



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA  
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA  
SECCIÓN DE POSGRADO

**ESTILOS DE PERSONALIDAD, MODOS DE AFRONTAMIENTO Y  
CLIMA SOCIAL FAMILIAR EN PACIENTES AMPUTADOS DE  
MIEMBRO INFERIOR**

PRESENTADA POR  
**ANA GLORIA DÍAZ ACOSTA**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE DOCTOR EN  
PSICOLOGÍA

LIMA – PERÚ

2015



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada  
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**USMP**  
UNIVERSIDAD DE  
SAN MARTÍN DE PORRES

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO  
Y DE PSICOLOGÍA**

**ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA SECCIÓN DE POSGRADO**

**ESTILOS DE PERSONALIDAD, MODOS DE AFRONTAMIENTO Y CLIMA  
SOCIAL FAMILIAR EN PACIENTES AMPUTADOS DE MIEMBRO INFERIOR**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE DOCTOR EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTADO POR:  
ANA GLORIA DÍAZ ACOSTA**

**LIMA – PERÚ  
2015**

## **DEDICATORIA**

A la Memoria de mis padres, Nicolás Díaz del Águila; Clotilde Acosta de la Barrera de Díaz y a mi hermano Eduardo, quienes en el recuerdo siempre me acompañan.

A mis hermanas y sobrinos por su cálido afecto que me alienta a continuar día a día.

A mi esposo de quien recibo amor y comprensión.

## **AGRADECIMIENTOS**

Estas primeras líneas son de sincero agradecimiento a todos aquellos pacientes amputados de miembro inferior, que con su buena voluntad y tiempo han hecho posible la realización de este trabajo.

Seguidamente agradezco de manera muy especial al Dr. Ángel Manyá Aspilcueta, asesor de mi tesis, por su labor de guía, orientación y apoyo continuo, desde el primer momento.

También expreso mi gratitud a la Facultad de Ciencias de la Comunicación, Turismo y Psicología de la UPSMP, y de modo particular a la Sección de Pos Grado de la Escuela Profesional de Psicología y a todos mis profesores que fueron un puntal importante en mi formación y el logro de la presente investigación.

## RESUMEN

El objetivo de la presente investigación es relacionar estilos de personalidad, modos de afrontamiento al estrés y clima social familiar en pacientes amputados de miembro inferior. El estudio es de tipo correlacional; la muestra estuvo conformada por 100 participantes varones y 81 mujeres, que fueron atendidos en un establecimiento de salud de Lima y evaluados con los cuestionarios MIPS, COPE y escala FES. Los resultados indican que existe relación significativa entre estilos de personalidad, modos de afrontamiento al estrés y el clima social familiar. Los índices de correlación positiva y correlación negativa, se presentan entre metas motivacionales, modos cognitivos y comportamientos interpersonales con modos de afrontamiento centrados en la emoción y modos de afrontamiento no adaptativos. Además, existen relaciones significativas entre las dimensiones desarrollo y estabilidad del clima social familiar con modos que se centran en la emoción. Estos pacientes presentan incremento en individualidad y rechazo a la protección. También se observa, el aspecto emocional caracterizado por ánimo depresivo, y, el deterioro en las dimensiones desarrollo y estabilidad del clima social familiar, que disminuyen la adaptación a la discapacidad por amputación. Finalmente se presentan diferencias significativas según edad, sexo, tipo, tiempo y causa de amputación.

**Palabras clave:** estilos de personalidad, modos de afrontamiento, clima social familiar y amputación.

## ABSTRACT

The objective of this research was to relate the personality styles, Ways of coping with stress and the dimensions of family social climate in patients with lower limb amputees. The study is correlational, the sample consisted of 100 male participants and 81 female, who were treated at a health center in Lima and evaluated with MIPS, COPE scale questionnaires and FES. The results indicated that there is significant relationship between personality styles and ways of coping and dimensions of family environment was also found. The rates of positive and negative correlation were presented between motivational goals, cognitive modes, and interpersonal behavior with coping styles focused on emotion and no maladaptive styles. Besides there exists an important relation between development dimensions and stability of family social climate with coping focused on emotions. Those patients showed an individuality increase and rejection to feel protected by others. Also it was shown that the emotional aspect characterized by depressive mood and deterioration of development dimensions and stability of family social climate, decrease the adaptation to disability caused by amputation. Finally, significant differences by age, sex, type, time and cause of amputation are presented.

**Keywords:** personality styles, coping strategies, family social climate and amputation.

# INDICE

	<b>Pág.</b>
Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Resumen	iv
Abstract	v
Índice de contenido	vi
Índice de tablas y figuras	ix
Introducción	xii
<b>Capítulo I. Marco teórico.</b>	
1. Importancia del problema	14
2. La personalidad desde la visión de Theodore Millon	15
2.1 Concepto de personalidad	16
2.2 El modelo evolutivo de la personalidad de Millon	17
2.3 Estilo de personalidad y su medida a través del MIPS	22
2.3.1 El área de las metas motivacionales	24
2.3.2 El área de los modos cognitivos	26
2.3.3 El área de las conductas interpersonales	28
3. Estrés	30
3.1 Definición	30
3.2 El estrés en la vida diaria	31
3.3 El afrontamiento	32
3.4 Recursos de afrontamiento	33
3.5 Estrategias de afrontamiento	34
3.6 Afrontamiento como Proceso y Estructura	35
3.7 Modos de Afrontamiento	35
3.7.1 Estrategias centradas en el problema	35
3.7.2 Estrategias centradas en la emoción	36
4. Familia	37
4.1 Funciones de la familia	38
4.2 La familia frente a la amputación	38
4.3 Teoría del clima social familiar de Moos	39
4.3.1 Dimensiones del clima social familiar de Moos	40
5. Amputación	41
5.1 Definición	41
5.2 Niveles de amputación	41
5.3 Cambios psicológicos	41
5.4 Causas de amputación	41
5.5 Factores que intervienen en la adaptación psicológica de la amputación	42
5.6 Factores psicológicos relacionados con la amputación	43
6. Resultados de investigaciones contemporáneos.	44
6.1 Investigaciones a nivel internacional	44
6.2 Investigaciones a nivel nacional	45
7. Planteamiento del problema	46
8. Objetivos	48
8.1 Objetivo General	48



8.2 Objetivos específicos	48
9. Implicancias teóricas y prácticas del estudio	49
10. Definiciones conceptuales	49

## **Capítulo II. Método.**

1. Tipo y diseño de investigación	51
2. Población y participantes	51
2.1 Criterios de selección de los participantes	51
2.2 Descripción de los participantes	52
3. Variables de estudio	55
3.1 Variables sociodemográficas	55
4. Técnicas de recolección de datos	55
4.1 Instrumentos	55
4.1.1 Inventario de estilos de personalidad de Millon (MIPS)	56
4.1.2 Cuestionario de modos de afrontamiento al estrés (COPE)	57
4.1.3 Escala de Clima Social Familiar de Moos (FES)	58
5. Procedimiento para obtener información	59
6. Análisis de los datos	60

## **Capítulo III. Resultados**

1. Resultados inferenciales.	61
1.1 Relación entre estilos de personalidad, modos de afrontamiento y clima social familiar	61
1.2 Relación entre estilos de personalidad y modos de afrontamiento	62
1.3 Relación entre estilos de personalidad y clima social familiar	64
1.4 Relación entre modos de afrontamiento y clima familiar.	65
1.5 Diferencias significativas en estilos de personalidad, modos de afrontamiento y clima familiar, según sexo	65
1.6 Diferencias significativas en estilos de personalidad, modos de afrontamiento y clima familiar, según edad	67
1.7 Diferencias significativas en estilos de personalidad, modos de afrontamiento y clima familiar, según tipo de amputación	69
1.8 Diferencias significativas en estilos de personalidad, modos de afrontamiento y clima familiar, según tiempo de amputación	71
1.9 Diferencias significativas en estilos de personalidad, modos de afrontamiento y clima familiar, según causa de amputación	73
2. Resultados descriptivos	75
2.1 Descripción de estilos de personalidad	75
2.2 Descripción de modos de afrontamiento al estrés	82
2.3 Descripción del clima social familiar de Moos	88
3. Resultados psicométricos de confiabilidad y validez de los instrumentos	93
3.1 Resultados de confiabilidad y validez del MIPS	93
3.2 Resultados de confiabilidad y validez del COPE	95
3.3 Resultados de confiabilidad y validez del FES	97

<b>Capítulo IV. Discusión.</b>	
1. Alcances de los resultados	101
1.1 Análisis inferencial	101
1.2 Análisis complementario	114
1.3 Análisis psicométrico de confiabilidad y validez	116
2. Conclusiones	118
3. Limitaciones del estudio	121
<b>Referencias</b>	122
<b>ANEXOS</b>	128

## Índice de figura y tablas

	Pág.
Figura 1. Factores que intervienen en la adaptación psicológica a la Amputación	42
Figura 2. Distribución de los participantes según sexo	52
Figura 3. Distribución de los participantes según edad	53
Figura 4. Distribución de los participantes según tiempo de amputación	53
Figura 5. Distribución de los participantes según tipo de amputación	54
Figura 6. Distribución de los participantes según causa de amputación	55
Tabla 1. Coeficiente de correlación rho de Spearman entre estilos de personalidad, modos de afrontamiento y clima social familiar	62
Tabla 2. Coeficiente de correlación rho de Spearman entre estilos de personalidad y modos de afrontamiento al estrés.	63
Tabla 3. Coeficiente de correlación rho de Spearman entre estilos de personalidad y clima social familiar	64
Tabla 4. Coeficiente de correlación rho de Spearman entre modos de afrontamiento y clima social familiar.	65
Tabla 5. Prueba de Mann-Whitney, para establecer diferencias significativas en estilos de personalidad, según sexo	66
Tabla 6. Prueba de Mann-Whitney, para establecer diferencias significativas en modos de afrontamiento, según sexo	66
Tabla 7. Prueba de Mann-Whitney, para establecer diferencias significativas en clima social familiar, según sexo	67
Tabla 8. Coeficiente H de Kruskal-Walis, para establecer diferencias significativas en estilos de personalidad, según edad	67
Tabla 9. Coeficiente H de Kruskal-Walis, para establecer diferencias significativas en modos de afrontamiento, según edad	68
Tabla 10. Coeficiente H de Kruskal-Walis, para establecer diferencias significativas en clima social familiar, según edad	68
Tabla 11. Prueba de Mann-Whitney, para establecer diferencias significativas en estilos de personalidad, según tipo de amputación	69
Tabla 12. Prueba de Mann-Whitney, para establecer diferencias significativas en modos de afrontamiento al estrés, según tipo de amputación	70
Tabla 13. Prueba de Mann-Whitney, para establecer diferencias significativas en clima social familiar, según tipo de amputación	70

