sino también contempla la expresión pasiva de ella y sus sentimientos afines. Ello resulta congruente con la necesidad de aprobación que se justifica, probablemente, en el profundo temor al rechazo; a partir de ello se comprende la inclinación a reprimir, inhibir o suprimir la expresión hostil hacia los demás, en favor de una expresión afectuosa y cordial.

Tal como lo propone Koch y Molnar (1974), la dificultad puede plantearse en que al reprimir las emociones negativas, especialmente la ira, se dirige hacia sí mismo, retroalimentando los sentimientos disfóricos y dañados de la imagen personal. Así

mismo, Anarte (2000) sugiere una relación entre la personalidad tipo C y Diabetes, donde lo característico es la tendencia a inhibir la expresión emocional para evitar el contacto con aquellos afectos que pudieran originar conflictos con otras personas – como la ira – para mantener el equilibrio en sus relaciones interpersonales.

Una reflexión que se puede considerar al respecto es que esta disposición a contener permanentemente este tipo de afectos podría originar un desborde emocional. A partir de ello podría explicarse el hallazgo en los participantes diabéticos de la muestra que se relacionan con la expresión menos controlada y más intensa de los afectos, incluyendo la ira.

Eysenk (1994) explica que la evitación de conflictos, la supresión de afectos, como la ira, se relacionan con una mayor predisposición a experimentar desesperanza y emociones negativas. En este sentido, Pennebaker (2007) propone que la inhibición emocional se asocia a una mayor predisposición a desarrollar problemas de salud, debido a que al evitar los afectos se desencadenan cambios somáticos displacenteros.

Específicamente, el problema se suscita al considerar que cualquier afecto dentro del espectro negativo tiene un efecto adverso tanto en los mecanismos del sistema autoinmune (Maes et al., 1998) - por ejemplo, cronificando o retrasando la cura de infecciones -, como en el aumento en los niveles de glucosa en la sangre (Lustman, 2000; Smart Richman, 2005). Así mismo, las investigaciones realizadas por Ciechanowsky y otros. (2004) descubrieron que las personas diabéticas con cualquier tipo de apego inseguro presentan menor adherencia al tratamiento y altos niveles de hemoglobina glucosilada, por lo que cabría esperar que los participantes diabéticos de la muestra, presentaran menores medidas de autocuidado. Esto tiene una repercusión directa sobre la prevención y el tratamiento de la Diabetes. Respecto de la prevención, la disposición de determinados factores de riesgo como el sedentarismo, la obesidad, dieta deficiente, triglicéridos altos, hipertensión arterial, antecedentes genéticos de Diabetes, junto con las características de personalidad expuestas, pueden llevar a establecer políticas y programas de salud que disminuyan la prevalencia de la Diabetes, específicamente la tipo II. Así también, en función del tratamiento, la posibilidad de

identificar e intervenir sobre determinadas vulnerabilidades psíquicas permitiría sortear de mejor modo las complicaciones de esta enfermedad, con una mejor adhesión al tratamiento médico y nutricional.

Si las emociones negativas y las repercusiones que implica su contención dentro de la esfera individual y relacional, juegan un rol fundamental en la Diabetes, se hace evidente la necesidad de participación de psicólogos tanto en el diseño de programas de prevención y tratamiento, como en la intervención directa con pacientes diabéticos. Tal como lo señala Pennebaker (2007), en la medida que se abran espacios facilitadores de expresión afectiva y de reflexión sobre los conflictos emocionales, es probable una mejoría significativa sobre la salud física, una mayor sensación de bienestar y una calidad de vida satisfactoria.

6.2. Conclusiones.

Los resultados arrojados por esta investigación, en función de la primera hipótesis planteada, respaldan la existencia de diferencias significativas en los rasgos de personalidad entre el grupo de diabéticos y el grupo no diabético de la muestra estudiada.

El análisis de los indicadores Rorschach señalan que una de las diferencias establecidas se relaciona con que las personas diabéticas tienen un mayor riesgo de presentar “Experiencias de Malestar Emocional”, que, como se vio en capítulos anteriores, está compuesta por la suma de respuestas de claroscuro (textura, perspectiva y sombreados difusos) y color acromático, que se relacionan con procesos emocionales que escapan al control voluntario causando malestar, dolor y sufrimiento psíquico. Si bien cada uno de los componentes comparte estas características, también responden a un origen y un tipo particular de perturbación. En este sentido, y en base a los resultados, sólo es posible afirmar que los diabéticos presentan vivencias de dolor psíquico asociados a una tendencia a contener y reprimir la expresión emocional, a sentimientos de soledad y abandono, y a sentimientos de culpa o vergüenza originados por una visión negativa de sí mismo. Todos estos aspectos, son de carácter estable y crónico.

Pese a que no es posible determinar el malestar predominante, sí se puede afirmar que la excepción se encuentra en las respuestas de Sombreado Difuso, ya que el análisis de los resultados indica que las personas diabéticas de la muestra presentan menos respuestas de este tipo. Según la literatura (Exner, 2000; Sendín, 2007), esta variable se relaciona con el malestar emocional frente a estímulos externos aumentando la tensión; por tanto, es posible que los diabéticos tiendan a tener un menor registro de las sensaciones de estrés provocadas por factores externos. Lo anterior sigue la línea de otros hallazgos relacionados con el Estrés Situacional, que señalan que el riesgo de encontrar este indicador en sujetos con Diabetes es menor que en personas sanas. Así mismo, el Impacto del Estrés Situacional es menor en los diabéticos que en los no diabéticos. Ello indica que aun cuando exista alguna alteración psicológica, la

repercusión del estrés situacional tiende a ser leve o moderada y sin efectos desorganizantes a nivel cognitivo o conductual en los diabéticos.

Por otra parte, la muestra diabética presenta un mayor riesgo de presentar dificultades en la Modulación de los Afectos, en comparación a los sujetos sanos. Esto abarca desde manifestaciones menos estrictas en la expresión emocional hasta la franca lasitud en la modulación emocional. Se trata, por tanto de un espectro gradual que comprende desde una mayor intensidad afectiva, las que pueden o no representar un desajuste – por ejemplo, en caso de estar asociados a problemas en el control, en las relaciones interpersonales o con algún trastorno emocional -, hasta personalidades inmaduras e impulsivas con dificultades en la adaptación social.

Por último, las personas diabéticas de la muestra estudiada, tienen un mayor riesgo de presentar ciertas dificultades en el procesamiento de la información, que impide cambiar el foco de atención, lo que disminuye la eficacia del procesamiento. En estos casos en particular, es probable que el origen de esta rigidez se deba a un bloqueo emocional (Sendín, 2007).

En cuanto a los rasgos de personalidad evaluados mediante el Inventario de Personalidad NEOPI-R, los resultados señalan que la muestra diabética se caracteriza por presentar puntajes más altos en el factor Neuroticismo y sus facetas Ansiedad, Depresión y Ansiedad Social. El factor Neuroticismo señala la tendencia a experimentar emociones negativas como temor, ira, culpa, vergüenza, tristeza, una mayor vulnerabilidad al estrés y a un menor control de los impulsos, entre otras. Por tanto, se podría decir que las personas diabéticas de la muestra tienden a ser más ansiosas, aprensivas y tensas, así como también, con una tendencia a sentir culpa, tristeza, desesperanza y soledad; además, a nivel de las relaciones interpersonales, es probable que tiendan a sentirse incómodos, a ser más tímidos y en ocasiones con sentimientos de inferioridad.

Otro rasgo propio de los sujetos diabéticos de la muestra es la tendencia a ser más convencionales y conservadores, lo que también influye en una mayor reserva en su

respuesta emocional, lo que podría tomarse como un aspecto defensivo. Particularmente, dentro de este factor, la faceta Acciones señala que los diabéticos tienden a ser menos proclives al cambio y a experimentar situaciones nuevas.

A modo de resumen, las personas diabéticas que han participado en esta investigación se caracterizan por presentar malestar emocional o cierta vulnerabilidad a experimentar emociones negativas, particularmente ira, tristeza, culpa, vergüenza, ansiedad, sentimientos de inferioridad, soledad, temor al rechazo social y con tendencia a ser convencionales y conservadores. Estos hallazgos han sido concordantes tanto en los indicadores Rorschach como en las facetas y factores del Inventario de Personalidad NEOPI-R. No obstante, cabe destacar una aparente contradicción entre los resultados de los instrumentos antes mencionados en lo que se refiere al estrés y la ansiedad.

Dado que el factor Neuroticismo es significativo para la muestra diabética estudiada, se podría afirmar que son más vulnerables a experimentar estrés junto con un menor control de impulsos. Sin embargo, los indicadores Rorschach de Sombreados Difusos, Impacto de Estrés Situacional y Presencia de Estrés Situacional señalan resultados aparentemente opuestos; es decir, que existe un menor registro de situaciones estresantes y una menor sensación de descontrol frente a estas.

Un aspecto a considerar dentro de la explicación para esta discordancia, es que tanto la faceta Vulnerabilidad, asociada con una mayor fragilidad frente al estrés, como la faceta Impulsividad, que alude a la dificultad en el control de impulsos, no aparecieron como significativas dentro del estudio. Por tanto, ambos rasgos pueden ser excluidos de la interpretación del factor Neuroticismo.

Ahora bien, la faceta Ansiedad implica una tendencia a ser preocupado, temeroso, premioso, voluble y tenso; se esperaría, en estas condiciones, que la persona se percibiera con menos recursos para hacer frente a las situaciones que se le presentan, y con ello, la sensación de descontrol. Acto seguido, ¿cómo se entiende que las personas diabéticas sean ansiosas y que registren menos las situaciones externas estresantes junto con una mayor sensación de control? Tal vez la respuesta resida en lo que se entiende

por ansiedad y estrés situacional. En términos simples, el estrés situacional implica una respuesta fisiológica y psicológica frente a un estímulo o situación desencadenante percibida como amenazante, con consecuencias a corto o mediano plazo; la ansiedad, en cambio, se circunscribe a una reacción emocional de miedo, preocupación e inquietud con o sin estímulo determinado que la origine, de este modo se explica que se presente frente a situaciones concretas, o bien, persista como ansiedad difusa flotante (Larsen, 2005), por lo que podría ligarse a un estado más bien crónico. En este contexto, una explicación posible de estos resultados es que efectivamente los sujetos diabéticos presenten ansiedad a nivel crónico, pero que no son capaces de percibir las situaciones estresantes, como estrategia defensiva para evitar el aumento del malestar previo y la vulnerabilidad a la pérdida de control que puede generar el reconocimiento del estrés situacional.

Además, las dificultades en la función de atención, dentro del procesamiento de la información, podrían contribuir en cierta medida a lo planteado en el párrafo anterior, pues, en el caso de la muestra diabética estudiada, estas dificultades más que corresponder a un déficit cognitivo tienen que ver con un modo de rigidez operacional transitoria asociada, probablemente, al bloqueo emocional. De este modo, se podría plantear que tal vez el menor registro del estrés situacional, esté vinculado con una rigidez perceptiva como respuesta defensiva originada por las emociones displacenteras.

Otro aspecto aparentemente discordante dentro la muestra diabética estudiada, se presenta en los resultados que señalan, por un lado, la tendencia a ser conservadores, que implica, entre otros aspectos, una mayor reserva en las expresiones emocionales; y por otra, las dificultades en la modulación de los afectos, que se relaciona con una mayor intensidad en la expresión afectiva, sin que necesariamente ello signifique un problema. Una explicación posible puede encontrarse en que la tendencia primera a controlar, sofocar e inhibir la expresión emocional, genera una sensación de malestar interno que va en continuo aumento. La capacidad de contención puede variar de un sujeto a otro, pero es limitada, por lo que es posible que se produzca una liberación emocional más fuerte y menos regulada, y de ahí que se de este hallazgo como positivo.

Respecto de la segunda hipótesis planteada, que pretende determinar si existe una mayor vulnerabilidad para experimentar emociones negativas en persona diabéticas, los resultados muestran que sólo los indicadores Rorschach Experiencia de Malestar Emocional y Sombreados Difusos se establecen como variables predictoras de Diabetes. Particularmente, la Experiencia de Malestar Emocional se presenta como un factor de riesgo para padecer la enfermedad y la presencia de Sombreados Difusos como un factor protector de ella. En otras palabras, existe un mayor riesgo de desarrollar Diabetes en personas que presenten experiencias de dolor psíquico asociadas a la inhibición de los afectos, a sentimientos de soledad, de culpa o vergüenza (Exner, 2000), pero que no presentan incapacidad para enfrentar situaciones estresantes (Exner, 2000).

En cuanto a la tercera hipótesis, que plantea la existencia de dificultades en las relaciones interpersonales en personas diabéticas, los resultados señalan como predictores de Diabetes altas puntuaciones en las facetas de Ansiedad Social y Cordialidad, del Inventario de Personalidad NEOPI-R, así como también altas puntuaciones en el factor Resolución Hostil de Conflictos del Cuestionario de Apego Adulto. Por otra parte, se establece como factor protector altas puntuaciones en la faceta Confianza. De este modo, las personas que presentan vergüenza, timidez e incomodidad frente a los otros, además de una tendencia a enfadarse, a ser rencorosos, posesivos, desconfiados, y no obstante cordiales, tienen un mayor riesgo de padecer Diabetes.

Para la cuarta hipótesis, que supone una relación significativa entre alteraciones en la autoestima y el ser diabético, los resultados indican como predictor de Diabetes altas puntuaciones en la faceta de Ansiedad Social del Inventario de Personalidad NEOPI-R. Si bien esta faceta no mide propiamente la variable autoestima, se ha considerado en el análisis debido a que refleja una mayor vulnerabilidad a experimentar sentimientos de inferioridad y a ser ridiculizado. En este sentido, existe un mayor riesgo de padecer Diabetes en personas que se sienten menos que los demás y temen ser despreciados por otros.

Por último, para la hipótesis propuesta sobre la existencia de una asociación significativa entre dificultades en la modulación afectiva y la presencia de Diabetes, el análisis estadístico mostró que el indicador Rorschach Magnitud del Estrés se establece como factor protector de Diabetes. Este indicador, en el contexto de la agrupación de Control se relaciona con la presencia de estrés situacional y su impacto en el funcionamiento global del individuo, reduciendo en ocasiones, la eficacia práctica ya que los recursos propios pueden ser insuficientes en estas circunstancias. No obstante, es de mejor pronóstico, pues al resolver el estresor externo, se pueden recuperar los controles habituales. Dicho de otro modo, el impacto de cierto grado de estrés situacional sobre el funcionamiento psicológico de una persona, al punto de verse implicadas sus pautas comunes de funcionamiento afectivo y cognitivo, indica un menor riesgo de ser diabético. De esta manera, un menor impacto del estrés situacional y un mayor control sobre él, indica un mayor riesgo de padecer Diabetes.

Al aunar las variables predictoras surgidas en el análisis efectuado en esta investigación, se pueden estipular ciertos rasgos de personalidad propios de sujetos diabéticos, algunos de los cuales corresponden a los hallados en la muestra estudiada. Existe un mayor riesgo de desarrollar Diabetes en personas que presenten una tendencia a experimentar emociones negativas ligadas a sentimientos de soledad, culpa, vergüenza e ira. Junto a ello, con tendencia a ser resentidos, dominantes, absorbentes y desconfiados, con sentimientos de inferioridad y temor a ser abochornados. En este contexto, no parece extraño que presenten, además, inclinación a suprimir o inhibir este tipo de afectividad.

Además, las personas diabéticas se caracterizarían por una sensación de mayor control o menor impacto del estrés situacional sobre su funcionamiento psíquico; es probable que ello se deba a que existe un menor registro de los eventos estresantes, posiblemente como estrategia defensiva frente ellos, ya que potencian el malestar crónico ya presente en estos pacientes.

Si bien no ha sido parte de los objetivos propuestos en este estudio, es importante señalar que se realizó un análisis de la muestra diabética (ver anexo 8) con

el fin de pesquisar la presencia de diferencias significativas en función del tipo de Diabetes, la nacionalidad y el género de los participantes.

En torno al tipo de Diabetes, los resultados muestran que las personas con Diabetes tipo II presentan mayor riesgo de estrés situacional asociado a pérdidas emocionales recientes, a sentimientos de culpa o remordimientos próximos, comparados con los que padecen Diabetes tipo I. Esta hipótesis debiera ser corroborada con la historia de cada sujeto; sin embargo, no se cuenta con la información suficiente para validar esta idea. Sobre este aspecto, cabe mencionar que al comparar la muestra diabética por nacionalidad, los españoles muestran un riesgo menor de presentar este tipo de estrés situacional que los chilenos.

Otro hallazgo es la evidencia de un menor riesgo de presentar dificultades en el ajuste a lo convencional en diabéticos tipo II que en diabéticos tipo I. Estas dificultades comprenden desde un inusual convencionalismo al punto de borrar la individualidad, hasta patrones de respuestas poco ajustados a la norma y una tendencia más individualista que no toma en cuenta las expectativas sociales.

Por otra parte, los diabéticos tipo II también presentan un riesgo menor de dificultades como falta de comprensión e interés por el otro y expectativas poco realistas en las relaciones interpersonales, que los diabéticos tipo I. Sin embargo, al comparar nacionalidades, los diabéticos españoles tienen riesgo mayor que los diabéticos chilenos de presentar las dificultades antes descritas.

Además, las personas con Diabetes tipo II presentan dificultades para controlar los impulsos y deseos - debido a que son vividos con mayor intensidad -, con poca capacidad para postergar su gratificación, que los sujetos con Diabetes tipo I. Otra de las diferencias evidenciadas muestran que los diabéticos tipo I tienden a evitar la excitación y estimulación, favoreciendo un estilo de vida más monótono. A lo anterior se suma una importante diferencia entre diabéticos en lo que respecta a la autosuficiencia emocional, siendo los tipo II quienes tienden a distanciarse emocionalmente y a sentir incomodidad

frente a la intimidad, motivo por el cual en sus relaciones son menos comprometidos y sobrevaloran su independencia.

En cuanto a las diferencias en la muestra diabética en función de la nacionalidad de los participantes, se observa que los españoles tienen un mayor riesgo de presentar cierto grado de disfunción mediacional que los diabéticos chilenos. Este tipo de perturbación cognitiva puede estar asociada a alteraciones psicológicas o neurológicas y señalan un problema al identificar o traducir los estímulos.

Por otra parte, en los diabéticos españoles existe un riesgo mayor de presentar perturbaciones en la autoestima que en los chilenos. Estas dificultades abarcan desde rasgos narcisistas hasta una menor estimación del valor personal. Ambas tendencias reflejan dificultades en este ámbito, pues pese a que los rasgos narcisistas implican una sobrestimación de la valía personal, a la base existe una autoestima lábil y vulnerable.

Las personas diabéticas de nacionalidad española tienden a ser más aprensivas, temerosas, tensas y volubles que las de nacionalidad chilena. Así mismo, los españoles presentan una menor necesidad de estimulación emocional, son menos sensibles e interesados por el arte y la belleza. En cuanto a los diabéticos chilenos, se observa una tendencia a ser distantes emocionalmente y a presentar dificultades para comprometerse con el otro, lo que puede afectar la esfera de las relaciones interpersonales.