Tabla 14. Coeficiente H de Kruskal-Wallis, para establecer diferencias significativas en estilos de personalidad, según tiempo de amputación	71
Tabla 15. Coeficiente H de Kruskal-Wallis, para establecer diferencias significativas en modos de afrontamiento, según tiempo de amputación	72
Tabla 16. Coeficiente H de Kruskal-Wallis, para establecer diferencias significativas en clima social familiar, según tiempo de amputación	72
Tabla 17. Coeficiente H de Kruskal-Wallis, para establecer diferencias significativas en modos de afrontamiento, según causa de amputación	73
Tabla 18. Coeficiente H de Kruskal-Wallis, para establecer diferencias significativas en modos de afrontamiento, según causa de amputación	74
Tabla 19. Coeficiente H de Kruskal-Wallis, para establecer diferencias significativas en modos de afrontamiento, según causa de amputación	74
Tabla 20. Medias y desviaciones estándar obtenidas de las escalas del inventario de estilos de personalidad de Millon	76
Tabla 21. Medias y desviaciones estándar obtenidas de las escalas del inventario de estilos de personalidad de Millon, según sexo	77
Tabla 22. Medias y desviaciones estándar obtenidas de las escalas del inventario de estilos de personalidad de Millon, según edad	78
Tabla 23. Medias y desviaciones estándar obtenidas de las escalas del inventario de estilos de personalidad de Millon, según tiempo de amputación	79
Tabla 24. Medias y desviaciones estándar obtenidas de las escalas del inventario de estilos de personalidad de Millon, según tipo de amputación	80
Tabla 25. Medias y desviaciones estándar obtenidas de las escalas del inventario de estilos de personalidad de Millon, según causa de amputación	81
Tabla 26. Medias y desviaciones estándar obtenidas en el cuestionario de modos de afrontamiento al estrés COPE	82
Tabla 27. Medias y desviaciones estándar obtenidas en el cuestionario de modos de afrontamiento al estrés COPE, según sexo	83
Tabla 28. Medias y desviaciones estándar obtenidas en el cuestionario de modos de afrontamiento al estrés COPE, según edad	84
Tabla 29. Medias y desviaciones estándar obtenidas en el cuestionario de modos de afrontamiento al estrés COPE, según tiempo de amputación	85
Tabla 30. Medias y desviaciones estándar obtenidas en el cuestionario de modos de afrontamiento al estrés COPE, según tipo de amputación	86
Tabla 31. Medias y desviaciones estándar obtenidas en el cuestionario de modos de afrontamiento al estrés COPE, según causa de amputación	87
Tabla 32. Medias y desviaciones estándar obtenidas en la escala clima social familiar de Moos	88

Tabla 33. Medias y desviaciones estándar obtenidas en la escala clima social familiar, según sexo	89
Tabla 34. Medias y desviaciones estándar obtenidas en la escala clima social familiar, según edad	90
Tabla 35. Medias y desviaciones estándar obtenidas en la escala clima social familiar, según tiempo de amputación	91
Tabla 36. Medias y desviaciones estándar obtenidas en la escala clima social familiar, según tipo de amputación	92
Tabla 37. Medias y desviaciones estándar obtenidas en la escala clima social familiar, según causa de amputación.	93
Tabla 38. Consistencia interna del MIPS, mediante el coeficiente alfa de Cronbach	94
Tabla 39. Coeficiente de correlación de Spearman intertest del MIPS.	94
Tabla 40. Análisis de principales componentes del MIPS	95
Tabla 41. Consistencia interna del COPE, mediante el coeficientes alfa de Cronbach	96
Tabla 42. Coeficiente de correlación de Spearman intertest del COPE	96
Tabla 43. Análisis de principales componentes del COPE.	97
Tabla 44. Consistencia interna de la escala FES, mediante el coeficiente Kuder Richardson	98
Tabla 45. Coeficiente de correlación de Spearman de las dimensiones y total del FES	99
Tabla 46. Análisis de principales componentes del FES.	99

## INTRODUCCIÓN

El tema de la presente investigación aborda la problemática de aquellos pacientes que han sufrido amputación del miembro inferior. Es relevante destacar lo señalado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011), que la proporción de personas con discapacidad oscila entre el 10% y 12% del total de la población mundial; encontrándose en éste universo las personas que han sufrido la pérdida de una o más extremidades.

La discapacidad por amputación se incrementa por enfermedades como la diabetes mellitus (DM), especialmente de tipo 2, cuyo incremento es alarmante en todas las latitudes. Se estima que las personas que presentan esta condición, tienen más probabilidad de sufrir este procedimiento que los no diabéticos (OMS, 2011). Además existen otras causas de amputación como en el cáncer de hueso u ostiosarcoma, en la enfermedad vascular referida a la trombosis venosa profunda, sobre todo a nivel de extremidades inferiores, así como en los producidos a consecuencia de accidentes de tránsito e industriales (Verdugo, 1995), que actualmente crece significativamente en nuestro medio.

La amputación es uno de los procedimientos quirúrgicos más antiguos de la humanidad y solo es realizada en situaciones en las cuales está en grave riesgo la vida del paciente (Alós, 2008). En este sentido, la amputación es un problema gravitante, que coloca a la persona amputada en circunstancias difíciles tanto por la pérdida parcial de la imagen corporal, como por la invalidez que vivencia a diario. Siendo necesario sobreponerse a la discapacidad sabiendo que seguirá el resto de su vida con una deformidad permanente, a pesar de lo que consiga al rehabilitarse; tal como señala Carrera (2000).

Asimismo, la amputación por su carácter irreversible está asociado con dificultades de adaptación, de tal manera que la calidad de vida y el bienestar psicológico están determinados por la experiencia de ajuste a las limitaciones cotidianas, que el paciente amputado debe de afrontar frecuentemente (Serra, 2001).

Es así, que los pacientes amputados de miembro inferior usualmente restringen su participación en actividades de la vida diaria por sus limitaciones funcionales, tornándose aislados. Igualmente, en estas personas existe un riesgo

latente de exclusión social, que vulnerada su necesidad de conservar el respeto de los demás, si a esta situación se aúna la falta de apoyo familiar, desempleo, entre otros, se incrementará la desvalorización de su imagen corporal, independientemente de la merma funcional sufrida (Verdugo, 1995)).

Por ello, es importante conocer estos aspectos para entender en parte las consecuencias funcionales, psicológicas y sociales que presentan las personas que han sufrido de amputación y su lucha constante para afrontar esta condición. En ese sentido, este estudio busca conocer la relación entre estilos de personalidad, modos de afrontamiento al estrés y el clima social familiar en los pacientes amputados de miembro inferior.

El presente trabajo de investigación, se divide en cuatro capítulos, en el primero, se trata sobre la problemática del estudio, permitiendo desarrollar el fundamento teórico del planteamiento del problema, así como los argumentos que sostienen los objetivos de la investigación.

En el segundo capítulo, se describe en detalle la forma en que se realizó el estudio, indicando el tipo y diseño de la investigación, el número de participantes, técnicas de recolección de datos, instrumentos, procedimiento para obtener la información y análisis de los datos.

En el tercer capítulo, se presentan los resultados obtenidos y su descripción, donde se incluyen tablas inferenciales y descriptivas.

El último capítulo se dedica a la discusión de los resultados, expresados en hallazgos relacionados con los objetivos propuestos en la investigación, para luego arribar a las conclusiones y limitaciones del estudio.

Finalmente se presentan las referencias y los anexos.

## Capítulo I

### MARCO TEÓRICO

#### 1. Importancia del problema

El estudio que se expone, es una investigación nueva en nuestro medio, cuyos participantes son amputados de miembro inferior, pacientes de un establecimiento de salud, que asisten para recibir tratamiento ambulatorio. Su importancia recae, en la necesidad de contar con un estudio empírico con variables de alta incidencia en esta problemática para conocer en qué medida las variables estilos de personalidad, modos de afrontamiento al estrés y el clima social familiar, se relacionan en la población estudiada, así como su impacto en la adaptación a la discapacidad.

Tiene por finalidad brindar información para llegar con objetividad a conocer estas variables que podrían también estar implicadas en el proceso rehabilitador, contribuyendo de este modo, tanto a la prevención como a la promoción de una adaptación saludable con adherencia al tratamiento rehabilitador.

De igual manera, el conocimiento obtenido en este estudio podrá dar mayores elementos empíricos para el abordaje de la problemática crucial que afrontan los discapacitados por amputación de miembro inferior y orientar la intervención psicológica a fin de mejorar su calidad de vida y el de su familia. Igualmente, este estudio podrá contribuir con sus resultados en los centros de salud que los alberga, para intervenir de manera oportuna en la adaptación a la discapacidad y en las recidivas de su salud general por estados emocionales adversos y por ende disminuir los costes de la atención.

A nivel práctico, el estudio realizado ofrece un aporte a la psicología de rehabilitación, proporcionando instrumentos especializados que cuentan con validez y confiabilidad, para la población de amputados de miembro inferior, cuyos resultados de evaluación, mostrarán sus características psicológicas particulares; de este modo, orientarán con mayor precisión los programas de intervención con el paciente y su familia.



A nivel metodológico, los instrumentos empleados en la investigación: estilos de personalidad (MIPS), modos de afrontamiento al estrés (COPE) y clima social familiar (FES), confirmaron su solidez en las características psicométricas de confiabilidad por consistencia interna y validez de constructo; siendo útiles para la evaluación de estos pacientes, así como para la realización de futuras investigaciones orientadas a ampliar el abordaje de una problemática compleja, como es la discapacidad por amputación de miembro inferior.

## **2. La personalidad desde la visión de Theodore Millon**

La personalidad, así como otros conceptos psicológicos, muestra como característica destacable la ausencia de un consenso al definirlo como constructo. En ese sentido, para efectos de este estudio se toma la teoría de personalidad de Millon, como modelo de análisis para estudiar la personalidad de los pacientes amputados del miembro inferior.

Millon (1969), empieza sentando las bases de un modelo de personalidad desde la integración de principios comunes de distintas teorías: psicodinámica, conductual, cognitiva, interpersonal o biofísica, con un sistema de clasificación diagnóstica, instrumentos de medida y técnicas de intervención. A decir de Millon (1974), estas teorías son incongruentes con la naturaleza interna de la personalidad, porque no contemplan la unión de variables que intervienen para formar una matriz de la persona. Pues solamente tratan una parte de la compleja matriz psicológica que configura la personalidad. Fundamenta que el modelo integrador de aprendizaje biosocial es el más adecuado para explicar y tratar la personalidad y sus trastornos (Millon, 1974, 1981).

Millon (1990), para sustentar su teoría como integradora, propone estilos y prototipos desde la perspectiva nomotética que enfatiza lo que hay de común en las personas, al cual incorpora un concepto de polaridad, y a la vez, agrega un rasgo de sub tipo de personalidad, producto de un estudio de perspectiva ideográfica que resalta la individualidad, complejidad y singularidad de cada persona. Es decir, existen características comunes a todas las personas, que requieren comparación entre ellas con su entorno y cuenten con conceptos definidos. Asimismo, existe un patrón individual en el comportamiento y reacción ante los acontecimientos. Desde esa perspectiva una *“persona será el resultado*

*de una historia única de transacciones entre factores constitucionales y contextuales que determinan la característica individual y única de la persona*”, según lo señalado por (Millon y Davis, 1996, p.8).

Asimismo, Millon y Davis (1996) proponen el concepto de sistema al abordar la personalidad, definiéndola como un constructo integrador que crea un punto de unión entre las perspectivas nomotéticas e ideográfica; digamos que, la personalidad reflejaría un sistema psíquico de estructura y funciones organizadas; donde cada persona de acuerdo a sus necesidades, motivos, mecanismos, rasgos, esquemas y defensas, desarrollará su patrón de personalidad que *“son aquellos modos intrínsecos y permanentes de funcionar que surgen de la matriz entera de la historia del desarrollo individual y caracterizan sus percepciones y sus maneras de comportarse con respecto a su medio ambiente”* Millon, (1974, p. 432). En consecuencia, la personalidad como constructo, se expresa en los diversos comportamientos que comprende el funcionamiento individual en relación con su contexto.

## **2.1 Concepto de personalidad**

A través de la historia, se conoce que el concepto de personalidad es milenario; derivado del término griego persona, entendido en sus orígenes, como máscara que era utilizada por actores de teatro. Abarcaba los aspectos aparentes de la persona, incluyendo otros rasgos, además de los que caracterizaba realmente a la persona. Este significado ha cambiado con el tiempo, y el vocablo persona, comenzó a representar a la persona real con sus características aparentes, explícitas y manifiestas. Entendiéndose actualmente a la personalidad como *“aquellas características psicológicas más internas, ocultas y menos aparentes del individuo”* (Millon y Davis, 1996, p. 4)

Siguiendo la misma dirección, Millon define la personalidad en términos de *“un patrón complejo de características psicológicas en su mayor parte inconscientes, que no pueden ser eliminadas fácilmente y que se expresan de manera automática en muchos comportamientos. Estas características surgen de una compleja matriz de disposiciones biológicas y aprendizajes experienciales, y comprende a la característica distintiva de los modos de percibir, sentir, pensar y afrontar la realidad de los sujetos”* (Millon y Davis, 1996, p. 7). Es decir, las

características de personalidad son una organización que proviene de una acción recíproca y constante de aprendizajes y disposiciones biológicas que se expresan en necesidades, actitudes y conductas (Millon, 1974). Entonces, el hombre desde su nacimiento, se encuentra permanentemente dentro de interacciones sociales en una diversidad de ámbitos, que le brindan experiencias de aprendizajes, los cuales van configurando su personalidad que se expresa en las relaciones con los demás y con el entorno, así como con él mismo.

## **2.2. El modelo evolutivo de la personalidad de Millon**

Millon en 1994, inspirado en el planteamiento de Godel (1931, citado por Millon y Davis, 1996) plantea que *“ningún sistema puede probar desde sí mismo sus propias proposiciones”* (p.73), decidiendo redefinir su modelo de la personalidad y sus trastornos. El cambio fundamental muestra una reevaluación de las características más profundas y latentes en las que se basa el funcionamiento humano, es decir, las diversas formas de expresión de los comportamientos, pensamientos y sentimientos, llegando a la conclusión, de que la mejor manera de explicar las leyes del funcionamiento humano consistía en examinar los principios derivados de manifestaciones no psicológicas de la naturaleza como la física, la química y sobre todo la biología. Mediante estas reconsideraciones, dedujo que los principios y procesos de la evolución eran esencialmente universales. Esta posición teórica, hace que el modelo evolutivo de la personalidad, podría ser conceptualizado como una teoría de la filogénesis (Millon, 1994, citado por Sánchez-López, Díaz y Aparicio, 2001).

En ese contexto, Millon explica que las personas son el *“único sistema orgánicamente integrado de la psicología, que han evolucionado durante miles de años y son inherentemente creadas desde el nacimiento como entidades de la naturaleza, más que como gestalts limitadas por la cultura y derivadas de la experiencia”* ( Millon y Davis, 1996, p.74). Es decir, la cohesión propia de las personas es una unidad sustantiva, con características que son parte de una entidad biopsicológica insoluble que es producto del progreso y desarrollo evolutivo. En ese sentido podría entenderse a la personalidad, como la representación del mayor o el menor estilo distintivo de funcionamiento adaptativo que tiene una persona frente a sus entornos cotidianos.

Asimismo, Millon y Davis (1996), analizan la configuración de la personalidad como un proceso de desarrollo en el que influyen tanto variables biológicas como ambientales, siendo los factores biológicos facilitadores para configurar o limitar la naturaleza de las experiencias y aprendizajes de la persona. Además sostienen, que la interacción entre los factores biológicos y psicológicos no es unidireccional, en el sentido de que los determinantes biológicos siempre preceden e influyen en el curso del aprendizaje y de la experiencia. En consecuencia, el orden de los efectos también puede ser inverso, de modo especial, en las etapas iniciales del desarrollo, pues la maduración biológica depende de la experiencia favorable con el entorno de manera importante.

Visto de ese modo, Millon (1974) señala que *“los aprendizajes tempranos son de suma importancia para determinar patrones de comportamiento a lo largo de la vida del individuo”* (p.430). Como tal, la persona va desarrollando un conjunto de reglas, esquemas y maneras de procesar la información generándose un sistema adaptativo frente a sus entornos habituales. Sin embargo en el caso de los trastornos de la personalidad, estos son concebidos como estilos problemáticos de adaptación (Millon, 1994).

Igualmente, Millon (1994) sostuvo que el patrón de personalidad es la base para funcionar en forma normal o patológica de las personas; siendo ambos conceptos relativos y reflejan puntos arbitrarios de un continuo. Así, entendida la psicopatología, estaría constituida con los mismos procesos y principios que los que se encuentran en el desarrollo normal y en el aprendizaje. Es decir, que los patrones de personalidad sean estos normales o patológicos, son fundamentalmente los mismos de acuerdo a los rasgos básicos que los conforman. En consecuencia, las diferencias se encuentran en el carácter, el tiempo, la intensidad o la persistencia de determinadas influencias. De ahí que, algunas personas adquieren hábitos y actitudes mal adaptadas, mientras que otras son adaptadas (Millon y Davis ,1996).

A la vez, (Millon y Davis, 1996; Millon, 1974; Millon, 1981) refieren que ningún límite estricto separa la normalidad de la patología; sino, son las circunstancias contextuales que pueden cambiar. Es decir, que determinadas conductas pueden mostrarse normales mientras que otras conductas no. Aunque la distinción sea difícil entre la normalidad y la patología por ser tenue y cambiante; Millon y Davis (1996) proponen tres criterios de conductas

desadaptativas:

- a. Cuando el sujeto no dispone de madurez ni de mecanismos suficientes para afrontar situaciones frustrantes.
- b. Cuando se encuentra expuesto a situaciones que promueven el refuerzo de aprendizajes poco adaptativos o inadecuados.
- c. Cuando se producen déficits en los comportamientos adaptativos por carencia de experiencias y estímulos de socialización.

Por tanto, la patología de la personalidad podría ser cualquier patrón de comportamiento que pudiera ser consistente, no adaptativo o deficiente en los sistemas familiar y social en los que se desenvuelve la persona. Entonces, conforme a la perspectiva de sistemas, se reconoce que algunos síndromes de la personalidad descritos por Millon (1990), y formulados por el DSM-III, pudieran ser el resultado de un aprendizaje inadecuado o mal dirigido, mientras que otros son consecuencia de conflictos. Así por ejemplo, algunas personas dependientes se originan por la sobreprotección de sus padres y de un aprendizaje de insuficiente autonomía en su comportamiento.

Es importante entender, que los rasgos de la personalidad, además de manifestarse en el entorno familiar y grupal; se expresan en el estilo de comunicación, en la competencia interpersonal y en las habilidades sociales que podrían producir reacciones que configurarían cualquier alteración que la persona pudiese presentar en el futuro. En consecuencia el comportamiento y las actitudes que las personas presentan hacia los demás, pueden ser reacciones recíprocas que influirán en la estabilidad o acentuarán los problemas. Como tal, las personas disponen de sus características familiares y sociales para relacionarse con los demás de manera más adaptativa o desadaptativa (Millon y Davis, 1996; Millon, 1981).

Es el caso ahora, referirnos a la base conceptual del modelo evolutivo de la personalidad de Millon (1994). Para esto se toma en cuenta las cuatro etapas en las que se aplican los principios evolutivos y ecológicos que atraviesan los miembros de cada especie, para desarrollarse de forma adecuada en la vida y que son aplicables a todo organismo vivo, considerando igualmente, que cada etapa va asociada a una polaridad o bipolaridad que confiere contenido a ese sistema, desde la perspectiva biopsicosocial.