Cabe señalar que, pese a que estadísticamente existe una diferencia significativa en la media de ambas submuestras para la faceta Modestia del Inventario de Personalidad NEOPI-R, las medias de españoles y chilenos se encuentran dentro del rango esperado. Además, se observa que en ambas muestras hay una tendencia a experimentar ira, frustración y rencor por sobre lo esperado, siendo más evidente en los diabéticos chilenos.

Respecto de las diferencias de género dentro de la muestra diabética, se observa que las mujeres tienen un riesgo mayor de experimentar estados de desconcierto emocional, los que pueden verse influidos por el estrés situacional, y de presentar un

funcionamiento psicológico más complejo producto de experiencias emocionales. Esto es consistente con los resultados que indican un mayor riesgo de presentar problemas en la modulación de los afectos, los cuales abarcan desde expresiones emocionales más intensas de lo usual, hasta impulsividad e inmadurez emocional. Además, coincide con la tendencia observada en ellas a reconocer y expresar sus necesidades de cercanía emocional e intimidad.

En cuanto a los hombres diabéticos, se aprecia la tendencia a ser reservados, hoscos, más independientes, menos sociables, centrados en sí mismos, suspicaces, escépticos y mordaces. Presentan una predisposición a ser más formales, reservados y distantes, más convencionales y conservadores – incluyendo las situaciones de proximidad interpersonal, especialmente las que implican contacto físico -, con respuestas emocionales más aplanadas, menos sensibles a las necesidades de los otros, menos apasionados e intensos, con un menor interés y sensibilidad a lo estético. Por último, tienden a ser más racionales en la toma de decisiones, menos ambiciosos y más conformistas.

Cabe destacar que los resultados anteriormente expuestos, son parte de un análisis preliminar que requiere de una mayor profundización; por tanto, deben ser considerados con cierta precaución.

6.2.1 Limitaciones y Propuestas para la Investigación Futura.

Dadas las características de esta investigación, se considera que una de las primeras limitaciones recae sobre el tipo de muestreo utilizado. El muestreo *no probabilístico a propósito* tiene la particularidad de que no se tiene certeza que la muestra extraída sea representativa, pues no se puede asegurar que todos los sujetos de la población tengan la misma probabilidad de ser seleccionados; aun así, la selección de los participantes ha sido en base a criterios que pretenden alcanzar la mayor representatividad posible de la población (León y Montero, 2003).

Al tener en cuenta la dificultad en la representatividad, se hace irrefutable la posibilidad de realizar una generalización de los resultados obtenidos. Para alcanzar este objetivo, sería necesario ampliar el número de participantes, lo que implica un mayor número de recursos económicos y humanos.

Una segunda limitación se relaciona con la fiabilidad en la tabulación del Test de Rorschach. Si bien el procedimiento dentro del Sistema Comprensivo de Exner (2000) cuenta con criterios bastante definidos y normados, el hecho de contar con un solo evaluador, puede representar un sesgo dentro del estudio, aun cuando posea cierto grado de experiencia en el tema. Es de esperar que en futuras investigaciones, se recurra a la *fiabilidad interjueces*, para contrarrestar este inconveniente.

Así mismo, tanto el Cuestionario de Apego Adulto como el Inventario de Personalidad NEOPI-R no cuentan con la tipificación necesaria, por lo que no poseen los baremos propios para la población chilena, lo cual puede significar un sesgo en la interpretación de los resultados.

Al realizar una revisión de los criterios imprescindibles en el análisis entre personalidad y salud (Siegel, 1984) se revelan ciertas limitaciones importantes de señalar, como la dificultad de hallar explicaciones causales debido al tipo de diseño de esta investigación.

Bajo este punto de vista, una limitación importante dentro de este estudio es la dificultad para determinar si los rasgos de personalidad hallados poseen un carácter estable y permanente a través del tiempo; o bien, alguno de ellos es producto o consecuencia de la enfermedad, y en este sentido, el diagnóstico de Diabetes pudiera tener un efecto modificador en la personalidad de los sujetos. Bajo esta perspectiva, para corroborar la predictibilidad de las variables expuestas, sería necesario realizar un estudio longitudinal en sujetos sanos, de edad media, para establecer cuántos de ellos cambian a la condición de diabéticos, qué variables de personalidad se asocian al desarrollo de la esta enfermedad y cuáles son consecuencia de ella.

Por otra parte, respecto de la consistencia de la asociación de personalidad y enfermedad (Diabetes), no es posible asegurarla en su totalidad, puesto que no existen estudios que hayan sido replicados. Aun así, el grado de consistencia se estima suficiente, puesto que la literatura disponible muestra evidencia de este tipo de asociación; no obstante, los métodos de análisis e instrumentos utilizados han sido diferentes, razón por la cual, para lograr mayor solidez, sería necesario replicar este y otros estudios.

En cuanto a la necesidad de considerar indicadores objetivos de enfermedad, cabe comentar que la selección de sujetos diabéticos se realizó en base al diagnóstico médico, lo que elimina el sesgo del autorreporte de síntomas o de factores de personalidad que llevan a informar mayor sintomatología. Sin embargo, se considera una limitación del estudio que no hayan sido consideradas medidas biológicas, como el nivel de hemoglobina glucosilada. La inclusión de un factor como este, sería fundamental para determinar la relación entre variables de personalidad, medidas de autocuidado y de adhesión al tratamiento dentro de los sujetos diabéticos, comparados con sujetos sanos.

En cuanto a los efectos de moderación y mediación, se realizaron los análisis de *interacción y confusión* correspondientes al modelo de regresión logística binaria (ver anexo 9) para las variables consideradas en cada modelo. Esto permitió determinar la interferencia de ciertas variables en la asociación establecida. Pese a ello, es importante señalar que es posible que existan otras variables, no consideradas en este estudio, que pueden mediar o moderar las asociaciones halladas, como estrategias de afrontamiento o estilos de vida. De acuerdo a lo anterior, sería importante considerar este aspecto en investigaciones futuras.

Merece una mención especial la discrepancia entre los resultados de esta investigación y la realizada por Sultan (2008) respecto al estrés situacional, en especial, porque en ambos estudios se ha utilizado el mismo instrumento, aunque los objetivos fueron diferentes. No obstante, sería importante clarificar si esta diferencia es en función de dichos objetivos, de la población estudiada o si es necesario un estudio

pormenorizado en la dimensión del estrés situacional, incorporando otros instrumentos de medición que provean la información necesaria para comparar y contrastar los resultados.

Por otra parte, las variables *tipo de Diabetes, nacionalidad y género* en rigor no han sido consideradas debido a que no formaron parte de los objetivos de la investigación. Aun así, se realizó un análisis preliminar cuyos resultados fueron expuestos en párrafos precedentes; no obstante, estos resultados son de carácter provisorio. Por tanto, se hace necesario un análisis más profundo y detallado de estos datos, considerando que con la codificación de las variables Rorschach realizada para este estudio (ver anexo 5) se pierde información relevante sobre las sutilezas en la interpretación de los indicadores del Sistema Comprensivo de Exner (2000). De este modo, resultaría valiosa la continuidad en esta línea de investigación para obtener resultados más precisos acerca de las diferencias y/o similitudes culturales, de género y tipo de enfermedad.

Por último, una línea de desarrollo futuro podría enfocarse al diseño y evaluación de programas de intervención psicológica, basados en mediciones de personalidad, valorando su impacto en medidas biológicas y de autocuidado.

Pese a las dificultades antes expuestas, resulta interesante la aparición de predictores de Diabetes bastante coherentes con la bibliografía consultada, razón por la cual parece fundamental continuar avanzando en la investigación en este ámbito, con el objeto de precisar si los resultados obtenidos hasta el momento se mantienen o varían y de qué modo. Todo ello en vista de encontrar mejores métodos de intervención y apoyo que permitan tanto la prevención de la enfermedad, como una adecuada adhesión al tratamiento y una mejor calidad de vida en personas que ya padecen la enfermedad y en sus familias. Es de esperar, dentro de un futuro próximo, dar respuesta a ello.

Bibliografía

VII. Referencias Bibliográficas.

7.1 Libros y Publicaciones Académicas.

Alexander, F., (1939). Psychological Aspect of Medicine. *Psychosomatic Medicine*, 1(1), 7-18.

Alexander, F., (1943). Fundamental Concepts of Psychosomatic Research. *Psychosomatic Medicine*, 5(3), 205-210.

Amigo, I., Fernandez, C., & Pérez, M. (2003). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Ediciones Pirámides.

Anarte, M. T. (2000). Evaluación del patrón de conducta tipo C en pacientes crónicos. *Anales de Psicología*, 16(2), 133-141.

Anarte, M. T. (2010). Ansiedad, Depresión y otras Variables en Pacientes con Diabetes Mellitus tipo I. *Ansiedad y Estrés*, (16)1, 13-31.

Ando, M., Ando, S., & Takeuchi, T. (2005). Preliminary Study of Psychological Factors Affecting Clinic Attendance and Glycemic Control of Japanese Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Psychological Reports*, 96(1), 129-132.

Asociación de Diabéticos de Chile (2006). *Estudio Nacional de Prevalencia de Diabetes en Chile*. Obtenido el 15 de septiembre de 2008 de <http://www.adich.org/adich4.php?page=Estudio>

Bermúdez, A., Pérez-García, M., & Sanjuán P. (2003) *Psicología de la Personalidad: Teoría e Investigación. Volumen 1 y 2*. Madrid: UNED.

Bowlby, J. (1982). *Attachment and Loss. Volumen 1. Attachment*. New York: Basic Books.

- Bowlby, J. (1998). *El Apego*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Canerthon, M. R. (2003). Symptoms of depression as a risk factor for incident Diabetes: finding from the National Health and Nutrition Examination Epidemiologic follow-up study. *American Journal of Epidemiology*, 416-423.
- Cano-Vindel, A., & Miguel-Tobal, J., (2001). Emociones y Salud. *Ansiedad y Estrés*, 7, 111- 121.
- Carney, R. R. (1988). Major depressive disorder predicts cardiac events in patients with coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*, 50, 627-633.
- Ciechanowski, P. S., Katon, W. J., Russo, J. E., & Walker, E. A. (2001). The patient-provider relationship: attachment theory and adherence to treatment in Diabetes. *American Journal of Psychiatry*, 158(1), 29-35.
- Ciechanowski, P. S., Hirisch. I. H., & Katon, W. J. (2002). Interpersonal Predictors of HbA_{1C} in patients with type I Diabetes. *Diabetes Care*, 25(4), 731-736.
- Ciechanowski, P. S., Russo, J., Katon, W., Von Korff, M., Ludman, E., Lin, E., Simon, G., & Bush, T. (2004). Influence of patient attachment style on self-care and outcomes in Diabetes. *Psychosomatic Medicine*, 66, 720-728.
- Clark, L. A., Watson, D., & Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 103–116.
- Clouse, R. E., Lustman, P. J., Freeland, K. E., Griffith, L. S., McGill, J. B., & Carney, R. M. (2003). Depression and Coronary Heart Disease in Women With Diabetes. *Psychosomatic Medicine*, 65, 376-383.
- Cohen, B., & Parking, J. (2001). An Overview of the Immune System. *The Lancet*, 357, 1777-1789.

- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, España. *Evaluación del Test NEOPI-R (2011)*. Obtenido el 21 de septiembre de 2008 de: <http://www.cop.es/uploads/PDF/NEO-PI-R.pdf>
- Contrada, J.R., & Guyll, M. (2001). Citado en: Bermúdez, A., Pérez-García, M., & Sanjuán P. (2003) *Psicología de la Personalidad: Teoría e Investigación. Volumen 1 y 2*. Madrid: UNED.
- Cohen, O., Birnbaum, G. E., Meyuchas, R., Levinger, Z., Florian, V., & Mikulinger, M. (2005). Attachment Orientations and Spouse Support in Adult with Type 2 Diabetes. *Psychology, Health & Medicine, 10*(2), 161-165.
- Cordero, A., Pamos, A., & Seisedos, N. (2002). *Inventario de Personalidad NEO reducido*. Madrid: TEA Ediciones.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (2002). *Manual Inventario de Personalidad NEO Revisado*. (2da ed.). Madrid: TEA Ediciones.
- De Groot, M. A. (2001). Association of depression and Diabetes complications: a meta-analysis. *Psychosomatic Medicine, 63*, 619-630.
- Dentino, A. N., Pieper, C. F., Rao, M. K., Currie, M. S., Harris, T., Blazer, D. G., & Cohen, H. J. (1999). Association of interleukin-6 and other biologic variables with depression in older people living in the community. *Journal of the American Geriatrics Society, 47*(1), 6-11.
- Engelgau, M. T. (1997). Comparison of fasting and 2-hour glucose and HbA1C levels for diagnosing Diabetes: diagnostic criteria and performance revisited. *Diabetes Care, 20*, 785-791.

Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. *Apuntes sobre Historia de la Medicina (2011)*. Obtenido el 2 de enero de 2011 de:

<http://escuela.med.puc.cl/publ/HistoriaMedicina/Default.html>

Eysenck, H. J. (1994). Citado en: Anarte, M. T., Lopez, A. E., Ramirez, C., & Esteve, R. (2000) Evaluación del patrón de conducta tipo C en pacientes crónicos. *Anales de Psicología, 16(2)*, 133-141.

Eysenck, H. J. (2000). Citado en: Larsen, R. J., & Buss, D. (2005). *Psicología de la personalidad: dominios del conocimiento sobre la naturaleza humana*. México: McGraw-Hill.

Exner, J. E. (1994). *El Rorschach. Un Sistema Comprehensivo. Volumen 1: Fundamentos Básicos*. España: Ediciones Psimática.

Exner, J. E. (1995a). *Manual de codificación del Rorschach. Para el sistema comprehensivo*. Buenos Aires: Ediciones Prismática.

Exner, J. E. (1995b). *Issues and Methods in Rorschach Research*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc, Publishers.

Exner, J. E. (2000). *Principios de Interpretación del Rorschach*. Madrid: Editorial Prismática

Exner, J. E. (2001). *Manual de Codificación del Rorschach para el Sistema Comprehensivo*. (2da ed.). Madrid: Editorial Prismática.

Fawzy, F. I. (1993). Citado en: Lane, J. D., McCaskill, C. C., Williams, P. G., Parekh, P. I., Feinglos, M. N., & Surwit, R. S. (2000). Personality correlates of glycemc control in type 2 Diabetes. *Diabetes Care, 23*, 1321-1325.

- Finch, C. Z. (1990). Determining Diabetes prevalence: a rational basis for the use of fasting plasma glucose concentrations?. *Diabetes Medicine*, 7, 603-610.
- Futterman, A. D. (1994). Immunological and psychological changes associated with induced positive and negative mood. *Psychosomatic Medicine*, 56, 499-511.
- Garb, H. N., Wood, J. M., Nezworski, M. T., Grove, W. M., & Stejkal, W. J. (2001). Toward a resolution of the Rorschach controversy. *Psychological Assessment*, 13, 433-448.
- Glaser, R. R. (1999). Citado en: Pineda, N., Bermudez, V., Cano, C., Ambard, M., Mengual, E., Medina, M., Leal, E., Martinez, Y., & Cano, R. (2004) Aspectos Psicológicos y Personales en el manejo de la dabetes mellitus. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 23(1), 13-17.
- Glassman, A. H., & Shapiro, P. A. (1998). Depression and Course of Coronary Artery Disease. *American Journal Psychiatry*, 155(1), 4-11.
- Groddeck, G., (1923). El Libro del Ello. En *Obras Escogidas de George Groddeck*. Barcelona: RBA Coleccionables.
- Gross, A. D. (1983). Personality variables and metabolic control in children with Diabetes. *Journal of Genetic Psychology*, 146, 19-26.
- Hinkle, L. E. (1956). Citado en: Koch M. F., & Molinar, G. (1974). Psychiatric aspect of patients with unstable Diabetes mellitus. *Psychosomatic Medicine*, 36(1), 57-68.
- Holmes, T.H., & Rahe, R.H (1967). Citado en: Acosta J. M. (2008). *Gestión del Estrés*. Barcelona: Bresca Editorial.

- Internacional Diabetes Federation. *About Diabetes*. (2011). Obtenido el 23 de noviembre de 2011 de: <http://www.idf.org/about-diabetes>.
- Japan and Pittsburgh Childhood Diabetes research Groups (1985). Coma at onset of young insulin-dependent Diabetes in Japan: the result of a nationwide survey. *Diabetes* 34(12), 1241-1246.
- Kathol R. G., Jaeckle R. S., Lopez J. F., & Meller W. H., (1989). Pathophysiology of HPS axis abnormalities in patients with major depression: an update. *American Journal of Psychiatry*, 149, 311–317.
- Katon, W., Von Korff, M., Ciechanowski, P., Russo, J., Lin, E., & Simon, G. (2004). Behavioral and clinical factors associated with depression among individuals with Diabetes. *Diabetes Care*, 27, 914-920.
- Kiecolt-Glaser, J. K., McGuire, L., Robles, T. F., & Glaser, R. (2002). “Emotion, morbidity and mortality: New perspectives from psychoneuroimmunology”. *Annual Review of Psychology*, 53, 83-107.
- Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (2002). Depression and immune function: Central pathways to morbidity and mortality. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 873-876.
- Kiecolt-Glaser, J. K., (2009). Psychoneuroimmunology. Psychology’s Gateway to the Biomedical Future. *Journal of Association for Psychological Science*, 4(4), 367-369.
- Kinder, L. S., Kamarck, T. W., Baum, A., & Orchard, T. J. (2002). Depressive symptomatology and coronary heart disease in type I Diabetes mellitus: a study of possible mechanisms. *Health Psychology*, 21, 542–52.

- Koch, M. F., & Molnar, G. D., (1974). Psychiatric aspects of patients with unstable Diabetes Mellitus. *Psychosomatic Medicine*, 36(1), 57-68.
- Kuzuya, T. M. (1997). Classification of Diabetes on the basis of etiologies versus degree of insulin deficiency. *Diabetes Care*, 20, 219-220.
- Lane, J. D. (2000). Personality correlates of glycemic control in type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 23, 1321-1325.
- Larsen, R. J. (1992). Neuroticism and selective encoding and recall of symptoms: Evidence from a combined concurrent-retrospective study. *Journal of Personality and social psychology* 62(3), 480-488.
- Larsen, R. J., & Buss, D. (2005). *Psicología de la personalidad: dominios del conocimiento sobre la naturaleza humana*. México: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. (1991). Citado en: Pervin, L. A., (1998). *La Ciencia de la Personalidad*. Madrid: McGraw-Hill.
- León, O. G., & Montero, I. (2003). *Métodos de Investigación en Psicología y Educación*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España.
- Lin, E., Heckbert, S., Rutter, C., Katon, W., Ciechanowski, P., Ludman, E., Oliver, M., Young, B., & McCulloch, D., (2009). Depression and Increased Mortality in Diabetes: Unexpected Causes of Death. *Annals of Family Medicine*, 7(5), 414-421.
- Lin, E., Rutter, C., Katon, W., Heckbert, S., Ciechanowski, P., & Oliver, M. (2010). Depression and Advanced Complications of Diabetes. *Diabetes Care*, 33(2), 264-269.
- Lustman, P. (1983). Stress and diabetic control. *Lancet*, 1, 588.