Los cuatro componentes del modelo evolutivo y sus respectivas polaridades

son: propósitos de la existencia (placer-dolor), adaptación (activo-pasivo), replicación (Sí mismo - otros), abstracción (pensamiento- sentimiento).

Millon (1994), describe los propósitos de la existencia: expansión y preservación de la vida: polaridad placer-dolor; que se refiere a la transformación casual de estados menos organizados en estados de mayor organización. Esta polaridad, oscila entre la promoción de la vida por un lado y preservación de la misma por el otro; o sea la búsqueda de acontecimientos que proporcionen placer con actitudes y comportamientos que promueven la vida. Estas actitudes producen en la persona sentimientos de bienestar, contribuyendo a la vitalidad y competencia. En el otro polo, se encuentra la evitación del dolor tanto físico como psíquico, esto es la percepción de amenazas contra la integridad Millon (1990).

Esta bipolaridad se denomina estilos “con dificultades para el placer” (Millon y Davis, 1996, p. 84), incluye a las personalidades: esquizoide, evitadora, y depresiva con predisposición al aislamiento social. La normalidad de esta polaridad, se caracteriza por el equilibrio dinámico de la bipolaridad placer- dolor; desarrollándose un estilo coordinado que permitiría experimentar la búsqueda del placer en la vida, frente a dirigir sus esfuerzos para evitar sus sufrimientos.

Asimismo, Millon (1994) describe los modos de adaptación: adecuación y modificación: polaridad pasividad-actividad; que se relacionan con los procesos homeostáticos empleados por los seres vivos, a fin de sobrevivir en los ecosistemas.

La acomodación ecológica refleja una orientación pasiva o sea, se refiere a encajar pasivamente para obtener el sustento necesario que brinda el entorno para el desarrollo. Se podría decir, que el empleo de la acomodación no es nocivo para evitar dificultades y adaptarse a las situaciones en aras de un desarrollo saludable. Sin embargo el lado patológico de este estilo radica en las personas cuyo exceso de pasividad les impide conducir su propia vida (Millon, 1981).

En cambio, lo característico del estilo de modificación ecológica es la orientación activa, es decir, cambiar el entorno, refleja tomar la iniciativa para la configuración de los acontecimientos vitales con el objetivo de satisfacer las propias necesidades que realizan las personas. Digamos, que si bien la modificación del entorno puede ayudar a desarrollar capacidades; pero actos que vayan en contra de lo establecido, es propia de las personas que buscan fuentes de placer socialmente inaceptables a costa de los demás. A esta polaridad le

corresponde el trastorno histriónico, dependiente, narcisista y antisocial de la personalidad, que son entendidos como estilos “interpersonales desequilibrados” (Millon y Davis, 1996, p. 84). A decir de Millon (1990), la normalidad requiere un estilo donde exista un equilibrio flexible entre ambas polaridades, o sea, entre “*aceptar lo que nos tiene preparado el destino o por el contrario tomar la iniciativa y alterar el contexto*” (Millon, 1994, p. 29).

También, Millon (1994) especifica las estrategias de replicación: Polaridad: consecución del sí mismo y crianza reproductora, que albergan los estilos de reproducción y maximización de la individualidad. Millon, sostuvo que todas las especies tienen los mismos principios básicos: alimentarse, sobrevivir y reproducirse transfiriendo su herencia; a su vez cada especie tiene su forma de adaptarse y estilo de supervivencia (Millon y Davis, 1996; Millon, 1994, citado por Sánchez-López, et al., 2001). Por tanto, cobra relieve el concepto de individuación porque tiene mucho en común con el de consecución, ya que cualquier impedimento del individuo como unidad va en contra de la vida. Esta razón, hace importante a la individualidad para conseguir objetivos y amar a los demás en forma constructiva. Asimismo, en esta polaridad se incluyen a los estilos “con conflictos intrapsíquicos” Millon y Davis (1996, p. 84), que son los trastornos: sádicos, obsesivo-compulsivo, negativista y masoquista, los cuales reflejarían incapacidad para orientar las relaciones personales y los mecanismos defensivos.

Siguiendo la misma línea, Millon (1990) señala que la normalidad de la replicación, se encuentra en el equilibrio entre ambas polaridades (sí mismo-otros), permitiendo saber si la persona debe configurar su vida en función a sus propios deseos y necesidades o dedicarse al apoyo y bienestar de los demás.

Finalmente el proceso de abstracción, Millon (1994) hace referencia a las capacidades que promueven la planificación y la toma de decisiones basadas en el razonamiento. Esta polaridad está relacionada con la capacidad de las personas para representar y simbolizar tanto el mundo externo como el interno (Casullo, 2000). Es decir está estrechamente vinculado a la “*capacidad de reflexión para trascender lo inmediato y lo concreto, interrelacionar y sintetizar la diversidad, representar simbólicamente los acontecimientos y procesos, sopesar, razonar y anticipar. Todo ello constituye un salto cuantitativo en el potencial evolutivo para el cambio y la adaptación*” (Millon y Davis, 1996, p. 104). Digamos

entonces, que la abstracción refleja el mecanismo recombinante esencial de la progresión cognitiva de la ontogenia, donde las experiencias que se han internalizado y recombinados mediante procesos cognitivos son finitos. Es así, que en el transcurso de la vida de una persona ocurren muchísimos sucesos de carácter casual, lógico o irracional que se construyen o reformulan constantemente, de tal manera que algunos de ellos se muestran más adaptados, pero otros menos en similares situaciones originarias que los provocaron. Esto indica que la capacidad de abstracción sea implícita o intencional genera competencias adaptativas en condiciones divergentes que pueden ser producto de una compleja elaboración simbólica y tecnológica (Millon, 1974; Millon, 1990).

### **2.3. Estilos de personalidad y su medida a través del MIPS**

Millon (1994) propuso en su modelo teórico de la personalidad que en la complejidad de las motivaciones, de los modos cognitivos y de los comportamientos, se encuentra un orden coherente de *“profundos vínculos interrelacionados del que se derivan diferentes expresiones de la personalidad, que constituyen un conjunto de disposiciones interactivas dinámicas que se combinan para formar las diversas configuraciones denominadas estilos de personalidad”* ( Millon, 1994, citado por Sánchez-López, et al., 2001, p. 50). Es decir, los estilos de personalidad *“comprende a la característica distintiva de los modos de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse de una persona frente a su entorno”* (Millon y Davis, 1996, p.4). En consecuencia, esas características distintivas hacen que cada persona sea diferente frente a otra, y constituyen un aspecto destacado para evaluar, valorar y comprender su personalidad. En ese contexto, el estilo personalidad sería el *“resultado de la confluencia entre las metas que las personas tienen en la vida, su manera de procesar la información y su modo de comportarse con el entorno”* Millon (1994, p.32).

Asimismo, Millon (1994) señala que cada especie tiene en su estilo de adaptación características propias; pero a su vez, en cada especie existen diferencias entre sus miembros, tanto en el estilo como en éxito para adaptarse a los variados y cambiantes entornos a los que tienen que afrontar. Es así, que *“el término personalidad, representaría los estilos más o menos distintos de funcionamiento de adaptación que un miembro en particular de una especie,*



*muestra para relacionar con su habitual gama de entorno*” (Aparicio y Sánchez-López, 1999; Millon, 1994, citado por Sánchez-López et al., p.21. En ese sentido, lo que caracteriza realmente a la persona sería el patrón de cambio, que es la “imagen en movimiento”, facilitando que se tome en cuenta la regularidad de los cambios, más que una “imagen fija” que podría ser engañosa. En consecuencia, los estilos de personalidad son los que van a permitir reconocer lo “invariante” de la persona a través de conductas muy distintas (Aparicio y Sánchez-López, 1999 p. 191; Millon y Davis, 1996). Esto muestra, la importancia que tiene el estudio del patrón de cambio que singulariza a la persona, lo que puede ser observado, denotando sus comportamientos tangibles frente a los demás. A partir de ello, se podrían explicar los parecidos observados en la conducta de diferentes personas, toda vez que los estilos son dimensiones continuas que albergan aspectos cognitivos y conativos de la conducta.

En consecuencia, el patrón de personalidad normal tiene capacidad de enfrentar a su entorno en forma apropiada y flexible con percepciones y conductas habituales que favorecen su desarrollo; a diferencia del patrón de personalidad patológico que representa estilos de funcionamiento inadaptados que puede deberse a deficiencias, desequilibrios o conflictos en la capacidad para relacionarse con el entorno. Es decir que responde a las circunstancias y a las relaciones habituales en forma rígida con percepciones, hábitos y conductas que incrementan su insatisfacción o disminuyen sus oportunidades de aprender y progresar (Aparicio y Sánchez-López, 1999; Millon y Davis, 1996; Millon, 1974; Millon, 1994, citado por Sánchez-López, et al., 2001).

Estas consideraciones, indican que el abordaje de la personalidad no sólo debe ser, desde su estructura, sino de manera relevante de su dinámica, es decir la disposición al cambio y modificación del entorno para encontrar mayores fuentes de bienestar, y de aquellas diferencias que hacen únicas a las personas. Desde esta perspectiva evaluar, interpretar e intervenir en el comportamiento y su relación con el medio ambiente, son pasos imprescindibles para conocer el funcionamiento psicológico de las personas.

Es así, que Millon (1994), diseña un instrumento de evaluación basado en el modelo de personalidad que está cimentado en la teoría biosocial y evolutiva, para medir toda la gama de estilos de funcionamiento normal y no patológicos de la personalidad en adultos de 18 a 65 años. El Inventario de Estilos de

Personalidad (MIPS), es un instrumento de 180 ítems dicotómicos, cuya concepción teórica permite evaluar la personalidad de forma integral. Es decir desde su estructura, dinámica y contexto, mediante una red de características interrelacionadas.