- Lustman, P., Beadley, L., Frank, M. A., Janet, B., & McGill, M. (1991). Relationship of personality Characteristics to glucose regulation in adults with Diabetes. *Psychosomatic Medicine*, 53, 305-312.
- Lustman, P. J., Clouse, R. E., Freeland, K. E., Griffith, L. S., McGill, J. B., & Carney, R. M.(1997). Screening for depression in Diabetes using the Beck Depression Inventory. *Psychosomatic Medicine*, 59, 24-31.
- Lustman, P. (2000). Depression and poor glycemic control. A meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care*, 2(7), 934-942.
- Lustman, P. J., Anderson, R., Freedland, K., De Groot, M., Carney, R., & Clouse, R. (2000). Depression and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care*, 23, 934 –942.
- Lustman, P., & Clouse, R. E. (2007). Depression in Diabetes: The chicken or the egg?. *Psychosomatic Medicine*, 69, 297-299.
- Lutgendorf, S., Vitaliano, P., Tripp-Reimer, T., Harvey, J., & Lubaroff, D. (1999). Sense of coherence moderates the relationship between life stress and natural killer cell activity in healthy older adults. *Psychology and Aging*, 14(4), 552–563.
- Maes, M., Song, C., & Lin, A. (1998). The effects of psychological stress on humans: increased production of pro-inflammatory cytokines and Th1- like response in stress-induced anxiety. *Cytokine*, 10(4), 313-318.
- Manual Merck de Diagnóstico y Tratamiento (Ed.) (1999). Madrid: Harcourt, S. A.

- Maunder, R. G., & Hunter, J. J. (2001). Attachment and psychosomatic medicine: Developmental contributions to stress and disease. *Psychosomatic Medicine*, 63, 556-567.
- McWilliams, L.A., & Bailey, S.J. (2010). Associations between Adult Attachment Ratings and Health Conditions: Evidence from The National Comorbidity Survey Replicaton. *Health Psychology*, 29(4), 446-4453.
- Melero, R., & Cantero, M. J. (2008). Los estilos afectivos en la población española: un cuestionario de evaluación del apego adulto. *Clínica y Salud*, 19(1), 83-97.
- Merck Manual (2011, Octubre 25) Endocrine and Metabolic Disorders. In Merck Manual for Health Care Professionals (cap. 7). Obtenido de: http://www.merckmanuals.com/professional/endocrine_and_metabolic_disorders.html
- Meyer, G. J. (2002). Exploring possible ethnic differences and bias in the Rorschach Comprehensive System. *Journal of Personality Assessment*, 78(1), 104-130.
- Mezuk, B., Eaton W. W., Albrecht, S., & Hill-Golden, S. (2008). Depression and Type 2 Diabetes over the Lifespan: A meta-analysis. *Diabetes Care*, 31(12), 2383-2390.
- McCance, D. H. (1994). Comparison of test for glycated haemoglobin and fasting and two hour plasma glucose concentrations as diagnostic methods for Diabetes. *BMJ*, 308, 1323-1328.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2005). *Informe La Salud de la Población Española en el Contexto Europeo y del Sistema Nacional de Salud Indicadores de Salud*. Obtenido el 14 de enero de 2008 de <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/tablaIndicadores5.pdf>

- Ministerio de Salud de Chile, Departamento de Estadística e Información de Salud. (2005). *Informe Estadísticas Vitales*. Obtenido el 26 de noviembre de 2008 de <http://www.minsal.cl/>
- Ministerio de Salud, Política Social e Igualdad, España. *Encuesta Nacional de Salud 2006*. Obtenida el 20 de noviembre de 2008 de: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>
- Ministerio de Salud, Política Social e Igualdad, España. *Indicadores de salud 2009*. Obtenido el 26 de noviembre de 2010: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Indicadores2009.pdf>
- Oken, D. (2007). Evolution of Psychosomatic Diagnosis in DSM. *Psychosomatic Medicine*, 69(9), 830-831.
- Pennebaker, J. (2007). *Emotion, disclosure and health*. Washington: APA Editions.
- Penninx, B. W. J. H., Guralnik, J. M., & Pahor, M. (1998). Chronically depressed mood and cancer risk in older persons. *Journal of the National Cancer Institute*, 90, 1888-93.
- Pervin, L. A. (1997). *La ciencia de la personalidad*. Madrid: McGraw-Hill.
- Pineda, N. B. (2004). Aspectos psicológicos y personales en el manejo de la Diabetes mellitus. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*.
- Piqueras, J., Ramos, A., Martínez, A., & Oblitas, L. (2009). Emociones Negativas y su Impacto en la Salud Mental y Física. *Suma Psicológica*, 16(2), 85-112.

- Popkin, M. K. (1988). Citado en: Lustman, P., Beadley, L., Frank, M. A., & McGill, J. B. (1991) Relationship of personality Characteristics to glucose regulation in adults with Diabetes. *Psychosomatic Medicine*, 53, 305-312.
- Porcelli, P. (2004). *Psychosomatic Medicine and the Rorschach Test*. Madrid: Ediciones Psimática.
- Remor, E., (2006). Psicósomática Psicoanalítica: Una visión holística del sujeto. *Revista Recre@rte*, 6. Obtenida el 7 de julio de 2010: <http://www.iacat.com/Revista/recreate06.htm>
- Ryden, O. N. (1990). Citado en: Skinner, C., Hampson, S., & Fife-Schaw, C. (2002). Personality, personal model beliefs and self-care in adolescents and young adults with tipe I Diabetes. *Health psychology* 21(1), 61-70.
- Scioli, A. C. (1997). A prospective study of hope, optimism and health. *Psychological Reports*, 81, 723-733.
- Schmidh, M. I. (1999). Markers of inflammation and prediction of Diabetes mellitus in adults (Atherosclerosis Risk in Communities study): a cohort study. *Lancet*, 353, 1649-1652.
- Selye, H. (1976). Citado en: Larsen, R. J., & Buss, D. (2005). *Psicología de la personalidad: dominios del conocimiento sobre la naturaleza humana*. México: McGraw-Hill.
- Sendín, M. C. (2007). *Manual de Interpretación del Rorschach para el Sistema Comprensivo*. (3ra ed.). Madrid: Editorial Psimática.
- Servicio de la Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU (2011). *Medline Plus*. Obtenido el 8 de diciembre de 2011 de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus>

- Siegel, J.M. (1984). Citado en: Bermúdez, A., Pérez-García, M., & Sanjuán P. (2003) *Psicología de la Personalidad: Teoría e Investigación. Volumen 1 y 2*. Madrid: UNED.
- Sivak, R., & Wiater, A. (1997). *Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Skinner, T. H.-S. (2002). Personality, Personal Model Belief and self-Care in Adolescents and young Adult with Type I Diabetes. *Health Psychology, 21*, 61-70.
- Smart Richman, L. L. (2005). Positive emotion and health: going beyond the negative. *Health Psychology, 24(4)*, 422-429.
- Smith, T., & Gallo, L. (2001). Citado en: Bermúdez, A., Pérez-García, M., & Sanjuán P. (2003) *Psicología de la Personalidad: Teoría e Investigación. Volumen 1 y 2*. Madrid: UNED.
- Spagnuolo, A.M., (2004). Medicina Psicosomática. *Revista de Psiquiatría Dinámica y Psicología Clínica*, 6. Obtenida el 5 de julio de 2010:
<http://www.aap.org.ar/publicaciones/dinamica/index-dinamica.htm>
- Suarez, E. (2006). Sex difference in the relation of depressive symptoms, hostility and anger expression to indices of glucose metabolism in nondiabetic adults. *Health Psychology, 25(4)*, 484-492.
- Sultan, S., Jebrane, A., & Heurtier-Hartemann, A. (2002). Rorschach variables related to blood glucose control in insulin-dependent patients. *Journal of Personality Assessment, 79(1)*, 121-142.
- Surwit, R. S. (1992). Stress and Diabetes mellitus. *Diabetes Care, 15(10)*, 1413-1422.

- The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus (2000). Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, 30(1), S4-S19.
- Tozzi, V. P. (1985). Psicossomática del cancro della mammella. *Medicina Psicosomatica*, 30, 217-223.
- Treuting, T. F. (1962). Citado en: Koch M. F., & Molinar, G. (1974). Psychiatric aspect of patients with unstable Diabetes mellitus. *Psychosomatic Medicine*, 36(1), 57-68.
- Viglione, D. J., & Hilsenroth, M. J. (2001). The Rorschach: Facts, fictions, and future. *Psychological Assessment*, 13, 452-471.
- Vives, M. (2006). *Test Proyectivos: aplicación al diagnóstico y tratamiento clínicos*. Barcelona: Ediciones Universitat.
- Weiner, I., Spielberg, C. D., & Abeles, N. (2002). Scientific psychology and the Rorschach Inkblot Meted. *Clinical Psychologist*, 55, 7-12.
- Wiebe, D. J. (1994). Behavioral self-regulation in adolescents with type I Diabetes: negative affectivity and blood glucose symptom perception. *Journal Consult Clinical Psychology*, 62 (6), 1204-1212.
- Wild, S. R. (2004). Global Prevalence of Diabetes. Estimates for the year 200 and projections for 2030. *Diabetes Care*, 27(5) , 1047-1053.
- Wild, S.R (2004). WHO Global Burden of Disease Estimated Death Number and Mortality Rate, WHO All Member States.
- WHO (1999). *Definition, Diagnosis and Clasification of Diabetes Mellitus and its Complications*. Geneva: WHO: Report of a Wordl Consultation.

WHO (2003). *Screening for Type 2 Diabetes*. Geneva: World Health Organization: Report of a World Health Organization and International Diabetes Federation Meeting.

World Health Organization (2011). *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2011*. Ediciones OMS. Obtenido el 1 de junio de 2011 de:
http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS2011_Full.pdf

World Health Organization (2011). Diabetes. Nota Descriptiva N°312. Septiembre 2011. Obtenido el 25 de septiembre de 2011 de:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>

Zimmet, P. T. (1994). Latent autoimmune Diabetes mellitus in adults (LADA): the role of antibodies to glutamic acid decarboxylase in diagnosis and prediction of insulin dependency. *Diabetic Medicine*, 11, 299-303.

Anexos

Anexo 1: “Cuestionario Sociodemográfico”

Nombre: _____

Edad: _____

Profesión: _____

A continuación aparecen varios ítems que Usted debe marcar con una X de acuerdo a lo que más se ajuste a su realidad. Recuerde esta información se mantiene en absoluta confidencialidad.

1. Sexo

Hombre

Mujer

2. Estado Civil

Soltero/a

Casado/a

Divorciado/Separado

Viudo/a

Con pareja de hecho

3. Estudios

Primarios

Educación Secundaria Obligatoria

Formación Profesional Grado Medio

Formación Profesional Grado Superior/ Bachillerato Completo

Universitarios Diplomatura

Universitarios Licenciatura

Otros (Especifique cual: _____)

4. Personas con quien convive

- Cónyuge/Pareja
- Cónyuge e hijos
- Padre/Madre/ Otros familiares
- Amigos/as
- Solo/a

5. Tipo de Diabetes que padece

- Tipo I
- Tipo II
- No lo sé

6. ¿Es usted insulino dependiente?

- Sí
- No

7. Tiempo de inicio de la enfermedad

- Menos de 1 año
- Entre 1 y 5 años
- Entre 6 y 10 años
- Entre 11 y 15 años
- Entre 16 y 20 años
- Más de 20 años

8. ¿Padece alguna otra enfermedad física, además de la Diabetes? Indique todas aquellas que se aplican a su caso. (1= Leve; 2= Medio; 3= Grave)

	Enfermedad	Grado
<input type="checkbox"/>	Enfermedad coronaria y/o circulatoria	
<input type="checkbox"/>	Retinopatía	
<input type="checkbox"/>	Disfunción renal	
<input type="checkbox"/>	Enfermedad vascular periférica (aquellas que afectan las extremidades inferiores y pies)	
<input type="checkbox"/>	Otra (Especifique cual _____)	

9. ¿Ha padecido o padece de algún problema psicológico relevante?

- Sí
- No
- No lo sé (En caso de desconocer el diagnóstico)

En caso afirmativo, especifique cual _____

10. ¿Tiene algún familiar directo que haya padecido Diabetes? Indique cuantos correspondan a su realidad.

- Padre
- Madre
- Abuelo Paterno
- Abuela Paterna
- Abuelo Materno
- Abuela Materna
- Hermanos
- Ninguno
- No sé

11. ¿Algún familiar directo ha padecido algún problema psicológico relevante?

- Sí
 No
 No sé

En caso afirmativo, especifique qué y quien _____

12. ¿Qué áreas y en qué grado considera Usted que ha afectado la Diabetes en su vida?

(Por favor, rodee con un círculo el **número** de respuesta que mejor refleje su realidad)

Familiar

1	2	3	4	5
Nada	Levemente	Medianamente	Bastante	Demasiado

Social (amigos/as)

1	2	3	4	5
Nada	Levemente	Medianamente	Bastante	Demasiado

Laboral

1	2	3	4	5
Nada	Levemente	Medianamente	Bastante	Demasiado

Sexual

1	2	3	4	5
Nada	Levemente	Medianamente	Bastante	Demasiado

Autoestima

1	2	3	4	5
Nada	Levemente	Medianamente	Bastante	Demasiado

Mi estado de ánimo es bajo

1	2	3	4	5
Nunca	Rara vez	A veces	Frecuentemente	Siempre

Me siento irritable

1	2	3	4	5
Nunca	Rara vez	A veces	Frecuentemente	Siempre

Me siento inquieto y ansioso

1	2	3	4	5
Nunca	Rara vez	A veces	Frecuentemente	Siempre

Otra (Indique cual _____)

1	2	3	4	5
Nada	Levemente	Medianamente	Bastante	Demasiado

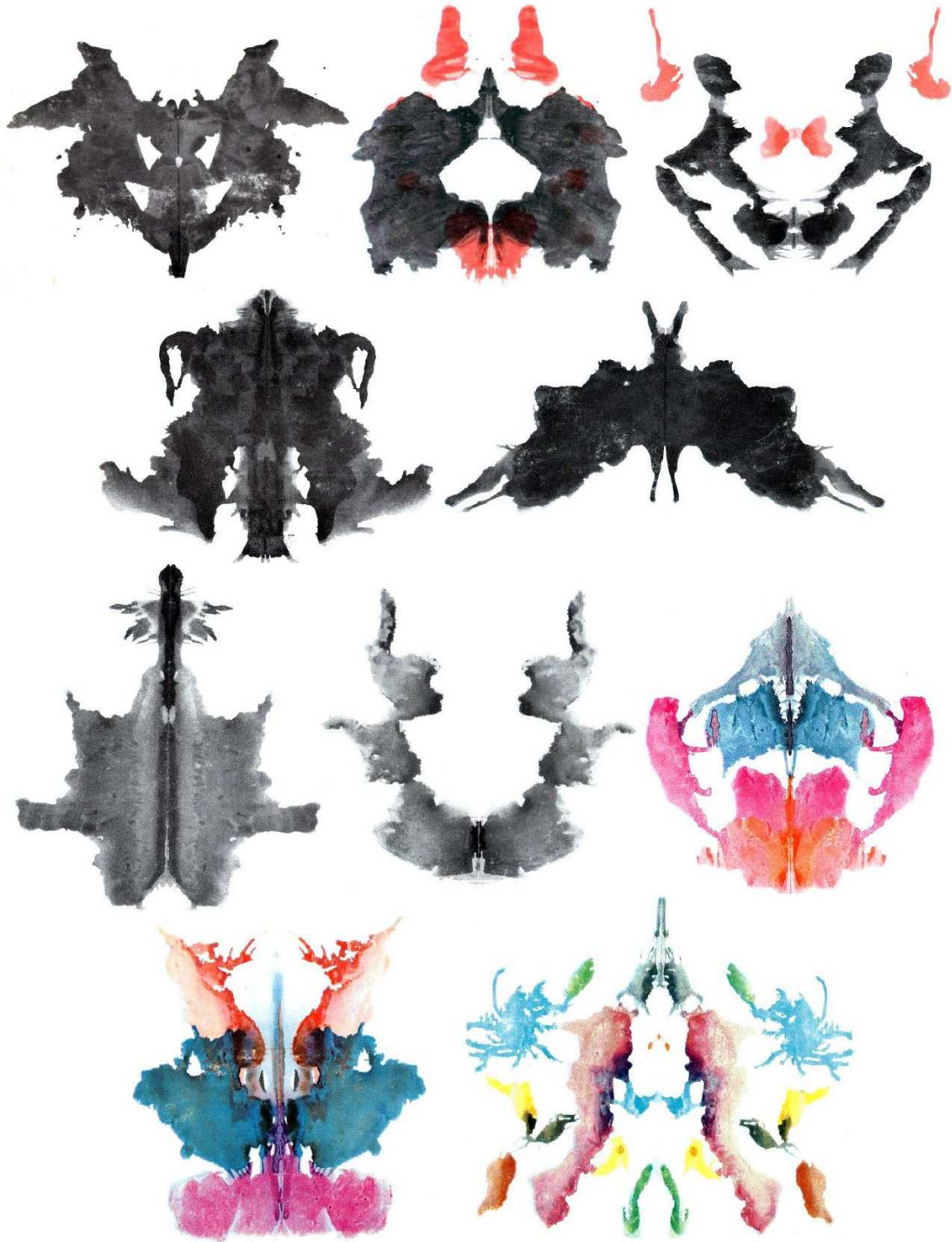
Explique brevemente las casillas marcadas anteriormente:

13. ¿Cada cuanto tiempo controla su glucemia?

- Diariamente
- Más de una vez a la semana, pero no todos los días.
- Una vez a la semana
- Una vez al mes
- Cada dos meses
- Una vez cada tres meses
- Una vez cada seis meses
- Una vez al año

Gracias por su colaboración.