El MIPS, está conformado por veintisiete escalas; veinticuatro son de personalidad que se agrupan en doce pares, cada uno de los cuales tiene dos escalas yuxtapuestas que son las polaridades. Los doce pares de las escalas se encuentran organizados en tres grandes áreas: el área de metas motivacionales: indica los estilos de la persona para obtener refuerzo de su entorno. Es decir, la forma que tiene para expresar cómo está impulsado, estimulado y dirigido por propósito definidos. El área de modos cognitivos: analiza el estilo que tiene la persona para procesar la información. Por tanto, indica la forma cómo la persona busca, ordena, internaliza y transforma la información que proviene del entorno y de sí mismo. Finalmente, el área de conductas interpersonales: evalúa el estilo que tiene de la persona en su relación con los demás. Es decir, la manera cómo la persona se relaciona con los demás, de acuerdo con sus motivaciones y el conocimiento que ha integrado de su entorno social.

Además el MIPS, incluye tres indicadores de control o validez: impresión positiva, dirigida a identificar a la persona que trata de dar una impresión muy favorable en el test; impresión negativa: orientada a reconocer a la persona que da respuestas que tienden a ser negativas sobre sí misma. Finalmente, consistencia que proporciona la validez de los datos obtenidos. Cuanto mayor es su valor, mayor es la coherencia de las respuestas y menores son las contradicciones; es el índice de control de sinceridad (Millon, 1994, citado por Sánchez-López, et al., 2001)

### **2.3.1 El área de las metas motivacionales**

Esta dimensión se relaciona con la obra de Freud (Sánchez-López, et al., 2001). Presenta gran semejanza con conceptos vertidos en su obra “Los instintos y sus vicisitudes” como “necesidad”, “pulsión”, “afecto” y “emoción” (Millon, 1994). Las metas motivacionales expresan los deseos y metas que incitan y guían a los seres humanos con los propósitos y fines que los llevan a actuar de un modo determinado. Cuenta con tres componentes: existencia, adaptación y replicación (tratados líneas arriba).

Partiendo de estos tres componentes Millon elabora tres bipolaridades, que miden la orientación de las personas a obtener refuerzo del medio. La primera evalúa el objetivo que tiene la persona de mejorar su propia vida o reforzar su propia capacidad para sobrevivir (expansión), o evitar situaciones percibidas como amenaza a su supervivencia (preservación), procedente del mundo. La segunda evalúa en qué medida sus actividades reflejan una disposición a modificar el mundo (modificación) o a acomodarse a él (adecuación) y la tercera se centra en la fuente del esfuerzo, evaluando en qué medida el sujeto está motivado principalmente por metas relacionadas con él (individualidad), o relacionadas con los demás (protección) (Millon, 1994, citado por Sánchez-López, et al., 2001).

A continuación se describen en forma breve, cada rasgo perteneciente a la escala de las metas motivacionales que incluye Millon en el manual del MIPS (1994):

- **Expansión:** Las personas que obtienen un puntaje elevado en apertura tienden a ver el lado bueno de las cosas, son optimistas en cuanto a las posibilidades que les ofrece el futuro, les resulta fácil pasarlo bien y enfrentan con ecuanimidad los altibajos de la existencia.
- **Preservación:** Los individuos que obtienen un puntaje elevado en preservación se concentran en los problemas de la vida y los agravan. Piensan que su pasado ha sido desafortunado, parecen estar siempre esperando que algo salga mal y creen probable que las cosas vayan de mal en peor. Preocupaciones y decepciones de escasa importancia logran trastornarlos con facilidad.
- **Modificación:** Las personas que obtienen un puntaje elevado en modificación, son vivaces, tienen agudeza mental, toman su vida en sus manos y hacen que las cosas sucedan en lugar de mantenerse pasivamente en espera. Se ocupan diligentemente de modificar su entorno e influyen en los acontecimientos a fin de que estos satisfagan sus necesidades y deseos, sin embargo otros son impulsivos y susceptibles.
- **Adecuación:** Las personas que obtienen un puntaje elevado en acomodación ponen muy poco empeño en dirigir o modificar su vida. Reaccionan ante los acontecimientos acomodándose a las circunstancias creadas por otros; parecen condescendientes, son incapaces de abandonar su indolencia, no

tienen iniciativa y hacen muy poco para provocar los resultados que desean. Tienen una actitud pasiva, esperando que las cosas sucedan y reaccionan sólo después que los hechos han sucedido.

- **Individualismo:** Los sujetos que obtienen un puntaje elevado en individualismo están orientados a satisfacer sus propias necesidades y deseos; es decir, procuran realizarse plenamente ellas mismas en primer lugar, se preocupan muy poco del efecto que pueda tener su conducta en los demás, y tienden a ser a la vez independientes y egocéntricas.
- **Protección:** Las personas que obtienen un puntaje elevado en protección están motivadas para satisfacer en primer lugar las necesidades de los demás, para ocuparse del bienestar y los deseos de otras personas antes que de los propios. Se las considera protectoras, capaces de anteponer el cuidado de los demás al de sí mismas (Millon, 1994).

### 2.3.2 El área de los modos cognitivos

Esta dimensión de la personalidad, se relaciona con la orientación cognitiva de la tipología de Carl Jung. Abarca las fuentes utilizadas por las personas para adquirir conocimientos acerca de su mundo y transformarla para satisfacer sus necesidades cognitivas. Evalúa las diferencias entre las personas, respecto a la disposición de ser receptivos a la información que está bien estructurada y tangible, es decir lo que toman en cuenta al experimentar y aprender sobre la vida y luego lo que hacen habitualmente para lograr que ese conocimiento resulte significativo y útil para ellas; a diferencia de la disposición de otras personas para recibir la información que es confusa e intangible, por lo que pueden ser asociadas con acciones que se inspiran en la probabilidades, los desafíos y la especulación (Millon, 1994).

Son cuatro bipolaridades que presenta esta área:

- **Extraversión:** Las personas que obtienen un puntaje elevado en extraversión recurren a los demás en procura de estimulación y aliento. Sus amigos y colegas son para ellas fuente de ideas y orientación, de inspiración y energía; las ayudan a mantener alta su autoestima y las confortan con su presencia.
- **Introversión:** Las personas que obtienen un puntaje elevado en introversión prefieren utilizar sus propios pensamientos y sentimientos como recurso; su principal fuente de inspiración y estimulación no son los demás sino ellas

mismas. A diferencia de los extravertidos, los introvertidos experimentan una gran serenidad y comodidad manteniéndose alejados de las fuentes externas, y son propensos a seguir los impulsos originados en su interior.

- **Sensación:** Las personas que obtienen un puntaje elevado en sensación derivan sus conocimientos de lo tangible y lo concreto; confían en la experiencia directa y los fenómenos observables más que en el uso de la inferencia y la abstracción. Lo práctico y lo real, lo literal y lo fáctico son lo que las hace sentirse cómodas y les inspira confianza.
- **Intuición:** Las personas que obtienen un puntaje elevado en intuición prefieren lo simbólico y desconocido a lo concreto y observable. No rehúyen lo intangible y disfrutan de las experiencias más misteriosas y las fuentes más especulativas de conocimiento.
- **Pensamiento:** Las personas que obtienen un puntaje elevado en reflexión prefieren procesar los conocimientos por medio de la lógica y el razonamiento analítico. Sus decisiones se basan en juicios desapasionados, impersonales y objetivos y no en emociones subjetivas.
- **Sentimiento:** Las personas que obtienen un puntaje elevado en afectividad forman sus juicios tomando en consideración sus propias reacciones afectivas frente a las circunstancias, evaluando subjetivamente las consecuencias que tendrán sus actos para quienes resulten afectados por ellos, y guiándose por sus valores y metas personales.
- **Sistematización:** Las personas que obtienen un puntaje elevado en sistematización son muy organizadas y predecibles en su manera de abordar las experiencias de la vida. Transforman los conocimientos nuevos adecuándolos a lo ya conocido y son cuidadosas, cuando no perfeccionistas, incluso al ocuparse de pequeños detalles. En consecuencia, se las considera ordenadas, minuciosas y eficientes.
- **Innovación:** Las personas que obtienen un puntaje elevado en innovación tienden a ser creativas y a asumir riesgos, y están prontas a modificar y reordenar cualquier cosa con que tropiecen. Parecen disconformes con la rutina y lo predecible, y transforman lo dado siguiendo sus corazonadas y tratando de producir consecuencias nuevas e imprevistas (Millon, 1994).

### 2.3.3 El área de las conductas interpersonales

Esta dimensión valora los estilos de la persona para relacionarse; aquellos que determinan su interacción con la familia y con los contextos sociales. Están orientados hacia los rasgos conductuales que caracterizan las acciones de las personas y permiten estimar las dimensiones interpersonales de las personalidades normales. El estilo del comportamiento interpersonal deriva también en parte de las características de las metas motivacionales y los modos cognitivos de una persona (Millon, 1994).

Estos estilos están caracterizados por cinco bipolaridades:

- **Retraimiento:** Las personas que obtienen un puntaje elevado en retraimiento se caracterizan por su falta de emotividad y su indiferencia social. Tienden a ser silenciosas, pasivas, renuentes a participar. Es probable que los demás las consideren calladas y aburridas, incapaces de hacer amigos, apáticas y desligadas de todo.
- **Sociabilidad:** Las personas que obtienen un puntaje elevado en comunicatividad buscan estimulación, excitación y atención. A menudo reaccionan con vivacidad ante situaciones de las que son testigos, pero por lo general su interés se desvanece rápidamente. Brillantes en la vinculación social y simpática en las relaciones interpersonales, también pueden ser exigentes y manipuladoras.
- **Indecisión:** Las personas que obtienen un puntaje elevado en vacilación son por lo general apocadas, tímidas y experimentan nerviosismo en situaciones sociales. Desean intensamente agradar y ser aceptadas, pero a menudo temen que los demás las rechacen. Sensibles y emotivas, son, al mismo tiempo, desconfiadas, solitarias y propensas a aislarse.
- **Decisión:** Las personas que obtienen un puntaje elevado en firmeza tienden a creer que son más competentes y talentosas que quienes las rodean. A menudo son ambiciosas, egocéntricas y seguras de sí mismas, y no tienen pelos en la lengua. Es probable que los demás las vean como arrogantes y desconsideradas.
- **Discrepancia:** Las personas que obtienen un puntaje elevado en discrepancia tienden a actuar de modo independiente y no conformista. A

menudo se niegan a acatar normas tradicionales, manifestando una audacia que puede ser vista como imprudente o como animosa y esforzada.