Anexo 2: “Láminas del Test de Rorschach”



Anexo 3: “Cuestionario de Apego Adulto”
(Melero, R. y Cantero, M.J., 2008)

CÓMO CUMPLIMENTAR EL CUESTIONARIO

- A continuación encontrará una serie de afirmaciones, rodee el número que corresponda al grado en que cada una de ellas describe sus sentimientos o la forma de comportarse en sus relaciones.
- Puede que no encuentre la respuesta que defina exactamente lo que siente, en ese caso marque la respuesta que más se aproxime a sus sentimientos. ***LA REACCIÓN INICIAL A CADA UNO DE ESTOS ENUNCIADOS SUELE SER LA RESPUESTA.***
- Para responder a las afirmaciones, utilice la siguiente escala de respuesta

COMPLETAMENTE EN DESACUERDO	BASTANTE EN DESACUERDO	ALGO EN DESACUERDO	ALGO DE ACUERDO	BASTANTE DE ACUERDO	COMPLETAMENTE DE ACUERDO
1	2	3	4	5	6

A CONTINUACIÓN LE ENUMERAMOS UNA SERIE DE SITUACIONES, SEÑALE EN QUE GRADO DESCRIBEN SUS SENTIMIENTOS O FORMA DE COMPORTARSE EN LAS RELACIONES

	COMPLETAMENTE EN DESACUERDO	BASTANTE EN DESACUERDO	ALGO EN DESACUERDO	ALGO DE ACUERDO	BASTANTE DE ACUERDO	COMPLETAMENTE DE ACUERDO
1. Tengo facilidad para expresar mis sentimientos y emociones	1	2	3	4	5	6
2. No admito discusiones si creo que tengo razón	1	2	3	4	5	6
3. Con frecuencia, a pesar de estar con gente importante para mí me siento sólo/a y falto de cariño	1	2	3	4	5	6
4. Soy partidario/a del “ojo por ojo y diente por diente”	1	2	3	4	5	6
5. Necesito compartir mis sentimientos	1	2	3	4	5	6
6. Nunca llego a comprometerme seriamente en mis relaciones	1	2	3	4	5	6
7. Si alguien de mi familia o un amigo/a me lleva la contraria, me enfado con facilidad	1	2	3	4	5	6
8. No suelo estar a la altura de los demás	1	2	3	4	5	6
9. Creo que los demás no me agradecen lo suficiente todo lo que hago por ellos	1	2	3	4	5	6
10. Me gusta tener pareja, pero temo ser rechazado/a por ella	1	2	3	4	5	6
11. Tengo problemas para hacer preguntas personales	1	2	3	4	5	6
12. Cuando tengo un problema con otra persona, no puedo dejar de pensar en ello	1	2	3	4	5	6
13. Soy muy posesivo/a en todas mis relaciones	1	2	3	4	5	6
14. Tengo sentimientos de inferioridad	1	2	3	4	5	6
15. Valoro mi independencia por encima de todo	1	2	3	4	5	6
16. Me siento cómodo/a en las fiestas o reuniones sociales	1	2	3	4	5	6
17. Me gusta que los demás me vean como una persona indispensable	1	2	3	4	5	6
18. Soy muy sensible a las críticas de los demás	1	2	3	4	5	6
19. Cuando alguien se muestra dependiente de mí, necesito distanciarme	1	2	3	4	5	6
20. Cuando existe una diferencia de opiniones, insisto mucho para que se acepte mi punto de vista	1	2	3	4	5	6

	COMPLETAMENTE EN DESACUERDO	BASTANTE EN DESACUERDO	ALGO EN DESACUERDO	ALGO DE ACUERDO	BASTANTE DE ACUERDO	COMPLETAMENTE DE ACUERDO
21. Tengo confianza en mí mismo	1	2	3	4	5	6
22. No mantendría relaciones de pareja estables para no perder mi autonomía	1	2	3	4	5	6
23. Me resulta difícil tomar una decisión a menos que sepa lo que piensan los demás	1	2	3	4	5	6
24. Soy rencoroso	1	2	3	4	5	6
25. Prefiero relaciones estables a parejas esporádicas	1	2	3	4	5	6
26. Me preocupa mucho lo que la gente piensa de mí	1	2	3	4	5	6
27. Cuando tengo un problema con otra persona, intento hablar con ella para resolverlo	1	2	3	4	5	6
28. Me gusta tener pareja, pero al mismo tiempo me agobia	1	2	3	4	5	6
29. Cuando me enfado con otra persona, intento conseguir que sea ella la que venga a disculparse	1	2	3	4	5	6
30. Me gustaría cambiar muchas cosas de mí mismo	1	2	3	4	5	6
31. Si tuviera pareja y me comentara que alguien del sexo contrario le parece atractivo, me molestaría mucho	1	2	3	4	5	6
32. Cuando tengo un problema, se lo cuento a una persona con la que tengo confianza	1	2	3	4	5	6
33. Cuando abrazo o beso a alguien que me importa, estoy tenso/a y parte de mí se siente incómodo/a	1	2	3	4	5	6
34. Siento que necesito más cuidados que la mayoría de las personas	1	2	3	4	5	6
35. Soy una persona que prefiere la soledad a las relaciones sociales	1	2	3	4	5	6
36. Las amenazas son una forma eficaz de solucionar ciertos problemas	1	2	3	4	5	6
37. Me cuesta romper una relación por temor a no saber afrontarlo	1	2	3	4	5	6
38. Los demás opinan que soy una persona abierta y fácil de conocer	1	2	3	4	5	6
39. Necesito comprobar que realmente soy importante para la gente	1	2	3	4	5	6
40. Noto que la gente suele confiar en mí y que valoran mis opiniones	1	2	3	4	5	6

Anexo 4: “Instrucciones Generales”

En primer lugar, gracias por su interés y colaboración en esta investigación. A grandes rasgos, esta investigación se sitúa en el marco de Personalidad y Diabetes Mellitus. Para ello se administrarán tres pruebas psicológicas: NEOPI-R, Cuestionario de Apego Adulto y Test de Rorschach. Junto a la hoja de instrucciones encontrará:

- Protocolo de Consentimiento Informado
- Cuestionario Sociodemográfico
- Cuestionario de Apego Adulto
- Cuadernillo del Inventario de Personalidad NEOPI-R
- Hoja de respuesta del Inventario de Personalidad NEOPI-R.
-

En cuanto al Test de Rorschach, se realizará el día en que concierten usted y el psicólogo. A continuación se le indicará en términos generales los pasos a seguir para completar los cuestionarios que se adjuntan a la presente nota.

- **Antes de comenzar, asegúrese que estará tranquilo/a, libre de distracciones e interrupciones las que pudieran afectar el adecuado registro de sus respuestas. Trate de ser sincero/a al responder. Recuerde que sus datos se mantendrán en absoluta confidencialidad.**
- Lea atentamente el documento de Consentimiento Informado. Si está de acuerdo con lo expresado en él, por favor, complételo y fírmelo.
- Puede comenzar a responder el cuestionario que desee. Es importante que cuente con el tiempo suficiente completar el cuestionario iniciado (Cuestionario Sociodemográfico: 20 minutos; Cuestionario de Apego Adulto: 20 minutos; NEOPI-R: 40-60 minutos).
- Es necesario que en cada cuestionario se complete la información requerida. Esto quiere decir que antes de responder ponga sus datos de identificación: nombre, edad, sexo, etc. **No deje preguntas sin responder y recuerde que sus datos y la información que entregue son CONFIDENCIALES.**
- En el caso del Inventario de Personalidad NEOPI-R, debe prestar especial atención en que sus respuestas en la hoja de respuesta, correspondan al número de la pregunta contestada.
- Si lo desea, puede acceder a los resultados de los test. Para ello puede contactarse con la psicóloga encargada de esta investigación, Paula Cornejo Leighton al número 62094113 (chilenos) ó 695730695 (españoles), o al correo electrónico: paula.cornejo@uai.cl
- Ante cualquier duda, inquietud u otro, por favor utilice los medios anteriormente señalados.

Una vez más, Gracias por su colaboración.
Paula Cornejo Leighton
Psicóloga

Anexo 5: “Codificación de Variables Rorschach para SPSS”

a. Control y Tolerancia al Estrés.

a.1. Puntuación D Ajustada (Adj D) e Índice de Inhabilidad Social (CDI)

Subcategoría	Valor	Recodificación
Adj D = 0 y CDI < 4	1	0
Adj D = 0 y CDI = 4 ó 5	2	0
Adj D > 0	3	1
Adj D = -1	4	1
Adj D < -1	5	1

a.2. Experiencia Accesible (EA)

Subcategoría	Valor	Recodificación
EA = 7 – 11 y Adj D = 0	1	0
EA > 11 y Adj D > 0	2	0
EA > 11 y Adj D = 0	3	0
EA = 7 – 11 y Adj D > 0	4	0
EA = 7 – 11 ó > 11 y Adj D < 0	5	0
EA < 7	6	1

a.3. Estilo Vivencial (EB) y Lambda (L)

Subcategoría	Valor	Recodificación
Ambos lados de EB > 0 y EA > 3.5 (si L < 1) o EA > 6.0 (si L > 0.99)	1	0
Ambos lados de EB > 0 y EA < 4.0 y L < 1	2	0
Ambos lados de EB > 0 y EA > 3.5 y < 6.5, con L > 0.99	3	0
EA < 4 y L > 0.99	4	0
Si el valor de EB en M = 0 y la SumPondC > 3.5	5	1
Si el valor de SumPondC = 0 y el valor de M > 3	6	1

a.4. Estimulación Sufrida Ajustada (Adj es)

Subcategoría	Valor	Recodificación
Adj es = rango medio (5-9) y EA es fiable	1	0
Adj es > 9 y EA es fiable	2	0
Adj es < 5	3	1

b. Estrés Situacional

b.1. Puntuación D, Experiencia Accesible (EA), Experiencia Sufrida (es) y Experiencia Sufrida Ajustada (Adj es).

Subcategoría	Valor	Recodificación
$D = \acute{o} > \text{Adj D}$	0	0
$D < \text{Adj D}$ y $(es - \text{Adj es}) = \acute{o} > 2$	1	1
$D < \text{Adj D}$ y $es - \text{Adj es} = 1$	2	1

b.2. Diferencia entre Puntuación D Ajustada y Puntuación D (Adj D - D)

Subcategoría	Valor	Recodificación
Adj D - D = 0	0	0
Adj D - D = 1 punto de diferencia	1	0
Adj D - D > 1 punto de diferencia	2	1

b.3 Movimiento Inanimado (m) y Sumatoria de Sombreado Difuso (SumY)

Subcategoría	Valor	Recodificación
$m < \acute{o} = 3 * \text{SumY}$	1	0
$m > 3 * \text{SumY}$	2	1
$\text{SumY} > 3 * m$	3	1

b.4. Puntuación D (D), Puntuación D Ajustada (Adj D), Sumatoria de Respuestas de Textura, (SumT) y Sumatoria de Respuestas de Perspectiva (SumV).

Subcategoría	Valor	Recodificación
No Aplica	0	0
SumT = 0 ó 1 ó SumV > 0 y (3r+(2)/R) = ó < 0.32	1	0
SumT > 1 ó SumV > 0 y (3r+(2)/R) = ó > 0.33	2	1

b.5. Puntuación D (D)

Subcategoría	Valor	Recodificación
D ≥ 0	1	0
D = -1	2	1
D < -1	3	1

b.6. Respuestas Complejas creadas por Movimiento Inanimado (m) o de Sombreado Difuso (Y) (CompljY-m)

Subcategoría	Valor	Recodificación
Complj m ó Y > 0 pero es < 20% del total de respuestas complejas	1	0
Complj m ó Y = 20% - 30% del total de respuestas complejas	2	1
Complj m ó Y > 30% del total de respuestas complejas	3	1
Complj m ó Y = 0	4	0

b.7. Respuestas Complejas Color-Sombreado

Subcategoría	Valor	Recodificación
Complj Color-Sombreado creada con determinante Y = 1	1	1
Complj Color-Sombreado creada con determinante Y = 1 y al menos 1 creada con T, V ó C'	2	1
Complj Color-Sombreado creada con determinante Y > 1	3	1
Complj Color-Sombreado creada con determinante Y > 1 y al menos 1 creada con T, V ó C'	4	1
Complj Color-Sombreado = 0 o No aplica	5	0

c. **Afectos.**

c.1. Índice de Depresión (DEPI) e Índice de Inhabilidad Social (CDI).

Subcategoría	Valor	Recodificación
DPI = 5 y CDI < 4	1	1
DEPI = 5 y CDI = 4 ó 5	2	1
DEPI > 5 y CDI < 4	3	1
DEPI > 5 y CDI = 4 ó 5	4	1
DEPI < 5	5	0

c.2. Estilo Vivencial (EB) y Lambda (L)

Subcategoría	Valor	Recodificación
EA < 4	1	0
EA > 3,5 y lado izq de EB = 0	2	1
EA > 3,5 y lado der de EB = 0	3	1
M < SumPondC y L < 1	4	0
M < SumPondC y L > 0,99	5	1
M > SumPondC y L < 1	6	0
M > SumPondC y L > 0,99	7	1
M = SumPondC y L < 1	8	1
M = SumPondC y L > 0,99	9	1

c.3. Estilo Vivencial Pertinaz (EBPer)

Subcategoría	Valor	Recodificación
Sin EBPer	1	0
EBPer < 2,5	2	0
EBPer ≥ 2,5	3	1

c.4. Análisis del lado derecho de la Experiencia de Base (eb)

Subcategoría	Valor	Recodificación Dummy
FM + m > SumC' + SumT + SumY + SumV y SumT < 2, SumC' < 3, SumV = 0, SumY < 3	1	0 = 2 y 3 1 = 1
FM + m > SumC' + SumT + SumY + SumV y SumT > 1 ó SumC' > 2 ó SumV > 0 ó SumY > 2	2	0 = 1 y 3 1 = 2
SumC' + SumT + SumY + SumV > FM + m	3	0 = 1 y 2 1 = 3

c.5. Constricción Afectiva (SumC' : SumPondC)

Subcategoría	Valor	Recodificación
SumPondC ≥ SumC'	1	0
SumC' > SumPondC	2	1

c.6. Proporción Afectiva (Afr)

Subcategoría	Valor	Recodificación
Afr = rango medio	1	0
Afr > rango medio	2	1
Afr < rango medio y > 0,43	3	1
Afr < rango medio y < 0,44	4	1

c.7. Índice de Intelectualización (2AB + [Art + Ay])

Subcategoría	Valor	Recodificación
2AB + (Art+Ay) < 4	1	0
2 AB + (Art+Ay) entre 4 - 6	2	1
2AB + (Art+Ay) > 6	3	1

c.8. Proyección de Color (CP)

Subcategoría	Valor	Recodificación
CP = 0	1	0
CP > 0	2	1

c.9. Proporción FC : CF+C

Subcategoría	Valor	Recodificación
FC > CF+C como mínimo 1 punto y máximo 2(CF+C); C = 0	1	0
FC > 2(CF+C) y < 3(CF+C); C = 0	2	0
FC ≥ 3(CF+C); C = 0	3	0
FC > CF+C como mínimo 1 punto y máximo 2(CF+C); C = 1	4	0
FC > 2(CF+C); C > 0	5	0
FC > CF+C como mínimo 1 punto y como máximo 2(CF+C); C > 1	6	0
CF+C ≥ FC hasta 2 puntos; C = 0-1	7	1
CF+C ≥ FC hasta 2 puntos; C > 1	8	1
CF+C ≥ 3FC; C = 0	9	1
CF+C ≥ 3FC; C ≥ 1	10	1

c.10. Respuestas de Color puro (C)

Subcategoría	Valor	Recodificación
C = 0	1	0
C > 0 con cualidad primitiva	2	1

c.11. Respuestas de Espacio Blanco (S)

Subcategoría	Valor	Recodificación
S = 0 – 2	1	0
S = 3 y todas las respuestas han sido dadas en las dos primeras láminas	2	0
S = 4 o 5 y todas las respuestas aparecen en las tres primeras láminas	3	1
S = 3 y al menos una respuesta aparece después de la lámina II	4	1
S = 0 > 4 y al menos una respuesta se da después de la lámina III	5	1

c.12. Respuestas Complejas (Complj), Estilo Vivencial (EB) y Lambda (L).

Subcategoría	Valor	Recodificación
Complj = rango medio según EB o L	1	0
Complj < rango medio según EB o L	2	1
Complj > rango medio según EB o L	3	1

c.13. Respuestas Complejas relacionadas con el Estrés Situacional (CompljY-m)

Subcategoría	Valor	Recodificación
Complj Y-m = 0-1	1	0
Complj Y-M > 1	2	1

c.14. Complejidad Inusual

Subcategoría	Valor	Recodificación
Complj con 3 determinantes < 25% respuestas complejas o Complj con 4 determinantes = 0	1	0
Complj con 3 determinantes > 25% respuestas complejas o Complj con 4 determinantes > 0	2	1

c.15. Respuestas Complejas de Color-Sombreado (CompljCol-Somb)

Subcategoría	Valor	Recodificación
Complj Col-Somb = 0	1	0
Complj Col-Somb = 1 en extratensivo o ambigual	2	1
Complj Col-Somb = 1 en introversivo o evitativo ó > 1 en extratensivo o ambigual	3	1
Complj Col-Somb creada con $Y \geq 1$	4	1

c.16. Respuestas Complejas de Sombreado (CompljSH)

Subcategoría	Valor	Recodificación
Complj SH = 0	1	0
Complj SH > 0	2	1

d. **Procesamiento de la Información.**

d.1. Frecuencia de la Actividad Organizativa (Zf).

Subcategoría	Valor	Recodificación
Zf = 9 – 13 y L < 1	1	0
Zf > 13 y L < 1	2	1
Zf < 9 y L < 1	3	1
Zf = 6 – 10 y L > 1	4	0
Zf > 10 y L > 1	5	1
Zf < 6 y L > 1	6	1

d.2. Proporción de Área de Localización (W : D : Dd).

Subcategoría	Valor	Recodificación
W : D : Dd = valores esperados (1 : 1,3 a 1,6 : Dd < 4)	1	0
W > valor esperado y Dd ≤ 3	2	1
D > valor esperado y Dd < 4	3	1
Dd > 3	4	1

d.3. Proporción de Aspiraciones (W : M).

Subcategoría	Valor	Recodificación
W : M = rango esperado según EB	0	0
W > M; (cuando exceden en introversivos 1,5 : 1, en ambiguos 2 : 1, en extratensivos 3 : 1)	1	1
W < M; (cuando es igual o menor en extratensivos y ambiguos 1,2 : 1, en introversivos 0,75 : 1)	2	1

d.4. Diferencia de Z (Zd).

Subcategoría	Valor	Recodificación
Zd = +3 - [-3]	1	0
Zd < [-3]	2	1
Zd > +3	3	1

d.5. Perseveraciones (PSV).

Subcategoría	Valor	Recodificación
PSV = 0	1	0
PSV intralámina = 1	2	1
PSV intralámina > 1	3	1

d.6. Calidad Evolutiva (DQ).

Subcategoría	Valor	Recodificación
DQ+ = valor medio y (DQv + DQv/+) ≤ 1 en introversivos o ambiguales; ó (DQv + DQv/+) ≤ 2 en extratensivos	1	0
DQ+ = valor medio y (DQv + DQv/+) > 1 en introversivos o ambiguales; ó (DQv + DQv/+) > 2 en extratensivos	2	1
DQ+ > valor medio y (DQv + DQv/+) ≤ 1 en introversivos o ambiguales; ó (DQv + DQv/+) ≤ 2 en extratensivos	3	0
DQ+ > valor medio y (DQv + DQv/+) > 1 en introversivos o ambiguales; ó (DQv + DQv/+) > 2 en extratensivos	4	1
DQ+ < valor medio y (DQv + DQv/+) ≤ 1 en introversivos o ambiguales; ó (DQv + DQv/+) ≤ 2 en extratensivos	5	1
DQ+ < valor medio y (DQv + DQv/+) > 1 en introversivos o ambiguales; ó (DQv + DQv/+) > 2 en extratensivos	6	1

e. **Mediación.**

e.1. Forma Apropiaada Ampliada (XA%) y Forma Apropiaada en Áreas Comunes (WDA%).

Subcategoría	Valor	Recodificación
XA% = 0,78 – 0,90 y WDA% ≥ XA%	1	0
XA% > 0,90 y WDA% ≥ XA%	2	0
XA% ≥ 0,78 y WDA% < 0,75	3	1
XA% = 0,70 – 0,77 y WDA% ≥ 0,80	4	1
XA% < 0,70 y WDA% ≥ 0,80	5	1
XA% = 0,70 – 0,77 y WDA% = 0,75 – 0,79 ó XA% < 0,70 y WDA% = 0,75 – 0,79	6	1
XA% < 0,70 y WDA% < 0,75	7	1

e.2. Forma Distorsionada (X-%).

Subcategoría	Valor	Recodificación
X-% < 0,15 y FQ- = 1 - 3	1	0
X-% = 0,15 - 0,20	2	1
X-% = 0,21 - 0,25	3	1
X-% > 0,25	4	1
X-% > 0,70	5	1

e.3. Respuestas Populares (P).

Subcategoría	Valor	Recodificación
R = 17 - 28 y P = 5 - 7 ó R < 17 y P = 4 - 6, ó R > 28 y P = 6 - 9	1	0
P > valor esperado según N° de R	2	1
P < valor esperado según N° de R	3	1

e.4. Forma Convencional (X+%) y Forma Única (Xu%).

Subcategoría	Valor	Recodificación
X+% = 0,70 - 0,85 y Xu% = 0,10 - 0,20	1	0
X+% > 0,85	2	1
X+% = 0,55 - 0,69 y Xu% ≥ 0,20	3	1
X+% < 0,55 y X-% > 0,20	4	1
X+% < 0,55, X-% ≤ 0,20 y Xu% ≥ 0,25	5	1

f. **Ideación.**

f.1. Movimientos Activos y Pasivos (a : p).

Subcategoría	Valor	Recodificación
No aplica	0	0
a + p = 4 y a ó p = 0	1	1
a + p > 4 y a > 2p pero a < 3p ó p > 2a pero p < 3a	2	1
a + p > 4 y a > 3p ó p > 3a	3	1

f.2. Índice de Hipervigilancia (HVI), Índice Estilo Obsesivo (OBS), Contenido Mórbido (MOR).

Subcategoría	Valor	Recodificación
No aplica	0	0
OBS positivo	1	1
HVI positivo	2	1
MOR ≥ 3	3	1

f.3. Lado izquierdo de la Experiencia Base (FM+m).

Subcategoría	Valor	Recodificación
FM + m = 3 - 6 y FM > 2	1	0
FM + m = 3 - 6; m > FM	2	1
FM + m = 3 y FM < 2	3	1
FM + m < 3	4	1
FM + m = 7 y FM = 6 - 7 ó	5	1
FM + m > 7 y FM > 5		
FM + m = 7 y FM ≤ 4 ó	6	1
FM + m > 7 y FM ≤ 5		

f.4. Movimiento Humano Activo y Pasivo (Ma : Mp).

Subcategoría	Valor	Recodificación
Ma \geq Mp	1	0
Mp > Ma en 1 punto	2	1
Mp > Ma en 2 o más puntos	3	1

f.5. Suma Bruta (Sum6) y Suma Ponderada (SumPond6) de los Seis Códigos Especiales Críticos.

Subcategoría	Valor	Recodificación
SumPond6 \leq 6 y sólo incluye DV, INCOM ó DR de Nivel 1	1	0
SumPond6 \leq 6 y FABCOM1 = 1 ó ALOG = 1; sin Nivel 2 ni CONTAM	2	1
R \geq 17 y SumPond6 = 7 - 10 ó R \leq 16 y SumPond6 = 7 - 9; sin Nivel 2 ni CONTAM	3	1
R \geq 17 y SumPond6 = 11 - 17 ó R \leq 16 y SumPond6 = 10 - 12	4	1
R \geq 17 y SumPond6 > 18 ó R \leq 16 y SumPond6 > 12	5	1

f.6. Calidad Formal de Respuestas de Movimiento Humano (MQ)

Subcategoría	Valor	Recodificación
MQsin = 0 y MQ- = 0	1	0
MQ- = 1 y MQsin = 0	2	1
MQ- = 0 y MQsin = 1	3	1
MQ- y MQsin \geq 2	4	1

g. **Autopercepción.**

g.1. Índice de Hipervigilancia (HVI) e Índice de Estilo Obsesivo (OBS)

Subcategoría	Valor	Recodificación
Ambos negativos	1	0
OBS positivo	2	1
HVI positivo	3	1
Ambos positivos	4	1

g.2. Respuestas de Reflejos (Fr+rF)

Subcategoría	Valor	Recodificación
Fr + rF = 0	1	0
Fr + rF > 0	2	1

g.3. Índice de Egocentrismo ($[3 Fr+rF] + [2]$)

Subcategoría	Valor	Recodificación
Índice de Egocentrismo entre 0.33 y 0.45 y $Fr+rF = 0$	1	0
Índice de Egocentrismo > valor medio y $Fr+rF = 0$	2	0
Índice de Egocentrismo entre 0.33 y 0.45 y $Fr+rF > 0$	3	1
Índice de Egocentrismo > valor medio y $Fr+rF > 0$	4	1
Índice de Egocentrismo < 0.33 y $Fr+rF = 0$	5	1
Índice de Egocentrismo < 0.33 y $Fr+rF > 0$	6	1

g.4. Respuestas de Forma Dimensión (FD) y Perspectiva (SumV)

Subcategoría	Valor	Recodificación
$V = 0$ y $FD = 1$ ó 2	1	0
$R = \delta > 17$, $FD = 0$ y $V = 0$	2	1
$FD > 2$ ó $V > 0$	3	1

g.5. Sumatoria de Respuestas de Anatomía y Rayos X ($An + Xy$)

Subcategoría	Valor	Recodificación
$(An + Xy) \leq 1$	1	0
$(An + Xy) = 2$	2	1
$(An + Xy) > 2$	3	1

g.6. Sumatoria de Contenidos Mórbidos (Sum MOR)

Subcategoría	Valor	Recodificación
$MOR \leq 1$	1	0
$MOR = 2$	2	1
$MOR > 2$	3	1

g.7. Proporción de Contenidos Humanos. [H : (H)+Hd+(Hd)]

Subcategoría	Valor	Recodificación
SumContH > 3 y autoimagen basada en experiencia	1	0
SumContH > 3 autoimagen basada en imaginación	2	1
No aplica	3	0

g.8. Experiencia Humana (Hx)

Subcategoría	Valor	Recodificación
Hx = 0	1	0
Hx > 0	2	1

h. Percepción y Relaciones Interpersonales.

h.1. Índice de Inhabilidad Social (CDI)

Subcategoría	Valor	Recodificación
CDI < 4	1	0
CDI ≥ 4	2	1

h.2. Índice de Hipervigilancia (HVI)

Subcategoría	Valor	Recodificación
HVI = negativo	1	0
HVI = positivo	2	1

h.3. Proporción de Movimiento Activo y Movimiento Pasivo (a : p).

Subcategoría	Valor	Recodificación
a > p ó p = a + 1	1	0
p > a + 1	2	1

h.4. Respuestas de Comida (Fd)

Subcategoría	Valor	Recodificación
Fd = 0	1	0
Fd > 0	2	1

h.5. Respuestas de Textura (SumT)

Subcategoría	Valor	Recodificación
SumT = 1	1	0
SumT = 0	2	1
SumT > 1	3	1

h.6. Suma de Respuestas de Contenido Humano (SumContH) y de Contenido Humano puro (H)

Subcategoría	Valor	Recodificación
SumContH = valor esperado y H pura > ½ SumContH en introvertidos ó H pura ≥ ½ SumContH con otros estilos	1	0
SumContH = valor esperado y H pura ≤ ½ SumContH en introvertidos ó H pura < ½ SumContH con otros estilos	2	1
SumContH > valor esperado y H pura > ½ SumContH en introvertidos ó H pura ≥ ½ SumContH con otros estilos	3	0
SumContH > valor esperado y H pura ≤ ½ SumContH en introvertidos ó H pura < ½ SumContH con otros estilos	4	1
SumContH < valor esperado	5	1

h.7. Proporción de Representación Humana de Buena Calidad (GHR) y de Mala Calidad (PHR)

Subcategoría	Valor	Recodificación
GHR y PHR < 3	1	0
GHR > PHR	2	0
PHR ≥ GHR	3	1

h.8. Movimiento Cooperativo (COP) y Movimiento Agresivo (AG)

Subcategoría	Valor	Recodificación
COP = 0 y AG = 0 ó 1	1	1
COP = 0 ó 1 y AG = 2 o más / COP = 2 y AG > 2	2	1
COP = 1 ó 2 y AG = 0 ó 1	3	0
COP = 2 ó 3 y AG = 2	4	1
COP ≥ 3 ó más y AG = 0 ó 1 ó COP > 3 y AG = 2 o menos	5	0
COP ≥ 3 ó más y AG > 2	6	1

h.9. Personalizaciones (PER)

Subcategoría	Valor	Recodificación
PER < 2	1	0
PER = 2 ó 3	2	1
PER > 3	3	1

h.10. Índice de Aislamiento (Aisl/R)

Subcategoría	Valor	Recodificación
Aisl/R < 0,26	1	0
Aisl/R = 0,26 – 0,32	2	1
Aisl/R ≥ 0,33	3	1

Anexo 6: “Consentimiento Informado”

Yo, C.I. número, doy mi consentimiento para realizar las pruebas psicológicas que se estimen convenientes y de las que se me ha informado previamente.

El estudio y resultados de dichas pruebas se reserva al estudio técnico y científico, quedando expresamente excluida su publicación en medios de difusión masivos, (como radio, televisión y periódicos), siendo de uso exclusivo para formación técnica de estudiantes de Psicología de cursos superiores y para la comunicación científica, manteniendo la confidencialidad y el anonimato como participante.

Firmo el presente documento

En, a de de 20.....

Firma del Participante

Anexo 7: “Tablas de Contingencia entre Indicadores Rorschach y Presencia/Ausencia de Diabetes”

Tabla 1. Tabla de Contingencia para Presencia de Estrés Situacional (D- EA – es – Adj es) del Test de Rorschach y Presencia/Ausencia de Diabetes.

		Presencia o ausencia de Diabetes		Total
		Sin Diabetes	Con Diabetes	
D = ó > Adj D	Recuento	29	40	69
	% del total	24,2%	33,3%	57,5%
D < AdjD y es - Adj es = ó > de 2 puntos	Recuento	29	16	45
	% del total	24,2%	13,3%	37,5%
D < AdjD y es - Adj es = 1	Recuento	2	4	6
	% del total	1,7%	3,3%	5,0%
Total	Recuento	60	60	120
	% del total	50,0%	50,0%	100,0%

Tabla 2. Tabla de Contingencia para Impacto de Estrés Situacional (Adj D - D) del Test de Rorschach y Presencia/Ausencia de Diabetes.

		Presencia o ausencia de Diabetes		Total
		Sin Diabetes	Con Diabetes	
AdjD - D = 0	Recuento	29	40	69
	% del total	24,2%	33,3%	57,5%
AdjD - D = 1 punto	Recuento	19	18	37
	% del total	15,8%	15,0%	30,8%
AdjD > D + 1	Recuento	12	2	14
	% del total	10,0%	1,7%	11,7%
Total	Recuento	60	60	120
	% del total	50,0%	50,0%	100,0%

Tabla 3. Tabla de Contingencia para Experiencia de Malestar Emocional (Lado derecho de eb) del Test de Rorschach y Presencia/Ausencia de Diabetes.

		Presencia o ausencia de Diabetes		Total
		Sin Diabetes	Con Diabetes	
Lado izq > lado der y SumT= 0-1, SumC'= 0-2, SumV= 0, SumY= 0-2	Recuento	9	2	11
	% del total	7,5%	1,7%	9,2%
Lado izq > lado der pero SumT > 1, o SumC' > 2, o SumV > 0, o SumY > 2	Recuento	15	26	41
	% del total	12,5%	21,7%	34,2%
Lado der > lado izq y lado izq = ó > 3; ó lado der = ó > 4 cuando lado izq < 3	Recuento	36	32	68
	% del total	30,0%	26,7%	56,7%
Total	Recuento	60	60	120
	% del total	50,0%	50,0%	100,0%

Tabla 4. Tabla de Contingencia para Modulación Afectiva (FC : CF+C) del Test de Rorschach y Presencia/Ausencia de Diabetes.

		Presencia o ausencia de Diabetes		Total
		Sin Diabetes	Con Diabetes	
Modulación ,00	Recuento	51	42	93
	% del total	42,5%	35,0%	77,5%
1,00	Recuento	9	18	27
	% del total	7,5%	15,0%	22,5%
Total	Recuento	60	60	120
	% del total	50,0%	50,0%	100,0%

Tabla 5. Tabla de Contingencia para Perseveraciones (PSV) del Test de Rorschach y Presencia/Ausencia de Diabetes.

		Presencia o ausencia de Diabetes		Total
		Sin Diabetes	Con Diabetes	
PSV = 0	Recuento	58	50	108
	% del total	48,3%	41,7%	90,0%
PSV = 1	Recuento	2	9	11
	% del total	1,7%	7,5%	9,2%
PSV > 1	Recuento	0	1	1
	% del total	,0%	,8%	,8%
Total	Recuento	60	60	120
	% del total	50,0%	50,0%	100,0%

Anexo 8: “Análisis de la Muestra Diabética de acuerdo a Tipo de Diabetes, Nacionalidad y Género.”

1. Análisis de la muestra diabética según Tipo de Diabetes Mellitus.

Para analizar la muestra diabética según el tipo de Diabetes Mellitus, se realizaron pruebas de *chi cuadrado* (x^2) para las variables ordinales, y una *prueba t* para muestras independientes, aplicable a las variables escalares.

1.1 Indicadores Rorschach.

Los resultados muestran que existe una asociación significativa entre el tipo de Diabetes y el Impacto de Fenómenos Emocionales Transitorios en Estrés Situacional ($x^2 = 7,392$, $gl = 1$; y $sig = 0,007$).

Tabla 6. Tabla de Contingencia para Impacto de Fenómenos Emocionales Transitorios en Estrés Situacional (AdjD D SumT SumV)

		AdjD_D_SumT_Su mV_recod		Total
		,00	1,00	
Tipo de diabetes	Tipo I	17	14	31
que padece el	% del total	28,3%	23,3%	51,7%
participante	Tipo II	6	23	29
	% del total	10%	38,3%	48,3%
Total		23	37	60

Tabla 7. Pruebas de chi-cuadrado para Impacto de Fenómenos Emocionales Transitorios en Estrés Situacional (AdjD D SumT SumV)

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,392(b)	1	,007		
Corrección por continuidad(a)	6,018	1	,014		
Razón de verosimilitudes	7,627	1	,006		
Estadístico exacto de Fisher				,009	,007
Asociación lineal por lineal	7,268	1	,007		
N de casos válidos	60				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 11,12.

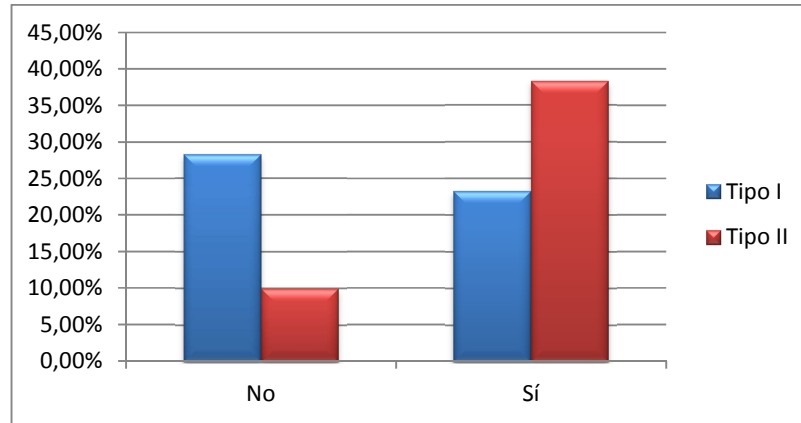


Figura N°1. Distribución porcentual de Fenómenos Emocionales Transitorios en Estrés Situacional del Test de Rorschach según tipo de Diabetes.

Para realizar la *estimación de riesgo* se utilizó el indicador Impacto de Fenómenos Emocionales Transitorios en Estrés Situacional dicotomizado, (Ver anexo 5). Los resultados indican que la proporción de sujetos con Diabetes tipo II es 4,6 veces mayor entre personas con Impacto de Fenómenos Emocionales Transitorios en Estrés Situacional (I.C= 1,483 – 14,606). En otras palabras, el riesgo de encontrar personas con Fenómenos Emocionales Transitorios en Estrés Situacional es mayor en personas con Diabetes tipo II que en personas con Diabetes tipo I.

Tabla 8. Estimación de riesgo para Impacto de Fenómenos Emocionales Transitorios en Estrés Situacional (AdjD D SumT SumV)

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Superior	Inferior
Razón de las ventajas para Tipo de diabetes que padece el participante (Tipo I / Tipo II)	4,655	1,483	14,606
Para la cohorte AdjD_D_SumT_SumV_recod = ,00	2,651	1,214	5,787
Para la cohorte AdjD_D_SumT_SumV_recod = 1,00	,569	,370	,875
N de casos válidos	60		

Por otra parte, existe una asociación significativa entre el tipo de Diabetes y el Grado de ajuste a lo convencional ($\chi^2= 3,9$, gl= 1; y sig= 0,048).

Tabla 9. Tabla de Contingencia para Grado de Ajuste a lo Convencional (X+% Xu%)

		Xposit_Xu_recod		Total
		,00	1,00	,00
Tipo de diabetes que padece el participante	Tipo I	4	27	31
	% del total	6,7%	45,6%	51,7%
	Tipo II	10	19	29
	% del total	16,7%	31,7%	48,3%
Total		14	46	60

Tabla 10. Pruebas de chi-cuadrado para Grado de Ajuste a lo Convencional (X+% Xu%)

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,900(b)	1	,048		
Corrección por continuidad(a)	2,787	1	,095		
Razón de verosimilitudes	3,988	1	,046		
Estadístico exacto de Fisher				,068	,047
Asociación lineal por lineal	3,835	1	,050		
N de casos válidos	60				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,77.

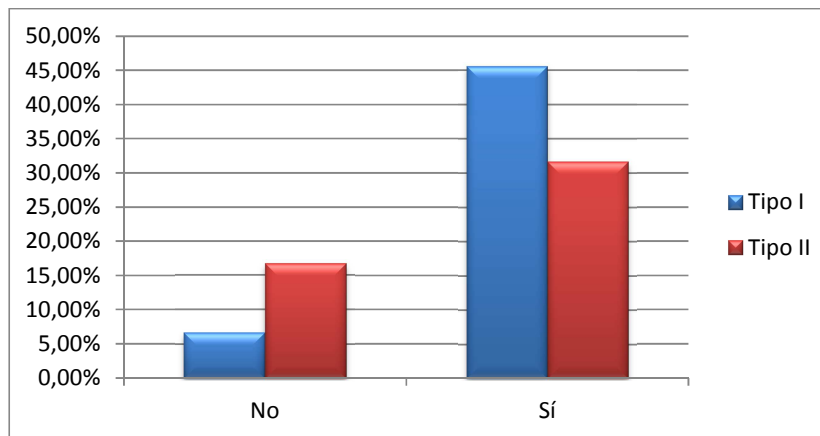


Figura N°2. Distribución porcentual de Grado de Ajuste a lo Convencional del Test de Rorschach según tipo de Diabetes.

Para realizar la *estimación de riesgo* se utilizó el indicador Grado de Ajuste a lo Convencional dicotomizado, (Ver anexo 5). Los resultados indican que la proporción de sujetos con Diabetes tipo II es 0,281 veces menor entre personas con dificultades en Grado de Ajuste a lo Convencional (I.C= 0,077 – 1,032). En otras palabras, el riesgo de

encontrar personas con problemas en Grado de Ajuste a lo Convencional es menor en personas con Diabetes tipo II que en personas con Diabetes tipo I.