- **Conformismo:** Las personas que obtienen un puntaje elevado en conformismo es probable que sean honradas y tengan autodominio. Su relación con la autoridad es respetuosa y cooperativa, y tienden a actuar con formalidad y buenas maneras en las situaciones sociales. Es improbable que dejen traslucir su personalidad o que actúen espontáneamente.
- **Sumisión:** Las personas que obtienen un puntaje elevado en sometimiento, están más habituadas al sufrimiento que al placer, son sumisas y tienden a rebajarse ante los demás. Su conducta, condena al fracaso cualquier esfuerzo que se realice por ayudarlas, determina que pierdan oportunidades de ser recompensadas y les impide reiteradamente triunfar en sus empeños aunque posean la capacidad necesaria.
- **Dominio:** Las personas que obtienen un puntaje elevado en control son enérgicas y a menudo dominantes y socialmente agresivas. Tienden a verse a sí mismas como intrépidas y competitivas. Para ellas, la gentileza y las demostraciones de afecto son signos de debilidad, y por lo tanto las evitan, mostrándose obstinadas y ambiciosas.
- **Descontento:** Las personas que obtienen un puntaje elevado en insatisfacción tienden a ser pasivo-agresivas y malhumoradas, y por lo general se sienten insatisfechas. Sus estados de ánimo y su conducta son muy variables. A veces son sociables y amistosas con los demás, pero en otras ocasiones se muestran irritables y hostiles, y expresan su creencia de que son incomprendidas y poco apreciadas.
- **Aquiescencia:** Las personas que obtienen un puntaje elevado en aquiescencia tienden a ser simpáticas socialmente, mostrándose receptivas y maleables en su relación con los demás, con quienes establecen vínculos afectivos y lealtades muy fuertes. Sin embargo, ocultan sus sentimientos negativos, en especial cuando esos sentimientos pueden parecer censurables a las personas a quienes desean agradar (Millon, 1994).

### 3. El estrés

#### 3.1 Definición

Las investigaciones de Selye (1974) en el campo de las ciencias de la salud sobre el estrés y el Síndrome General de Adaptación (SGA) ejercen una gran influencia en el significado y concepto del estrés. Para Selye el estrés es una respuesta ante las demandas nocivas del entorno, que conlleva a un proceso activo de resistencia del organismo frente a los estímulos mediante el cual intenta restaurar el equilibrio.

Los estudios sobre el estrés, tanto en el campo de la Psicología como en otras ciencias de la salud aumentan de forma considerable, investigando no sólo las características de los estímulos capaces de provocar estrés, sino también centrándose en el estudio de factores personales e individuales como el afrontamiento, que son los que en definitiva van a establecer el resultado final respecto a la adaptación o inadaptación a la situación que vive la persona.

Así mismo, de acuerdo con lo señalado por Sarafino (1999), el estrés se entiende como un estímulo del medio que exige un esfuerzo inhabitual de los mecanismos homeostáticos de la persona. Por esta razón, un organismo se hace más vulnerable a los problemas de salud, cuando su equilibrio se altera sobre todo, cuando permanece crónicamente alterado (Sandin, 1995).

Siguiendo este sentido, definen el *“estrés como el resultado de una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”* Lazarus & Folkman (1986, p. 29), es decir, cuanto más amenazante se evalúe un evento y menos efectivos sean los modos de afrontamiento empleados, mayor será el grado de estrés. Empleando el modelo de estrés de Lazarus, se puede decir, que la amputación de uno o dos de los miembros inferiores, provocaría en el paciente un elevado nivel de estrés, según cómo evalúe y cómo afronte el evento traumático de la discapacidad; que a su vez tendría repercusiones en el proceso rehabilitador y en las demás esferas de su vida (Pelenchano, Matud & De Miguel, 1994).



### 3.2 El estrés en la vida diaria

Por lo general las personas asocian el estrés con experiencias desagradables e incómodas ya que cualquier cambio que requiera adaptación genera estrés. Pero, cuando el estrés es mantenido o alcanza niveles elevados sus consecuencias negativas pueden ser múltiples (Selye, 1974), en la medida que la tensión entre la presión que percibimos y capacidad para hacerle frente, están condicionadas por factores individuales como las características predisponentes de la personalidad, motivaciones y actitudes; estos van a determinar cómo las personas perciben y valoran las demandas de la situación. Esta evaluación influye sobre los modos de afrontamiento y las respuestas emocionales de las personas (Sarafino, 2002).

Asimismo, Lazarus & Folkman (1984) destacan a la evaluación cognitiva como mediadora entre los estímulos y las reacciones de estrés. De este modo, las experiencias estresoras que viven las personas provienen de tres fuentes básicas: el entorno, el propio cuerpo y los propios pensamientos.

- a. El entorno, que presiona al sujeto con demandas de adaptación, como ruidos, tránsito desordenado, presión laboral, desempleo, entre otros.
- b. El propio cuerpo, tensa a la persona, con los cambios que suceden en las distintas etapas del ciclo vital, o en la enfermedad. Igualmente, Cannon (1935), hace referencia que hay cambios que son estresantes, como la forma de reaccionar ante los problemas y los peligros al sentirnos amenazados; que se traducen en una serie de reacciones fisiológicas como: los músculos se tensan para responder al desafío, la sangre es bombeada hacia el cerebro para aumentar la llegada de oxígeno a las células y favorecer así los procesos mentales que están ocurriendo, las pupilas se agrandan para mejorar la visión y el oído se agudiza, la frecuencia cardiaca y respiratoria aumentan o la sangre se desvía preferentemente hacia la cabeza y el tronco quedando las extremidades frías y sudorosas. Si no se libera al organismo de estos cambios ocurridos durante la fase del reconocimiento de la amenaza, la persona entra en estado de estrés crónico, siendo los resultados negativos por el deterioro de la salud.
- c. Nuestros propios pensamientos, son fuente de estrés de acuerdo al modo de interpretar y catalogar nuestras experiencias y el modo de ver el futuro, pueden servir tanto para relajarnos como para estresarnos.

### 3.3. El afrontamiento

Los trabajos pioneros de Lazarus & Folkman definen el afrontamiento como *“aquellos esfuerzos cognitivo y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o sobrepasan los recursos personales”* Lazarus & Folkman (1986, p. 164). También Lazarus (2000) señala que el afrontamiento depende de la situación a la que se enfrenta la persona y del tipo de persona que es, y cómo tiene que aprender a adaptarse a la nueva situación. De acuerdo a lo mencionado se destaca:

- El afrontamiento es considerado como un proceso que cambia a medida que los propios esfuerzos son valorados como exitosos o no son valorados como tales.
- El afrontamiento, es un patrón de respuesta que puede ser aprendido.
- El afrontamiento requiere esfuerzo dirigido a manejar la situación o a adaptarse a ella.

Siguiendo en esta misma línea, Folkman & Lazarus (1989) plantean la presencia de dos procesos de afrontamiento: la evaluación cognitiva y el *afrontamiento*, como mediadores de la interacción constante individuo-ambiente, que resulta difícil separar. Siendo la evaluación cognitiva un proceso valorativo que hace la persona, para determinar hasta qué punto la relación que se establece entre él y el ambiente es estresante. Distinguen tres tipos de procesos evaluativos: la evaluación primaria, la evaluación secundaria y la reevaluación.

La evaluación primaria, hace referencia al proceso de evaluación de la situación y del impacto del evento estresante para la persona. Si el resultado de esta evaluación es considerada como daño, amenaza y/o desafío la situación será calificada como estresante.

La evaluación secundaria, está referida a los recursos que tiene la persona para enfrentar la situación estresante. La persona decide qué recursos tiene para resolver el problema de manera efectiva; implica una valoración de las posibilidades de eficacia en la utilización de determinada estrategia de afrontamiento. Ambas evaluaciones, interactúan para determinar las estrategias de afrontamiento que se pondrán en juego. Y a su vez están influidas, tanto por factores personales (motivos, metas, creencias) como por factores ambientales (eventos novedosos que impliquen incertidumbre, ambigüedad, entre otros), posibilitando a la persona

seleccionar las probables respuestas que va a utilizar frente a las demandas percibidas.

La reevaluación, se refiere a los cambios basados en nuevas informaciones sobre el ambiente o sobre las propias reacciones que se producen en las evaluaciones de la persona. Es decir, la forma en que una persona procesa la información del ambiente, así como los recursos que dispone para hacer frente a esa situación, son los que van a determinar en qué medida la persona se siente afectada por la situación y qué estrategias pondrá en funcionamiento.

De igual manera, Lazarus & Folkman (1986); Fernández-Abascal y Palermo (1999); Kleinke (2001) sostienen que el afrontamiento es un proceso que la persona pone en marcha para hacer frente a situaciones estresantes, si esta, soluciona el problema, cuando surjan situaciones similares repetirá las mismas estrategias; pero si no tiene éxito, aparecerá la ansiedad o el estrés.

### **3.4 Recursos de afrontamiento**

Como datos relevantes, de acuerdo a McCrae & Costa (1988), la forma en que la persona afronta una situación dependerá de los recursos que dispone y de la habilidad que tiene para aplicarlos ante las distintas demandas del entorno. Los recursos de afrontamiento actúan como medios de reacción que la persona logra poner en funcionamiento, como un factor atenuante en la interpretación de los acontecimientos o en la respuesta que se da a ellos. En tal razón, los recursos de afrontamiento pueden clasificarse en recursos internos o personales y recursos externos o sociales.

Los recursos internos o personales, son características individuales que se utilizan en una estrategia de afrontamiento, como: los atributos cognitivos, emocionales, espirituales y físicos, que podrían mejorar las condiciones de la persona, para afrontar de manera efectiva el estrés, desarrollando un papel mediador entre el estrés y la salud. Por otra parte, se encuentran los recursos externos o sociales que son las características que preparan a las personas para manejar los estresores de forma más efectiva, y de este modo experimentar pocos síntomas o síntomas menos intensos en la exposición al estresor, o en todo caso, recuperarse más rápidamente de esa exposición; estos son las redes de soporte social y financieros (Lazarus & Folkman, 1986).