Tabla 11. Estimación de riesgo para Grado de Ajuste a lo Convencional ($X + \% Xu\%$)

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Superior	Inferior
Razón de las ventajas para Tipo de diabetes que padece el participante (Tipo I / Tipo II)	,281	,077	1,032
Para la cohorte Xposit_Xu_recod = ,00	,374	,132	1,062
Para la cohorte Xposit_Xu_recod = 1,00	1,329	,988	1,789
N de casos válidos	60		

Otro indicador del Test de Rorschach que indica una asociación significativa con el tipo de Diabetes es Empatía y Percepción de los otros ($\chi^2 = 4,271$, $gl = 1$; y $sig = 0,039$).

Tabla 12. Tabla de Contingencia para Empatía y Percepción de los otros (ContH H).

		ContH_H_recod		Total
		,00	1,00	
Tipo de diabetes que padece el participante	Tipo I	3	28	31
	% del total	5%	46,7%	51,7%
	Tipo II	9	20	29
	% del total	15%	33,3%	48,3%
Total		12	48	60

Tabla 13. Pruebas de chi-cuadrado para Empatía y Percepción de los otros (ContH H)

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,271(b)	1	,039		
Corrección por continuidad(a)	3,041	1	,081		
Razón de verosimilitudes	4,412	1	,036		
Estadístico exacto de Fisher				,054	,040
Asociación lineal por lineal	4,200	1	,040		
N de casos válidos	60				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,80.

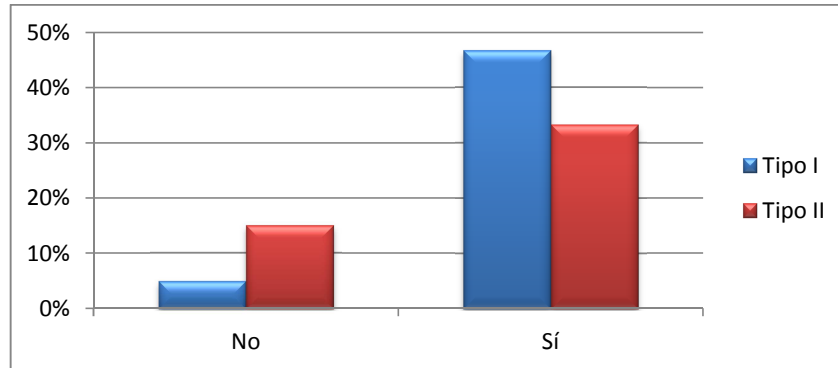


Figura N°3. Distribución porcentual de Empatía y Percepción del Otro del Test de Rorschach según tipo de Diabetes.

Para realizar la *estimación de riesgo* se utilizó el indicador Empatía y Percepción de los otros dicotomizado, (Ver anexo 5). Los resultados indican que la proporción de sujetos con Diabetes tipo II es 0,238 veces menor entre personas con dificultades en Empatía y Percepción de los otros (I.C= 0,057 – 0,992). En otras palabras, el riesgo de encontrar personas con dificultades en Empatía y Percepción de los otros es menor en personas con Diabetes tipo II que en personas con Diabetes tipo I.

Tabla 14. Estimación de riesgo para Empatía y Percepción de los otros (ContH H)

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Superior	Inferior
Razón de las ventajas para Tipo de diabetes que padece el participante (Tipo I / Tipo II)	,238	,057	,992
Para la cohorte ContH_H_recod = ,00	,312	,093	1,040
Para la cohorte ContH_H_recod = 1,00	1,310	1,000	1,716
N de casos válidos	60		

1.2 Inventario de Personalidad NEOPI-R.

Para realizar el análisis de los factores y facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R, se realizó una prueba *t* para muestras independientes. Los resultados indican que sólo en las facetas Impulsividad ($t= -2,269$; $sig= 0,027$) y Búsqueda de Emociones

($t = -2,429$; $sig = 0,018$), la media de puntajes son significativamente distintas entre sujetos con Diabetes tipo I y tipo II.

La diferencia entre el puntaje medio de los Tipo I y el puntaje medio de los Tipo II para Impulsividad se encuentra entre -10,262 y -0,642 puntos. Así mismo, la diferencia entre el puntaje medio en personas con Diabetes tipo I y el puntaje medio en personas con Diabetes tipo II para Búsqueda de Emociones se encuentra entre -11,842 y -1,141. En consecuencia, se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias.

Tabla 15. Diferencia de medias y desviación típica para las facetas Impulsividad (N5) y Búsqueda de Emociones (E5) del Inventario de Personalidad NEOPI-R.

	Tipo de diabetes que padece el participante	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Impulsividad (N5)	Tipo I	31	52,55	7,805	1,402
	Tipo II	29	58,00	10,674	1,982
Búsqueda de Emociones (E5)	Tipo I	31	45,13	9,749	1,751
	Tipo II	29	51,62	10,949	2,033

Tabla 16. Resumen del procedimiento Prueba T para muestras independientes para las facetas Impulsividad (N5) y Búsqueda de Emociones (E5) del Inventario de Personalidad NEOPI-R

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias			
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias
Impulsividad (N5)	Se han asumido varianzas iguales	1,516	,223	-2,269	58	,027	-5,452
	No se han asumido varianzas iguales			-2,246	51,088	,029	-5,452
Búsqueda de Emociones (E5)	Se han asumido varianzas iguales	,218	,643	-2,429	58	,018	-6,492
	No se han asumido varianzas iguales			-2,419	56,122	,019	-6,492

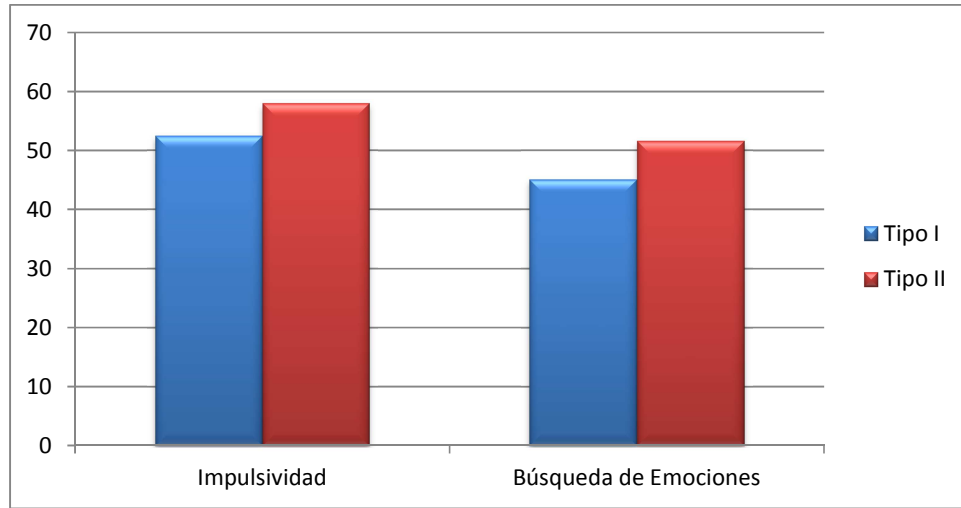


Figura N°4. Diferencia de Medias para las facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R según tipo de Diabetes.

1.3 Cuestionario de Apego Adulto.

Para realizar el análisis de los factores del Cuestionario de Apego Adulto, se realizó una prueba *t* para muestras independientes. Los resultados indican que sólo en el factor 4: Autosuficiencia Emocional ($t= -5,953$; $sig= 0,000$) la media de puntajes es significativamente distinta entre sujetos con Diabetes tipo I y tipo II.

La diferencia entre el puntaje medio de los Tipo I y el puntaje medio de los Tipo II se encuentra entre -9,353 y -4,644 puntos. En consecuencia, se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias.

Tabla 17. Diferencia de medias y desviación típica para Factor 4: Autosuficiencia Emocional del Cuestionario de Apego Adulto.

	Tipo de diabetes que padece el participante	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Factor 4. Autosuficiencia Emocional	Tipo I	30	12,97	4,089	,747
	Tipo II	29	19,97	4,917	,913

Tabla 18. Resumen del procedimiento Prueba T para muestras independientes para Factor 4:
Autosuficiencia Emocional del Cuestionario de Apego Adulto.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias			
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias
Factor 4: Autosuficiencia emocional.	Se han asumido varianzas iguales	,537	,467	-5,953	57	,000	-6,999
	No se han asumido varianzas iguales			-5,934	54,455	,000	-6,999

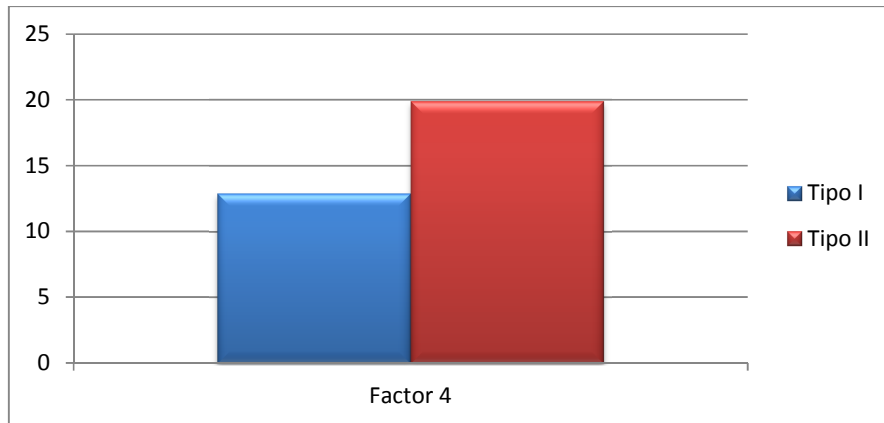


Figura N°5. Diferencia de Medias para el factor 4 Autosuficiencia Emocional del Cuestionario de Apego Adulto según tipo de Diabetes.

2. Análisis de la muestra diabética según Nacionalidad.

Para analizar la muestra diabética según la Nacionalidad, se realizaron pruebas de *chi cuadrado* (χ^2) para las variables ordinales, y una *prueba t* para muestras independientes, aplicable a las variables escalares.

2.1 Indicadores Rorschach.

Los resultados muestran que existe una asociación significativa entre la nacionalidad y el Impacto de Fenómenos Emocionales Transitorios en Estrés Situacional ($\chi^2= 8,531$, $gl= 1$; y $sig= 0,003$).

Tabla 19. Tabla de Contingencia para Impacto de Fenómenos Emocionales Transitorios en Estrés Situacional (AdjD D SumT SumV)

		AdjD D SumT SumV		Total
		,00	1,00	
Nacionalidad del participante	Chilena	6	24	30
	Española	17	13	30
Total		23	37	60

Tabla 20. Pruebas de chi-cuadrado para Impacto de Fenómenos Emocionales Transitorios en Estrés Situacional (AdjD D SumT SumV)

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,531(b)	1	,003		
Corrección por continuidad(a)	7,051	1	,008		
Razón de verosimilitudes	8,803	1	,003		
Estadístico exacto de Fisher				,007	,004
Asociación lineal por lineal	8,389	1	,004		
N de casos válidos	60				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 11,50.

Para realizar la *estimación de riesgo* se utilizó el indicador Impacto de Fenómenos Emocionales Transitorios en Estrés Situacional dicotomizado, (Ver anexo 5). Los resultados indican que la proporción de sujetos españoles es 0,191 veces menor

entre personas con Impacto de Fenómenos Emocionales Transitorios en Estrés Situacional (I.C= 0,061 – 0,604). En otras palabras, el riesgo de encontrar personas con Fenómenos Emocionales Transitorios en Estrés Situacional es menor en personas de nacionalidad española que chilena.

Tabla 21. Estimación de riesgo para Impacto de Fenómenos Emocionales Transitorios en Estrés Situacional (AdjD D SumT SumV)

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Superior	Inferior
Razón de las ventajas para Nacionalidad del participante (Chilena / Española)	,191	,061	,604
Para la cohorte AdjD_D_SumT_SumV_recod = ,00	,353	,162	,771
Para la cohorte AdjD_D_SumT_SumV_recod = 1,00	1,846	1,181	2,886
N de casos válidos	60		

Otro indicador del Test de Rorschach que indica una asociación significativa con la nacionalidad es el Grado de Distorsión de la Realidad ($\chi^2 = 4,022$, gl= 1; y sig= 0,045).

Tabla 22. Tabla de Contingencia para Grado de Distorsión de la Realidad (X-%)

		Xneg_recod		Total
		,00	1,00	
Nacionalidad del participante	Chilena	25	5	30
	Española	18	12	30
Total		43	17	60

Tabla 23. Pruebas de chi-cuadrado para Grado de Distorsión de la Realidad (X-%)

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,022(b)	1	,045		
Corrección por continuidad(a)	2,955	1	,086		
Razón de verosimilitudes	4,115	1	,043		
Estadístico exacto de Fisher				,084	,042
Asociación lineal por lineal	3,955	1	,047		
N de casos válidos	60				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 8,50.

Para realizar la *estimación de riesgo* se utilizó el indicador Grado de Distorsión de la Realidad dicotomizado, (Ver anexo 5). Los resultados indican que la proporción de sujetos españoles es 3,333 veces mayor entre personas con Grado de Distorsión de la Realidad (I.C= 0,998 – 11,139). En otras palabras, el riesgo de encontrar personas con Grado de Distorsión de la Realidad es mayor en españoles que chilenos.

Tabla 24. Estimación de riesgo para Grado de Distorsión de la Realidad (X-%)

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Superior	Inferior
Razón de las ventajas para Nacionalidad del participante (Chilena / Española)	3,333	,998	11,139
Para la cohorte Xneg_recod = ,00	1,389	,995	1,938
Para la cohorte Xneg_recod = 1,00	,417	,167	1,038
N de casos válidos	60		

Por otra parte, existe una asociación significativa entre la nacionalidad y el Índice de Egocentrismo ($\chi^2= 4,344$, $gl= 1$; y $sig= 0,037$).

Tabla 25. Tabla de Contingencia para Índice de Egocentrismo.

		Índice_Egocentrismo_ recod		Total
		,00	1,00	
Nacionalidad del participante	Chilena	17	13	30
	Española	9	21	30
Total		26	34	60

Tabla 26. Pruebas de chi-cuadrado para Índice de Egocentrismo.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,344(b)	1	,037		
Corrección por continuidad(a)	3,326	1	,068		
Razón de verosimilitudes	4,402	1	,036		
Estadístico exacto de Fisher				,067	,034
Asociación lineal por lineal	4,271	1	,039		
N de casos válidos	60				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 13,00.

Para realizar la *estimación de riesgo* se utilizó el indicador Índice de Egocentrismo dicotomizado, (Ver anexo 5). Los resultados indican que la proporción de sujetos españoles es 3,051 veces mayor entre personas con dificultades en Índice de Egocentrismo (I.C= 1,053 – 8,839). En otras palabras, el riesgo de encontrar personas con problemas en Índice de Egocentrismo es mayor en personas de nacionalidad española que en personas de nacionalidad chilena.

Tabla 27. Estimación de riesgo para Índice de Egocentrismo.

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Superior	Inferior
Razón de las ventajas para Nacionalidad del participante (Chilena / Española)	3,051	1,053	8,839
Para la cohorte Índice_Egocentrismo_recod = ,00	1,889	1,006	3,546
Para la cohorte Índice_Egocentrismo_recod = 1,00	,619	,386	,992
N de casos válidos	60		

Otro indicador que señala una asociación significativa con la nacionalidad es Empatía y Percepción de los otros ($\chi^2 = 6,667$, $gl = 1$; y $sig = 0,010$).

Tabla 28. Tabla de Contingencia para Empatía y Percepción de los otros (ContH H).

		ContH_H_recod		Total
		,00	1,00	
Nacionalidad del participante	Chilena	10	20	30
	Española	2	28	30
Total		12	48	60

Tabla 29. Pruebas de chi-cuadrado para Empatía y Percepción de los otros (ContH H)

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,667(b)	1	,010		
Corrección por continuidad(a)	5,104	1	,024		
Razón de verosimilitudes	7,162	1	,007		
Estadístico exacto de Fisher				,021	,011
Asociación lineal por lineal	6,556	1	,010		
N de casos válidos	60				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,00.

Para realizar la *estimación de riesgo* se utilizó el indicador Empatía y Percepción de los otros dicotomizado, (Ver anexo 5). Los resultados indican que la proporción de sujetos españoles es 7 veces mayor entre personas con problemas en Empatía y Percepción de los otros (I.C= 1,381 – 35,478). En otras palabras, el riesgo de encontrar personas con dificultades en Empatía y Percepción de los otros es mayor en personas de nacionalidad española que en personas de nacionalidad chilena.

Tabla 30. Estimación de riesgo para Empatía y Percepción de los otros (ContH H)

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Superior	Inferior
Razón de las ventajas para Nacionalidad del participante (Chilena / Española)	7,000	1,381	35,478
Para la cohorte ContH_H_recod = ,00	5,000	1,195	20,922
Para la cohorte ContH_H_recod = 1,00	,714	,545	,936
N de casos válidos	60		

Por último, se realizó una prueba *t* para muestras independientes para el indicador Respuestas de Perspectiva (SumV) donde se rechaza la hipótesis de igualdad de varianzas ($F= 8,8$; $sig= 0,004$) y puede afirmarse que existe una diferencia de medias en la cantidad de respuestas con Perspectiva (SumV) entre el grupo de españoles y el grupo chileno, ($t= 2,615$; $sig= 0,012$).

La diferencia entre el puntaje medio de los españoles y el puntaje medio de los chilenos para esta variable se encuentra entre 0,261 y 2,005 puntos. En consecuencia, se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias.

Tabla 31. Diferencia de medias y desviación típica para Sumatoria de respuestas de Perspectiva (SumV).

	Nacionalidad del participante	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
SumV	Chilena	30	2,13	2,047	,374
	Española	30	1,00	1,203	,220

Tabla 32. Resumen del procedimiento Prueba T para muestras independientes para Sumatoria de respuestas de Perspectiva (SumV).

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias			
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias
SumV	Se han asumido varianzas iguales	8,800	,004	2,615	58	,011	1,133
	No se han asumido varianzas iguales			2,615	46,913	,012	1,133

2.2 Inventario de Personalidad NEOPI-R.

Para realizar el análisis de los factores y facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R, se realizó una prueba *t* para muestras independientes. Los resultados indican que sólo en las facetas Ansiedad ($t=-2,048$; $sig= 0,045$), Hostilidad ($t= 2,028$; $sig= 0,047$), Búsqueda de Emociones ($t= 2,475$; $sig= 0,016$), Estética ($t= 2,573$; $sig= 0,013$) y Modestia($t= -2,428$; $sig= 0,018$), la media de puntajes son significativamente distintas entre sujetos chilenos y españoles.

La diferencia entre el puntaje medio de los chilenos y el puntaje medio de los españoles para Ansiedad se encuentra entre -10,3472 y -0,1195 puntos. Así mismo, la diferencia entre el puntaje medio en chilenos y el puntaje medio en españoles para Hostilidad se encuentra entre 0,072 y 11,062; para Búsqueda de Emociones se encuentra entre 1,262 y 11,938; para Estética entre 1,755 y 14,045 y para Modestia entre -10,156 y -0,977. En consecuencia, se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias para todas las variables señaladas.