### 3.5 Estrategias de afrontamiento

Al abordar el tema de las estrategias de afrontamiento es oportuno destacar también, a autores como (Bouchard, Gullemette & Landry-Léger, 2004; McCrae & Costa, 1988; Vollrath, Torgersen & Alnaes, 2001) quienes señalan que, entre los factores que condicionan el uso de estrategias de afrontamiento se destacan las características de la personalidad, asumiendo que la elección de estrategias frente a situaciones particulares pueden derivar de rasgos de personalidad, que conforman un estilo disposicional de afrontamiento que a la persona le ha resultado útil y familiar emplear ante una crisis en el pasado. Las disposiciones personales pueden explicar por qué algunas personas son más vulnerables a sufrir desajustes psicológicos, que otras, en relación con el empleo de las estrategias de afrontamiento (Moos, Holanhan & Beutler, 2003).

Siguiendo con los planeamientos de Lazarus & Folkman (1984) en torno a las estrategias de afrontamiento, estos investigadores, las definen como los *“esfuerzos cognitivos y conductuales orientados a manejar las demandas internas y externas de una determinada situación estresante”* (p. 171), sostienen a su vez, que el afrontamiento tiene dos funciones tipificadas como: afrontamiento dirigido al problema y afrontamiento dirigido a la emoción.

El afrontamiento dirigido al problema, se relaciona con el manejo de las demandas ambientales que suponen una amenaza y desequilibrio de la relación entre la persona y su entorno. Asimismo, tiene por objetivo la resolución de la situación o la realización de conductas que modifican la fuente de estrés. Es decir se pone en marcha cuando el individuo aprecia que las condiciones de la situación pueden ser susceptibles de cambio. También, estas estrategias pueden dirigirse al entorno, modificando las presiones ambientales o los obstáculos, y pueden orientarse hacia el propio sujeto mediante cambios en el nivel de aspiraciones, adquiriendo destrezas, o buscando otras vías de gratificación, entre otros.

El afrontamiento dirigido a la emoción, tiene por objetivo reducir o manejar el malestar emocional asociado o provocado por la situación, cambiando el modo en que se interpreta lo que está ocurriendo, e intenta modificar las cogniciones que alteran el significado de los hechos. En consecuencia, esta estrategia de afrontamiento, tiene más probabilidades de aparecer cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones

lascivas, amenazantes o desafiantes del entorno, de acuerdo a lo señalado por Folkman & Lazarus (1988). Del mismo modo, estos autores sostienen que, tanto el afrontamiento dirigido al problema como el afrontamiento dirigido a la emoción, pueden estar presentes en una misma situación interactiva sujeto-ambiente y pueden facilitarse o interferirse entre sí. En ese sentido, la manera de elegir la estrategia de afrontamiento vendría determinada por el proceso de evaluación de la situación y de la valoración que se hace de los recursos personales, sociales y culturales.

### **3.6 Afrontamiento como proceso y estructura**

Carver & Scheier (1988), sostienen que existen dos aspectos del afrontamiento que guardan relación con la postura de Lazarus & Folkman (1986):

- **El afrontamiento situacional:** conceptualizan el afrontamiento como un proceso cambiante y dinámico, en el cual las personas afrontan las situaciones estresantes de forma completa, combinando distintos enfoques y aplicándolos de múltiples formas en diferentes situaciones.
- **El afrontamiento disposicional:** se ha definido como un estilo personal de afrontar el estrés, lo cual significa que es relativamente estable. En este caso, las personas llevan consigo un conjunto de estrategias de afrontamiento que permanecen más o menos estables a través del tiempo y de las circunstancias. Es decir, las personas desarrollan formas habituales de enfrentar las situaciones estresantes, y estas se tornan en estilos, que pueden influir en sus reacciones ante situaciones nuevas.

### **3.7 Modos de afrontamiento**

Siguiendo la misma línea, Carver, Scheier & Weintraub (1989), proponen trece dimensiones que se agrupan en las dos categorías clásicas de Lazarus:

#### **3.7.1 Estrategias centradas en el problema.**

Estas estrategias de afrontamiento se agrupan del siguiente modo:

- **Afrontamiento activo:** Es el proceso de ejecutar acciones directas incrementando los esfuerzos con el fin de apartar o evitar el estresor, o aminorar sus efectos negativos.

- **Planificación:** Implica pensar en cómo manejarse frente al estresor, organizando estrategias de acción y estableciendo cual será la mejor forma de manejar el problema.
- **Supresión de actividades competentes:** Se refiere a dejar de lado, o incluso dejar pasar, otros proyectos o actividades, con la finalidad de poder manejar el estresor.
- **Postergación del afrontamiento:** Consiste en esperar hasta que se presente la oportunidad apropiada para actuar sobre el problema evitando hacer algo prematuro.
- **Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales:** Consiste en buscar en los demás consejo, asistencia e información con el fin de solucionar problemas.

### **3.7.2 Estrategias centradas en la emoción.**

Estas estrategias se agrupan de la siguiente manera:

- **Búsqueda de apoyo social por razones emocionales:** Consiste en buscar en los demás apoyo moral, empatía y comprensión con el fin de aliviar la reacción emocional negativa.
- **Reinterpretación positiva y crecimiento:** Consiste en evaluar el problema de manera positiva, otorgándole connotaciones favorables a la experiencia en sí misma y en otros casos asumiéndola como un aprendizaje para el futuro.
- **Aceptación:** Engloba dos aspectos durante el proceso de afrontamiento. El primero se realiza durante la fase de evaluación primaria, cuando la persona acepta que a situación estresante realmente existe, y el segundo tiene lugar durante la evaluación secundaria y consiste en aceptar la realidad como un hecho con el que se tendrá que convivir ya que es inmodificable.
- **Negación:** Consiste en rehusarse a creer que el estresor existe, o tratar de actuar pensando como si el estresor no fuera real.
- **Acudir a la religión:** Es la tendencia de volcarse a la religión en situaciones de estrés con la intención de reducir la tensión existente.

Asimismo, Carver et al. (1989), encontraron tres escalas de afrontamiento que no se agrupaban en las categorías anteriores y las unieron en una categoría llamada otras escalas, las cuales hacen referencia a estrategias usualmente consideradas inadecuadas para manejar el estrés.

- Enfocar y liberar emociones: Consiste en focalizarse en las consecuencias emocionales desagradables que se experimenta, expresando abiertamente estas emociones.
- Desentendimiento conductual: Consiste en la disminución del esfuerzo dirigido al estresor, dándose por vencido, sin intentar lograr metas para superar el estresor que está interfiriendo.
- Desentendimiento mental: Implica que la persona permite que una amplia variedad de actividades la distraigan de su evaluación de la dimensión del problema.

#### **4. Familia**

La familia es el núcleo principal de la sociedad, se basa en relaciones de afecto, intimidad y consanguinidad que se establecen entre sus miembros; ella ha permanecido a través de la historia como unidad social y como espacio natural para la vida del hombre regulando determinadas necesidades sociales y personales (Rolland, 2000). Como grupo social a la familia se le concede un papel mediador, en el proceso salud-enfermedad, ya que en su seno se mantiene la salud, se produce y desencadena la enfermedad, tiene lugar el proceso de curación, de rehabilitación y en muchos casos la muerte. Asimismo, se ha puesto en evidencia que la familia puede actuar como elemento catalizador positivo o negativo del estado de salud de sus miembros (Minuchin, 1982).

Zavala (2001), describe a la familia como el conjunto de personas que viven juntas, relacionadas unas con otras, compartiendo sentimientos, responsabilidades, informaciones, costumbres, valores, mitos y creencias, cada uno de los miembros con roles definidos que les permite mantener el equilibrio familiar. A su vez como institución social, señala, que es un sistema de fuerzas que forman un núcleo de apoyo para sus miembros y la comunidad.

Igualmente, Pelechano (1999), señala que la familia tiene una especial connotación, dado que las relaciones interpersonales de mayor contenido y trascendencia tienen lugar en el seno familiar, entendida como espacio de cuidado y de preocupación por el bienestar de sus integrantes.

#### **4.1 Funciones de la familia**

La familia es el primer lugar donde la persona aprende a satisfacer las necesidades que en el futuro, le servirán de apoyo para integrarse a un medio y a su comunidad. Valadez (1993) señala que una de las funciones más importantes de la familia, es satisfacer las necesidades de sus miembros. En ese sentido, cada persona tiene necesidades que debe satisfacer y que son muy importantes para su calidad de vida.

Pero además de esta función, la familia prodiga alimento, subsistencia, vestuario, educación, salud. Educa en normas de convivencia y ayuda mutua; fomenta el desarrollo de la autoestima y la valía personal. Transmite valores necesarios para vivir y desarrollarse en armonía con los demás. Es decir, en la familia hay un espacio natural que organiza la satisfacción de las necesidades personales y sociales de sus integrantes.

#### **4.2 La familia frente a la amputación**

La amputación aqueja no solo a la persona implicada, sino también a toda la familia, por verse modificada en su dinámica. Pero además, los familiares cercanos al paciente; forman parte integral de su padecimiento; es decir, involucrando a cada miembro de la familia, en su conducta e incluso en la rutina cotidiana.

Se puede describir el proceso de ajuste familiar frente a la amputación como un proceso continuo y complejo de un ciclo de cambios inesperados. La amputación puede percibirse entonces como vulnerable al peligro de desintegración o como oportunidad para el fortalecimiento de la familia, recuperación, adaptación, comprensión de las necesidades y a las expectativas de cada uno de sus miembros (Minuchin, 1982).

Uno de los aspectos que presenta mayor dificultad en las familias, es la sensación de sentirse aisladas a partir de la experiencia desagradable de la amputación a un miembro de la familia.

El aislamiento social es algo relativamente frecuente en los pacientes amputados y eso mismo sucede en sus familias, dudas ante cómo actuar, qué es conveniente preguntar, hacen que a veces, disminuya la comunicación entre los miembros de la familia.



A la par, Valadez (1993) hace referencia, que el paciente a veces reduce la frecuencia para relacionarse con los miembros de su familia, al sentirse embargado por pensamientos negativos y estado anímico depresivo, que hace decaer los esfuerzos del soporte familiar, incrementándose los sentimientos de agobio.