Tabla 33. Diferencia de medias y desviación típica para facetas Ansiedad (N1), Hostilidad (N2), Búsqueda de Emociones (E5), Estética (O2) y Modestia (A5) del Inventario de Personalidad NEOPI-R.

	Nacionalidad del participante	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Ansiedad (N1)	Chilena	30	52,200	10,2466	1,8708
	Española	30	57,433	9,5292	1,7398
Hostilidad (N2)	Chilena	30	62,23	10,214	1,865
	Española	30	56,67	11,034	2,015
Búsqueda de Emociones (E5)	Chilena	30	51,57	10,640	1,943
	Española	30	44,97	10,005	1,827
Estética (O2)	Chilena	30	51,47	12,613	2,303
	Española	30	43,57	11,119	2,030
Modestia (A5)	Chilena	30	46,10	7,871	1,437
	Española	30	51,67	9,785	1,786

Tabla 34. Resumen del procedimiento Prueba T para muestras independientes para facetas Ansiedad (N1), Hostilidad (N2), Búsqueda de Emociones (E5), Estética (O2) y Modestia (A5) del Inventario de Personalidad NEOPI-R.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias			
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias
Ansiedad (A1)	Se han asumido varianzas iguales	,018	,894	-	58	,045	-5,2333
	No se han asumido varianzas iguales			2,048	57,697	,045	-5,2333
Hostilidad (N2)	Se han asumido varianzas iguales	,071	,790	2,028	58	,047	5,567
	No se han asumido varianzas iguales			2,028	57,657	,047	5,567
Búsqueda de Emociones (E5)	Se han asumido varianzas iguales	,091	,764	2,475	58	,016	6,600
	No se han asumido varianzas iguales			2,475	57,782	,016	6,600
Estética (O2)	Se han asumido varianzas iguales	1,158	,286	2,573	58	,013	7,900
	No se han asumido varianzas iguales			2,573	57,102	,013	7,900
Modestia (A5)	Se han asumido varianzas iguales	1,366	,247	-	58	,018	-5,567
	No se han asumido varianzas iguales			2,428	55,454	,018	-5,567

2.3 Cuestionario de Apego Adulto.

Para realizar el análisis de los factores del Cuestionario de Apego Adulto, se realizó una prueba *t* para muestras independientes. Los resultados indican que sólo en el factor 4 “Autosuficiencia Emocional” ($t=-5,385$; $sig= 0,000$), la media de puntajes son significativamente distintas entre sujetos chilenos y españoles.

La diferencia entre el puntaje medio de los chilenos y el puntaje medio de los españoles para Ansiedad se encuentra entre 4,123 y 9,005 puntos. En consecuencia, se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias para todas las variables señaladas.

Tabla 35. Diferencia de medias y desviación típica para Factor 4: Autosuficiencia Emocional del Cuestionario de Apego Adulto.

	Nacionalidad del participante	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Factor 4: Autosuficiencia Emocional,	Chilena	30	19,63	4,642	,848
	Española	29	13,07	4,720	,877

Tabla 36. Resumen del procedimiento Prueba T para muestras independientes para Factor 4: Autosuficiencia Emocional del Cuestionario de Apego Adulto.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias			
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias
Factor 4: Autosuficiencia Emocional	Se han asumido varianzas iguales	,013	,909	5,385	57	,000	6,564
	No se han asumido varianzas iguales			5,384	56,851	,000	6,564

3. Análisis de la muestra diabética según Género.

Para analizar la muestra diabética según el Género, se realizaron pruebas de *chi cuadrado* (χ^2) para las variables ordinales, y una *prueba t* para muestras independientes, aplicable a las variables escalares.

3.1 Indicadores Rorschach.

Los resultados muestran que existe una asociación significativa entre el género y Confusión Afectiva y Estrés Situacional ($\chi^2 = 4,746$, $gl = 1$; y $sig = 0,029$).

Tabla 37. Tabla de Contingencia para Confusión Afectiva y Estrés Situacional (Complj Col-Somb e Y).

		Complejas_Color_So mbreado_e_Y_recod		Total
		,00	1,00	
Sexo del participante	Hombre	28	1	29
	Mujer	24	7	31
Total		52	8	60

Tabla 38. Pruebas de chi-cuadrado para Confusión Afectiva y Estrés Situacional (Complj Col-Somb e Y).

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,746(b)	1	,029		
Corrección por continuidad(a)	3,235	1	,072		
Razón de verosimilitudes	5,303	1	,021		
Estadístico exacto de Fisher				,053	,033
Asociación lineal por lineal	4,667	1	,031		
N de casos válidos	60				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,87.

Para realizar la *estimación de riesgo* se utilizó el indicador Confusión Afectiva y Estrés Situacional dicotomizado, (Ver anexo 5). Los resultados indican que la proporción de mujeres es 8,167 veces mayor entre personas con Confusión Afectiva y estrés Situacional (I.C= 0,937 – 71,174). En otras palabras, el riesgo de encontrar

personas con Confusión Emocional y Estrés Situacional es mayor en mujeres que en hombres.

Tabla 39. Estimación de riesgo para Confusión Afectiva y Estrés Situacional (Complj Col-Somb e Y).

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Superior	Inferior
Razón de las ventajas para Complejas_Color_Sombreado_e_Y_recod (,00 / 1,00)	8,167	,937	71,174
Para la cohorte Sexo del participante = Hombre	4,308	,677	27,412
Para la cohorte Sexo del participante = Mujer	,527	,356	,782
N de casos válidos	60		

Otro indicador que señala una asociación significativa con el género es Modulación Afectiva ($\chi^2 = 4,271$, $gl = 1$; y $sig = 0,039$).

Tabla 40. Tabla de contingencia para Modulación Afectiva.

		Modulacion_Afectiva_recod		Total
		,00	1,00	
Sexo del Participante	Hombre	9	20	29
	Mujer	3	28	31
Total		12	48	60

Tabla 41. Pruebas de chi-cuadrado para Modulación Afectiva.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,271(b)	1	,039		
Corrección por continuidad(a)	3,041	1	,081		
Razón de verosimilitudes	4,412	1	,036		
Estadístico exacto de Fisher				,054	,040
Asociación lineal por lineal	4,200	1	,040		
N de casos válidos	60				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,80.

Para realizar la *estimación de riesgo* se utilizó el indicador Modulación Afectiva dicotomizado, (Ver anexo 5). Los resultados indican que la proporción de mujeres es

4,2 veces mayor entre personas con problemas en Modulación Afectiva (I.C= 1,008 – 17,5). En otras palabras, el riesgo de encontrar personas con dificultades en Modulación Afectiva es mayor en mujeres que en hombres.

Tabla 42. Estimación de riesgo para Modulación Afectiva.

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Superior	Inferior
Razón de las ventajas para Modulación Afectiva record (,00 / 1,00)	4,200	1,008	17,500
Para la cohorte Sexo del participante = Hombre	1,800	1,128	2,873
Para la cohorte Sexo del participante = Mujer	,429	,156	1,175
N de casos válidos	60		

Por otra parte, existe una asociación significativa entre género y Complejidad Inusual ($\chi^2= 5,293$, gl= 1; y sig= 0,021).

Tabla 43. Tabla de contingencia para Complejidad Inusual.

		Complejidad Inusual record		Total
		,00	1,00	
Sexo del participante	Hombre	26	3	29
	Mujer	20	11	31
Total		46	14	60

Tabla 44. Pruebas de chi-cuadrado para Complejidad Inusual.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,293(b)	1	,021		
Corrección por continuidad(a)	3,981	1	,046		
Razón de verosimilitudes	5,578	1	,018		
Estadístico exacto de Fisher				,032	,021
Asociación lineal por lineal	5,205	1	,023		
N de casos válidos	60				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,77.

Para realizar la *estimación de riesgo* se utilizó el indicador Complejidad Inusual dicotomizado, (Ver anexo 5). Los resultados indican que la proporción de mujeres es 4,767 veces mayor entre personas con Complejidad Inusual (I.C= 1,171 – 19,396). En otras palabras, el riesgo de encontrar personas con Complejidad Inusual es mayor en mujeres que en hombres.

Tabla 45. Estimación de riesgo para Complejidad Inusual.

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Superior	Inferior
Razón de las ventajas para Complejidad_Inusual_recod (,00 / 1,00)	4,767	1,171	19,396
Para la cohorte Sexo del participante = Hombre	2,638	,937	7,422
Para la cohorte Sexo del participante = Mujer	,553	,361	,849
N de casos válidos	60		

Otro indicador que señala una asociación significativa con el género es Confusión Emocional ($\chi^2= 4,578$, gl= 1; y sig= 0,032).

Tabla 46. Tabla de contingencia para Confusión Emocional (Complj Col-Somb).

		Complejas_Color_So mbreado2_recod		Total
		,00	1,00	
Sexo del participante	Hombre	21	8	29
	Mujer	14	17	31
Total		35	25	60

Tabla 47. Pruebas de chi-cuadrado para Confusión Emocional (Complj Col-Somb).

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,578(b)	1	,032		
Corrección por continuidad(a)	3,526	1	,060		
Razón de verosimilitudes	4,657	1	,031		
Estadístico exacto de Fisher				,040	,030
Asociación lineal por lineal	4,502	1	,034		
N de casos válidos	60				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 12,08.

Para realizar la *estimación de riesgo* se utilizó el indicador Confusión Emocional dicotomizado, (Ver anexo 5). Los resultados indican que la proporción de mujeres es 3,188 veces mayor entre personas con Complejidad Inusual (I.C= 1,084 – 9,373). En otras palabras, el riesgo de encontrar personas con Confusión Emocional es mayor en mujeres que en hombres.

Tabla 48. Estimación de riesgo para Confusión Emocional (Complj Col-Somb).

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Superior	Inferior
Razón de las ventajas para Complejas_Color_Sombreado2_recod (,00 / 1,00)	3,188	1,084	9,373
Para la cohorte Sexo del participante = Hombre	1,875	,996	3,528
Para la cohorte Sexo del participante = Mujer	,588	,362	,957
N de casos válidos	60		

Por último, se realizó una prueba *t* para muestras independientes para los indicadores Respuestas de Textura (SumT) y de Perspectiva (SumV), donde puede afirmarse que existe una diferencia de medias en la cantidad de respuestas de Textura (SumT) ($t= -2,145$; $sig= 0,036$) y en la cantidad de respuestas de Perspectiva (SumV) ($t= 2,174$; $sig= 0,035$) entre el grupo de hombre y el grupo de mujeres.

La diferencia entre el puntaje medio de los hombres y el puntaje medio de las mujeres para las Respuestas de Textura se encuentra entre -1,232 y -0,042 puntos. Así mismo, para las Respuestas de Perspectiva, se encuentra entre 0,072 y 1,872. En consecuencia, se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias.

Tabla 49. Diferencia de medias y desviación típica para Respuestas de Textura (SumT) y de Perspectiva (SumV).

	Sexo del participante	N	Media	Desv. típ.	Error típ. media
SUMT2	Hombre	29	,62	1,049	,195
	Mujer	31	1,26	1,237	,222
SumV	Hombre	29	2,07	2,069	,384
	Mujer	31	1,10	1,274	,229

Tabla 50. Resumen del procedimiento Prueba T para muestras independientes para respuestas de Textura (SumT) y de Perspectiva (SumV).

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias			
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias
SUMT2	Se han asumido varianzas iguales	,846	,362	-2,145	58	,036	-,637
	No se han asumido varianzas iguales			-2,156	57,466	,035	-,637
SumV	Se han asumido varianzas iguales	7,414	,009	2,207	58	,031	,972
	No se han asumido varianzas iguales			2,174	45,991	,035	,972

3.2 Inventario de Personalidad NEOPI-R.

Para realizar el análisis de los factores y facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R, se realizó una prueba *t* para muestras independientes. Los resultados indican que la media de puntajes es significativamente distinta entre hombres y mujeres sólo en los factores Extraversión ($t=-2,328$; $sig= 0,023$), Apertura ($t=-3,417$; $sig= 0,001$) y Amabilidad ($t=-2,531$; $sig= 0,014$).

La diferencia entre el puntaje medio de los hombres y el puntaje medio de las mujeres para Extraversión se encuentra entre -11,981 y -0,902 puntos. Así mismo, la diferencia entre el puntaje medio en hombres y el puntaje medio en mujeres para Apertura se encuentra entre -13,388 y -3,497 y para Amabilidad entre -11,281 y -1,318. En consecuencia, se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias para todas las variables señaladas.

En cuanto a las facetas, la media de puntajes son significativamente distintas entre hombres y mujeres en Cordialidad ($t=-4,351$; $sig= 0,000$), Gregarismo ($t= -2,467$; $sig= 0,017$), Emociones Positivas ($t= -3,006$; $sig= 0,004$), Estética ($t= -2,348$; $sig= 0,022$), Sentimientos ($t= -2,111$; $sig= 0,039$), Acciones ($t= -4,534$; $sig= 0,000$),

Confianza ($t= -2,695$; $sig= 0,009$), Altruismo ($t= -3,619$; $sig= 0,001$), Sensibilidad a los demás ($t= -2,955$; $sig= 0,005$) y Necesidad de Logro ($t= -2,322$; $sig= 0,024$).

La diferencia entre el puntaje medio de los hombres y el puntaje medio de las mujeres para Cordialidad se encuentra entre -16,275 y -6,301 puntos. Así mismo, la diferencia entre el puntaje medio en mujeres y el puntaje medio en hombres para Gregarismo se encuentra entre -11,633 y -1,210; para Emociones Positivas se encuentra entre -15,095 y -3,027; para Estética entre -13,476 y -1,072; para Sentimientos entre -11,911 y -0,318; para Acciones entre -14,494 y -5,582; para Confianza entre -10,577 y -1,559; para Altruismo entre -10,879 y -3,310; para Sensibilidad a los demás entre -12,344 y -2,375 y para Necesidad de Logro entre -10,584 y -0,784. En consecuencia, se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias para todas las variables señaladas.

Tabla 51. Diferencia de medias y desviación típica para factores y facetas del Inventario de Personalidad
NEOPI-R.

	Sexo	N	Media	Desv típ.	Error típ. Media
Extraversión (E)	Hombre	29	42,66	11,017	2,046
	Mujer	31	49,10	10,419	1,871
Apertura (O)	Hombre	29	39,14	8,605	1,598
	Mujer	31	47,58	10,379	1,864
Amabilidad (A)	Hombre	29	42,86	9,731	1,807
	Mujer	31	49,16	9,540	1,713
Cordialidad (E1)	Hombre	29	42,03	9,887	1,836
	Mujer	31	53,32	9,411	1,690
Gregarismo (E2)	Hombre	29	39,97	10,048	1,866
	Mujer	31	46,39	10,105	1,815
Emociones Positivas (E6)	Hombre	29	43,55	11,021	2,047
	Mujer	31	52,61	12,241	2,199
Estética (O2)	Hombre	29	43,76	11,719	2,176
	Mujer	31	51,03	12,243	2,199
Sentimientos (O3)	Hombre	29	44,72	9,939	1,846
	Mujer	31	50,84	12,278	2,205
Acciones (O4)	Hombre	29	36,41	7,858	1,459
	Mujer	31	46,45	9,269	1,665
Confianza (A1)	Hombre	29	42,00	9,460	1,757
	Mujer	31	48,06	7,950	1,428
Altruismo (A3)	Hombre	29	42,93	7,314	1,358
	Mujer	31	49,94	7,655	1,375
Sensibilidad a los demás (A6)	Hombre	29	45,93	9,946	1,847
	Mujer	31	53,29	9,342	1,678
Necesidad de logro (C4)	Hombre	29	40,90	9,522	1,768
	Mujer	31	46,58	9,433	1,694

Tabla 52. Resumen del procedimiento Prueba T para muestras independientes para factores y facetas del Inventario de Personalidad NEOPI-R.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias			
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias
Extraversión (E)	Se han asumido varianzas iguales	1,342	,251	-2,328	58	,023	-6,442
	No se han asumido varianzas iguales			-2,323	57,129	,024	-6,442
Apertura (O)	Se han asumido varianzas iguales	2,053	,157	-3,417	58	,001	-8,443
	No se han asumido varianzas iguales			-3,439	57,198	,001	-8,443
Amabilidad (A)	Se han asumido varianzas iguales	,100	,753	-2,531	58	,014	-6,299
	No se han asumido varianzas iguales			-2,530	57,557	,014	-6,299
Cordialidad (E1)	Se han asumido varianzas iguales	,758	,388	-4,531	58	,000	-11,288
	No se han asumido varianzas iguales			-4,523	57,216	,000	-11,288
Gregarismo (E2)	Se han asumido varianzas iguales	,000	,995	-2,467	58	,017	-6,422
	No se han asumido varianzas iguales			-2,467	57,776	,017	-6,422
Emociones Positivas (E6)	Se han asumido varianzas iguales	,257	,614	-3,006	58	,004	-9,061
	No se han asumido varianzas iguales			-3,017	57,921	,004	-9,061

Estética (O2)	Se han asumido varianzas iguales	,324	,571	-2,348	58	,022	-7,274
	No se han asumido varianzas iguales			-2,351	57,966	,022	-7,274
Sentimientos (O3)	Se han asumido varianzas iguales	1,527	,222	-2,111	58	,039	-6,115
	No se han asumido varianzas iguales			-2,126	56,858	,038	-6,115
Acciones (O4)	Se han asumido varianzas iguales	,284	,596	-4,509	58	,000	-10,038
	No se han asumido varianzas iguales			-4,534	57,463	,000	-10,038
Confianza (A1)	Se han asumido varianzas iguales	,651	,423	-2,695	58	,009	-6,065
	No se han asumido varianzas iguales			-2,679	54,865	,010	-6,065
Altruismo (A3)	Se han asumido varianzas iguales	,400	,530	-3,619	58	,001	-7,004
	No se han asumido varianzas iguales			-3,624	57,971	,001	-7,004
Sensibilidad a los demás (A6)	Se han asumido varianzas iguales	,046	,831	-2,955	58	,005	-7,359
	No se han asumido varianzas iguales			-2,949	57,033	,005	-7,359
Necesidad de logro (C4)	Se han asumido varianzas iguales	,009	,925	-2,322	58	,024	-5,684
	No se han asumido varianzas iguales			-2,321	57,656	,024	-5,684

3.3 Cuestionario de Apego Adulto.

Para realizar el análisis de los factores del Cuestionario de Apego Adulto se realizó una prueba *t* para muestras independientes. Los resultados indican que la media de puntajes es significativamente distinta entre hombres y mujeres sólo en el factor 3 Expresión Emocional ($t=-2,325$; $sig= 0,024$).

La diferencia entre el puntaje medio de los hombres y el puntaje medio de las mujeres para esta variable se encuentra entre $-7,227$ y $-0,538$ puntos. En consecuencia, se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias para todas las variables señaladas.

Tabla 53. Diferencia de medias y desviación típica para factor3: Expresión Emocional del Cuestionario de Apego Adulto.

	Sexo del participante	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Factor 3: Expresión de Sentimientos	Hombre	29	39,52	6,937	1,288
	Mujer	30	43,40	5,864	1,071

Tabla 54. Resumen del procedimiento Prueba T para muestras independientes para factor3: Expresión Emocional del Cuestionario de Apego Adulto.

Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias					
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias
Factor 3: Expresión de Sentimientos	Se han asumido varianzas iguales	1,896	,174	-2,325	57	,024	-3,883
	No se han asumido varianzas iguales			-2,318	54,799	,024	-3,883

4. Síntesis.

Los resultados obtenidos en el análisis de la muestra diabética señalan lo siguiente:

- Un mayor riesgo de encontrar personas con Diabetes tipo II con Fenómenos Emocionales Transitorios en Estrés Situacional que en personas con Diabetes tipo I.
- Un riesgo menor de encontrar personas con Diabetes tipo II con problemas en Grado de Ajuste a lo Convencional que en personas con Diabetes tipo I.
- Un menor riesgo de encontrar personas con Diabetes tipo II con dificultades en Empatía y Percepción de los otros que en personas con Diabetes tipo I.
- Las personas con Diabetes tipo II presentan una media mayor en los puntajes de Impulsividad, Búsqueda de Emociones y Autosuficiencia Emocional que quienes padecen Diabetes tipo I.
- Un riesgo menor de encontrar Fenómenos Emocionales Transitorios en Estrés Situacional en personas diabéticas de nacionalidad española que chilena.
- Un mayor riesgo de encontrar dificultades en el Grado de Distorsión de la Realidad en diabéticos españoles que chilenos.
- Un riesgo mayor de encontrar problemas en el Índice de Egocentrismo en personas diabéticas de nacionalidad española que en personas de nacionalidad chilena.
- Un mayor riesgo de encontrar dificultades en la Empatía y Percepción de los otros en personas diabéticas de nacionalidad española que en personas de nacionalidad chilena.
- La muestra diabética chilena presenta una media mayor que la española en Respuestas de Perspectiva, Hostilidad, Búsqueda de Emociones, Estética y Autosuficiencia Emocional.
- La muestra diabética española presenta una media mayor que la chilena en Ansiedad y Modestia.
- El riesgo de encontrar personas con Confusión Emocional asociado a Estrés Situacional es mayor en mujeres diabéticas que en hombres diabéticos.

- Un riesgo mayor de encontrar dificultades en Modulación Afectiva en mujeres con Diabetes que en hombres con Diabetes.
- Un mayor riesgo de encontrar Complejidad Inusual en mujeres diabéticas que en hombres diabéticos.
- Un riesgo mayor de encontrar Confusión Emocional en mujeres con Diabetes que en hombres diabéticos.
- Los hombres diabéticos presentan una media mayor en los puntajes de Respuestas de Perspectiva que las mujeres diabéticas.
- Las mujeres diabéticas presentan una media mayor en los puntajes de Respuestas de Textura, Extraversión, Apertura, Amabilidad, Cordialidad, Gregarismo, Emociones Positivas, Estética, Sentimientos, Acciones, Confianza, Altruismo, Sensibilidad a los demás, Necesidad de Logro y Expresión de Sentimientos que los hombres diabéticos.

El tipo de análisis estadístico utilizado para obtener las medidas de *interacción* y *confusión* es el de Regresión Logística Binaria, con el método *introducir*.

1. Análisis de Confusión e Interacción para Indicador Rorschach Presencia de Estrés Situacional para la variable Emociones Negativas.

Los resultados muestran que existe *interacción* entre los indicadores Presencia de Estrés Situacional e Impacto de Fenómenos Emocionales Transitorios en Estrés Situacional ($B = -1,830$; $sig = 0,023$) y entre Sombreados Difusos y Grado de Complejidad Psicológica afectada por Estrés Situacional ($B = 0,530$; $sig = 0,041$), tal como se presenta en las tablas siguientes. En consecuencia, puesto que el término de interacción es significativo, se admite la existencia de modificación de efecto entre estas variables.

Tabla 55. Análisis de Interacción entre los indicadores Rorschach Presencia de Estrés Situacional ($D - EA$ y $es - Adj$ es) e Impacto de Fenómenos Emocionales Transitorios en Estrés Situacional ($Adj D - D$ y $SumT, SumV$).

		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 1(a)	presencia_estres(1)	,316	,625	,256	1	,613	1,371
	AdjD_D_SumT_SumV_recod(1)	1,003	,503	3,977	1	,046	2,727
	AdjD_D_SumT_SumV_recod(1) by presencia_estres(1)	-1,830	,804	5,184	1	,023	,160
	Constante	-,182	,350	,272	1	,602	,833

a Variable(s) introducida(s) en el paso 1: presencia_estres, AdjD_D_SumT_SumV_recod, AdjD_D_SumT_SumV_recod * presencia_estres .

Tabla 56. Análisis de Interacción entre los indicadores Rorschach Sombreados Difusos ($SumY$) y Grado de Complejidad Psicológica afectada por Estrés Situacional ($Complj$ con $m - Y$).

		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 1(a)	SumY	,124	,221	,317	1	,574	1,132
	Complejas_m_Y_recod(1) by SumY	-,530	,260	4,163	1	,041	,589
	Complejas_m_Y_recod(1)	,808	,583	1,921	1	,166	2,243
	Constante	,105	,405	,068	1	,794	1,111

a Variable(s) introducida(s) en el paso 1: SumY, Complejas_m_Y_recod * SumY, Complejas_m_Y_recod.

Por otra parte, se presenta *confusión* entre los indicadores Presencia de Estrés Situacional y Magnitud de Estrés. Como se aprecia en la tabla 57, el coeficiente de regresión de Presencia de Estrés Situacional no es significativo ($sig= 0,359$) y su OR es 0,687. Esta es la OR ajustada por Magnitud de Estrés, dando un valor diferente³² a la OR ponderada que se obtuvo en el análisis estratificado (OR= 0,468).

Tabla 57. Análisis de Confusión entre los indicadores Rorschach Presencia de Estrés Situacional (D –EA y es – Adj es) y Magnitud de Estrés (Adj D - D).

		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
								Inf	Sup
Paso 1(a)	presencia_estres(1)	-,376	,409	,842	1	,359	,687	,308	1,533
	AdjD_D_recod(1)	-1,738	,832	4,367	1	,037	,176	,034	,898
	Constante	,322	,244	1,739	1	,187	1,379		

a Variable(s) introducida(s) en el paso 1: presencia_estres, AdjD_D_recod.

También existe *confusión* entre Presencia de Estrés Situacional y Estado de Sobrecarga e Impulsividad. La tabla 58 muestra que el coeficiente de regresión de Presencia de Estrés Situacional es significativo ($sig= 0,017$); sin embargo, su OR es 0,337. Esta es la OR ajustada por Estado de Sobrecarga e Impulsividad, dando un valor diferente a la OR ponderada que se obtuvo en el análisis estratificado (OR= 0,468).

Tabla 58. Análisis de Confusión entre los indicadores Rorschach Presencia de Estrés Situacional (D –EA y es – Adj es) y Estado de Sobrecarga e Impulsividad (Puntaje D).

		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
								Inf	Sup
Paso 1(a)	presencia_estres(1)	-1,089	,457	5,671	1	,017	,337	,137	,825
	Puntuacion_D_recod(1)	,651	,494	1,731	1	,188	1,917	,727	5,051
	Constante	,000	,343	,000	1	1,000	1,000		

a Variable(s) introducida(s) en el paso 1: presencia_estres, Puntuacion_D_recod.

³² Para todo el análisis de confusión se considera como regla que un cambio clínicamente relevante en la OR (medida de asociación) es de un 20% (Aguayo, 2007).

Por otra parte, existe *confusión* entre Presencia de Estrés Situacional y Sombreados Difusos. La tabla 59 muestra que el coeficiente de regresión de Presencia de Estrés Situacional no es significativo ($sig= 0,838$) y su OR es 0,903. Esta es la OR ajustada por Sombreados Difusos, dando un valor diferente a la OR ponderada que se obtuvo en el análisis estratificado (OR= 0,468).

Tabla 59. Análisis de Confusión entre los indicadores Rorschach Presencia de Estrés Situacional (D –EA y es – Adj es) y Sombreados Difusos (SumY).

		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
								Inf	Sup
Paso 1(a)	presencia_estres(1)	-,102	,501	,042	1	,838	,903	,338	2,409
	SumY	-,255	,129	3,902	1	,048	,775	,602	,998
	Constante	,598	,282	4,498	1	,034	1,819		

a Variable(s) introducida(s) en el paso 1: presencia_estres, SumY.

Se evidencia *confusión* entre Presencia de Estrés Situacional y Experiencia de Base Normal (*eb normal*; correspondiente a Experiencia Inusual de Malestar). La tabla 60 muestra que el coeficiente de regresión de Presencia de Estrés Situacional es significativo ($sig= 0,007$) y su OR es 0,340. Esta es la OR ajustada por Sombreados Difusos, dando un valor diferente a la OR ponderada que se obtuvo en el análisis estratificado (OR= 0,468).

Tabla 60. Análisis de Confusión entre los indicadores Rorschach Presencia de Estrés Situacional (D –EA y es – Adj es) y Experiencia de Base normal.

		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
								Inf	Sup
Paso 1(a)	presencia_estres(1)	-1,080	,398	7,357	1	,007	,340	,156	,741
	eb_normal(1)	-2,146	,829	6,699	1	,010	,117	,023	,594
	Constante	,642	,276	5,398	1	,020	1,900		

a Variable(s) introducida(s) en el paso 1: presencia_estres, eb_normal.

2. Análisis de Confusión para Indicador Rorschach Magnitud de Estrés para la variable Emociones Negativas.

Existe *confusión* entre Magnitud de Estrés y Sombreados Difusos. La tabla 61 muestra que el coeficiente de regresión de Magnitud de Estrés no es significativo ($sig=0,102$) y su OR es 0,245. Esta es la OR ajustada por Sombreados Difusos, dando un valor diferente a la OR ponderada que se obtuvo en el análisis estratificado (OR=0,138).

Tabla 61. Análisis de Confusión entre los indicadores Rorschach Magnitud de Estrés (Adj D – D) y Sombreados Difusos (SumY).

		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
								Inf	Sup
Paso 1(a)	AdjD_D_recod(1)	-1,408	,861	2,674	1	,102	,245	,045	1,323
	SumY	-,178	,109	2,650	1	,104	,837	,676	1,037
	Constante	,517	,280	3,396	1	,065	1,677		

a Variable(s) introducida(s) en el paso 1: AdjD_D_recod, SumY.

3. Análisis de Confusión para Indicador Rorschach Experiencia de Base para la variable Emociones Negativas.

Existe *confusión* entre Experiencia de Base Normal (*eb normal*; correspondiente a Experiencia Inusual de Malestar) y Magnitud de Estrés. La tabla 62 muestra que el coeficiente de regresión de Experiencia de Base Normal es significativo ($sig=0,021$) y su OR es 0,155. Esta es la OR ajustada por Magnitud de Estrés, dando un valor diferente a la OR ponderada que se obtuvo en el análisis estratificado (OR=0,195).

Tabla 62. Análisis de Confusión entre los indicadores Rorschach Experiencia de Base Normal (*eb normal*; correspondiente a Experiencia Inusual de Malestar) y Magnitud de Estrés (Adj D - D).

		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
								Inf	Sup
Paso 1(a)	eb_normal(1)	-1,866	,809	5,318	1	,021	,155	,032	,756
	AdjD_D_recod(1)	-2,154	,792	7,399	1	,007	,116	,025	,548
	Constante	,362	,209	3,009	1	,083	1,436		

a Variable(s) introducida(s) en el paso 1: eb_normal, AdjD_D_recod.

Existe *confusión* entre Experiencia de Base Normal (*eb normal*; correspondiente a Experiencia Inusual de Malestar) y Sombreado Difuso. La tabla 63 muestra que el coeficiente de regresión de Experiencia de Base Normal es significativo ($sig= 0,01$) y su OR es 0,119. Esta es la OR ajustada por Sombreados Difusos, dando un valor diferente a la OR ponderada que se obtuvo en el análisis estratificado (OR= 0,195).

Tabla 63. Análisis de Confusión entre los indicadores Rorschach Experiencia de Base Normal (*eb normal*; correspondiente a Experiencia Inusual de Malestar) y Sombreado Difuso (SumY).

		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
								Inf	Sup
Paso 1(a)	eb_normal (1)	-2,132	,826	6,664	1	,010	,119	,023	,598
	SumY	-,336	,106	10,076	1	,002	,715	,581	,879
	Constante	,911	,312	8,553	1	,003	2,488		

a Variable(s) introducida(s) en el paso 1: eb_normal, SumY.

Existe *confusión* entre Experiencia de Base Normal (*eb normal*; correspondiente a Experiencia Inusual de Malestar) y Grado de Introspección y/o Visión Negativa de sí mismo. La tabla 64 muestra que el coeficiente de regresión de Experiencia de Base Normal es significativo ($sig= 0,023$) y su OR es 0,146. Esta es la OR ajustada por Grado de Introspección y/o Visión Negativa de sí mismo, dando un valor diferente a la OR ponderada que se obtuvo en el análisis estratificado (OR= 0,195).

Tabla 64. Análisis de Confusión entre los indicadores Rorschach Experiencia de Base Normal (*eb normal*; correspondiente a Experiencia Inusual de Malestar) y Grado de Introspección y/o Visión Negativa de sí mismo (FD y SumV).

		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
								Inf	Sup
Paso 1(a)	eb_normal(1)	-1,922	,848	5,133	1	,023	,146	,028	,772
	FD_SumV_recod(1)	-,673	,505	1,777	1	,183	,510	,190	1,372
	Constante	,688	,467	2,175	1	,140	1,991		

a Variable(s) introducida(s) en el paso 1: eb_normal, FD_SumV_recod.

Existe *confusión* entre Experiencia de Base Normal (*eb normal*; correspondiente a Experiencia Inusual de Malestar) y el Índice de Depresión e Índice de Inhabilidad Social. La tabla 65 muestra que el coeficiente de regresión de Experiencia de Base Normal es significativo (*sig*= 0,021) y su OR es 0,147. Esta es la OR ajustada por Índice de Depresión e Índice de Inhabilidad Social, dando un valor diferente a la OR ponderada que se obtuvo en el análisis estratificado (OR= 0,195).

Tabla 65. Análisis de Confusión entre los indicadores Rorschach Experiencia de Base Normal (*eb normal*; correspondiente a Experiencia Inusual de Malestar), Índice de Depresión e Índice de Inhabilidad Social (DEPI y CDI).

		B	E.T.	Wald	Gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
								Inf	Sup
Paso 1(a)	eb_normal(1)	-1,914	,832	5,289	1	,021	,147	,029	,754
	DEPI_CDI_recod(1)	-,555	,391	2,018	1	,155	,574	,267	1,235
	Constante	,453	,301	2,259	1	,133	1,572		

a Variable(s) introducida(s) en el paso 1: eb_normal, DEPI_CDI_recod.

Existe *confusión* entre Experiencia de Base Normal (*eb normal*; correspondiente a Experiencia Inusual de Malestar) y Suma de Estrés Situacional. La tabla 66 muestra que el coeficiente de regresión de Experiencia de Base Normal es significativo (*sig*= 0,016) y su OR es 0,138. Esta es la OR ajustada por Suma de Estrés Situacional, dando un valor diferente a la OR ponderada que se obtuvo en el análisis estratificado (OR= 0,195).

Tabla 66. Análisis de Confusión entre los indicadores Rorschach Experiencia de Base Normal (eb normal; correspondiente a Experiencia Inusual de Malestar) y Suma Estrés Situacional.

		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
								Inf	Sup
Paso 1(a)	eb_normal(1)	-1,984	,821	5,843	1	,016	,138	,028	,687
	Suma_Estres_Situacional_recod(1)	-,926	,406	5,202	1	,023	,396	,179	,878
	Constante	,480	,250	3,693	1	,055	1,615		

a Variable(s) introducida(s) en el paso 1: eb_normal, Suma_Estres_Situacional_recod.

4. Análisis de Interacción para Indicador Rorschach Proporción de Representación Humana de Buena y de Mala Calidad para la variable Relaciones Interpersonales.

Los resultados muestran que existe *interacción* entre los indicadores Proporción de Representación Humana de Buena y de Mala Calidad (GHR:PHR) y las Respuestas de Comida (Fd) (B= -1,265; sig= 0,095), tal como se presenta en la tabla siguiente. En consecuencia, puesto que el término de interacción es significativo, se admite³³ la existencia de modificación de efecto entre estas variables.

Tabla 67. Análisis de Confusión entre los indicadores Rorschach Proporción de Representación Humana de Buena y de Mala Calidad (GHR:PHR) y Respuestas de Comida (Fd).

		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
								Inf	Sup
Paso 1(a)	GHR_PHR_recod(1)	,023	,524	,002	1	,965	1,023	,366	2,858
	Fd_recod(1)	,579	,533	1,178	1	,278	1,784	,627	5,073
	Fd_recod(1) by GHR_PHR_recod(1)	-1,265	,757	2,791	1	,095	,282	,064	1,245
	Constante	,057	,338	,029	1	,866	1,059		

a Variable(s) introducida(s) en el paso 1: GHR_PHR_recod, Fd_recod, Fd_recod * GHR_PHR_recod .

³³ La modificación de efecto – o interacción – se da cuando el término de interacción posee un coeficiente de regresión cuyo contraste de hipótesis es significativo ($p < 0,1$) (Aguayo, 2007).

5. Análisis de Confusión para Indicador Rorschach Respuestas Reflejo para la variable Autopercepción.

Existe *confusión* entre Respuestas Reflejo y Suma Autopercepción. La tabla 68 muestra que el coeficiente de regresión de las Respuestas de Reflejo no es significativo ($sig= 0,084$) y su OR es 2,310. Esta es la OR ajustada por Suma Autopercepción, dando un valor diferente a la OR ponderada que se obtuvo en el análisis estratificado (OR= 1,761).

Tabla 68. Análisis de Confusión entre los indicadores Rorschach Respuestas Reflejo y Suma Autopercepción.

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
							Inf	Sup
Paso 1(a)								
Reflejos_recod(1)	,837	,484	2,988	1	,084	2,310	,894	5,967
Suma_Autpercepcion_recod(1)	-,649	,429	2,287	1	,130	,523	,225	1,212
Constante	,027	,233	,013	1	,908	1,027		

a Variable(s) introducida(s) en el paso 1: Reflejos_recod, Suma_Autpercepcion_recod.

Existe *confusión* entre las Respuestas Reflejo y el Índice de Egocentrismo. La tabla 69 muestra que el coeficiente de regresión de las Respuesta Reflejo no es significativo ($sig= 0,472$) y su OR es 1,455. Esta es la OR ajustada por el Índice de Egocentrismo, dando un valor diferente a la OR ponderada que se obtuvo en el análisis estratificado (OR= 1,761).

Tabla 69. Análisis de Confusión entre los indicadores Rorschach Respuestas Reflejo e Índice de egocentrismo.

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
							Inf	Sup
Paso 1(a)								
Reflejos_recod(1)	,375	,521	,518	1	,472	1,455	,524	4,035
Indice_Egocentris mo_recod(1)	,299	,436	,470	1	,493	1,349	,574	3,169
Constante	-,238	,262	,827	1	,363	,788		

a Variable(s) introducida(s) en el paso 1: Reflejos_recod, Indice_Egocentrismo_recod.