### **4.3 Teoría del clima social familiar de Moos**

De acuerdo con la concepción de Moos (1974), el clima social familiar que sustenta tiene como base teórica a la psicología ambientalista.

La Psicología Ambiental comprende una amplia gama de investigación relacionada con los efectos psicológicos del ambiente y su influencia sobre el individuo.

En este sentido, Kemper (2000) hace una descripción del trabajo de Moos, al enfocar las características de la psicología ambiental, las cuales se orientan al estudio de las relaciones del hombre con el medio ambiente, en un aspecto dinámico, afirmando que este se adapta constantemente y de modo activo al ambiente donde vive, logrando su evolución y modificando su entorno.

Toma en cuenta la dimensión social por constituir la trama de las relaciones hombre y medio ambiente, en cuyo estudio global se puede conocer las reacciones del hombre y su conducta en el entorno.

Asimismo, Kemper (2000) sostiene que el clima social familiar es un concepto cuya operacionalización resulta difícil de universalizar, pues pretende describir las características psicológicas de un determinado grupo humano situado sobre un ambiente. Y citando a Moos (1974) afirma que para estudiar o evaluar el clima social familiar, son tres las dimensiones o atributos afectivos que hay que tener en cuenta: una dimensión de relaciones, una dimensión de desarrollo y una dimensión de estabilidad.

Para Moos (1974), el ambiente es un determinante decisivo para el bienestar del individuo; siendo el rol del ambiente fundamental como ente formador del comportamiento humano, ya que enmarca una compleja combinación de variables sociales, así como también físicas, las que influirán decisivamente sobre el desarrollo de la persona. Moos (1982), crea un instrumento para evaluar el clima social familiar, que se describe a continuación.

#### 4.3.1 Dimensiones del clima social familiar de Moos.

Dentro de este modelo establece tres dimensiones de clima familiar:

**Relaciones:** Es la dimensión que evalúa el grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia, y el grado de interacción conflictiva que la caracteriza. Está integrada por las siguientes sub escalas:

- Cohesión, se refiere al grado en el que los miembros del grupo familiar están compenetrados y se apoyan entre sí.
- Expresividad, explora el grado en el que se permite y anima a los miembros de la familia a actuar libremente y a expresar directamente sus sentimientos.
- Conflictos, es el grado en el que se expresan libre y abiertamente la cólera, agresividad y conflictos entre los miembros de la familia

**Desarrollo:** Evalúa la importancia que tiene dentro de la familia ciertos procesos de desarrollo personal, que pueden ser fomentados o no, por la vida en común. Esta dimensión comprende las siguientes sub escalas:

- Autonomía, es el grado en el que los miembros de la familia están seguros de sí mismos, son independientes y toman sus propias decisiones.
- Actuación, es el grado en el que las actividades se enmarcan en una estructura orientada a la acción-competencia.
- Intelectual – cultura, es el grado de interés en las actividades de tipo político, intelectual, cultural y social.
- Social-recreativo, es el grado de participación en diversas actividades de esparcimiento.
- Moralidad–religiosidad, es la importancia que se le da a las prácticas y valores de tipo ético y religioso.

**Estabilidad:** Proporciona información sobre la estructura y organización de la familia y sobre el grado de control que normalmente ejercen unos miembros de la familia sobre otros. La forman dos sub escalas:

- Organización, es la importancia que se le da en el hogar a una clara organización y estructura al planificar las actividades y responsabilidades de la familia.
- Control es el grado en el que la dirección de la vida familiar se atiene a reglas y procedimientos establecidos (Moos, 1982).

## **5 Amputación**

### **5.1 Definición**

Alós (2008) señala que la amputación es la resección quirúrgica de parte o de toda la extremidad de forma definitiva, en general como consecuencia de una lesión, enfermedad, infección o traumatismo que provoca una deficiencia motora. La pérdida irreparable del aporte sanguíneo de un miembro enfermo o lesionado es la única indicación para la amputación quirúrgica, ya que la parte afectada no puede sobrevivir cuando se destruye su medio de nutrición; no solo se vuelve inútil sino una amenaza para la vida porque se diseminan por todo el cuerpo productos tóxicos, procedentes de la destrucción tisular.

### **5.2 Niveles de amputación**

Los niveles son los lugares de amputación con el fin de obtener un muñón útil para la colocación de una prótesis. El nivel de amputación debe ser la parte más distal del cuerpo (Brunicardi, 2010).

### **5.3 Cambios psicológicos**

La amputación es altamente agresiva para la persona que la sufre, tanto en el plano físico como en el psíquico, por la modificación de su esquema corporal, situación que le llena de estrés ante la necesidad de afrontar el presente y el futuro con una minusvalía evidente Serra (2001).

Así mismo, Ocampo, Henao y Vásquez (2010) señalan que las amputaciones traen consigo alteraciones psicológicas que tienen repercusiones emocionales, familiares y sociales. Las personas que padecen amputaciones están en una situación que tienen que depender de los demás, lo que genera sentimientos de vergüenza, miedo, ira, desesperanza y en algunas circunstancias tienden a la manipulación.

### **5.4 Causas de amputación**

Las causas de la amputación son las siguientes:

- Los accidentes. Los más frecuentes son los de tránsito y los industriales. La OMS (2011), informa que las amputaciones en la población más joven y más activa, son más por accidente que debido a las enfermedades.

- Enfermedad vascular o circulatoria, es la más común en los pacientes amputados OMS (2011)
- Cáncer, la presencia de un tumor en el hueso, músculo y la piel, se retira para prevenir la propagación del cáncer y evitar la muerte (Brunicardi, 2010).
- Infecciones, siendo la tuberculosis, gangrena y osteomielitis, las causas de amputación. Su frecuencia ha disminuido debido a un diagnóstico precoz y el empleo de antibióticos OMS (2011)
- Diabetes. La diabetes es otra causa común de la pérdida de una extremidad, especialmente la DM tipo 2 OMS (2011)
- Malformaciones congénitas. Las malformaciones congénitas forman parte de una pequeña parte de las amputaciones reportadas OMS (2011).

### **5.5 Factores que intervienen en la adaptación psicológica a la amputación.**

Con relación a los factores que intervienen en la adaptación psicológica a la amputación, Alós (2008) sostiene que la variedad de respuestas psicológicas muestran la complejidad de un proceso en el que intervienen múltiples factores. La investigación clínica en pacientes amputados ha puesto de manifiesto la importancia de las variables relacionadas con la amputación, como el tipo socio demográfico, personalidad y otros (Ver figura 1).

Figura 1

Factores que intervienen en la adaptación psicológica a la amputación

Factores	Descripción
Socio demográficos	Sexo Edad
Relacionados con la amputación	Causa de la amputación Nivel de la amputación Tipo de prótesis utilizado Tiempo transcurrido Dolor en el muñón y el miembro fantasma
Psicológicos	Personalidad Estilo de afrontamiento Estado cognitivo Apoyo psicosocial Identidad Sexualidad
Psiquiátricos	Depresión Ansiedad Presencia de un trastorno mental Uso de sustancias
Sociales	Funcionamiento social Nivel de apoyo familiar y social. Profesión y nivel económico

*\*Tomado de Alós (2008). Amputaciones del miembro inferior en cirugía vascular: un problema multidisciplinario. España: Glosa, p. 478.*

### 5.6 Factores psicológicos relacionados con la amputación

- **Imagen corporal.** La imagen corporal ha sido concebida como la combinación de las experiencias psicológicas, los sentimientos y las actitudes de una persona que se relacionan con la forma, la función, el aspecto y la aceptación del propio cuerpo, todo ello influido por factores ambientales (Serra, 2001).

La pérdida de un miembro, aún en el mejor de los casos en que pueda aplicarse una prótesis, implica una adaptación al cambio en la imagen corporal, y esta puede generar ansiedad generalizada en algunos pacientes. La ansiedad ante el cambio en la imagen corporal se asocia con depresión, baja autoestima y una menor calidad de vida (Cash & Smolak, 2011).

- **Identidad.** Los pacientes amputados deben adaptarse a un nuevo funcionamiento físico y social, incorporando estas limitaciones y los cambios que experimenta en un nuevo sentido del self o identidad. Parker (1975, citado en Alós, 2008) describe una fase inicial de vacío y vulnerabilidad, con un redescubrimiento con el paso del tiempo de las posibilidades de ese nuevo self al afrontar las limitaciones.
- **Sexualidad.** Aunque el estudio de este factor es todavía escaso, Serra (2001) señala la asociación que existe entre las dificultades sexuales y la presencia de síntomas depresivos en los pacientes amputados.
- **Depresión.** Asimismo, Serra (2001) sostiene que la depresión predice el uso reducido de prótesis en el período de rehabilitación más inmediato, así como bajos niveles de movilidad y que en los pacientes cuya actividad profesional implica el uso activo de los miembros, pueden ver amenazado su futuro laboral y su situación económica. En estos casos, el impacto socioeconómico de la amputación puede requerir la participación de los servicios sociales

## 6. Resultados de investigaciones contemporáneas

### 6.1 Investigaciones a nivel internacional

Bañol, et al., (2003), hicieron un estudio vinculado con las necesidades físicas, emocionales y sociales en pacientes amputados de miembro inferior. Los resultados mostraron que la dimensión emocional es la más comprometida y en menor proporción el aspecto físico, así mismo que cada paciente enfrenta la amputación de distinta forma, pues confluyen aspectos como la manera en que la persona ve la vida, la capacidad de afrontar situaciones difíciles, la personalidad, el apoyo familiar, las expectativas y las esperanzas.

Badura-Brzoza, et al., (2006), estudiaron los factores sociodemográficos y su influencia en la ansiedad y la depresión, en pacientes después de la amputación de miembro inferior. Obtuvieron como resultado que los niveles más altos de

ansiedad y depresión, se observaron en los pacientes que sufren de dolor de miembro fantasma y en pacientes con rasgos de personalidad neurótica.

Vargas-Mendoza, y Villavicencio (2010), evaluaron los niveles de resiliencia en pacientes amputados, encontrando que la mayoría de los sujetos obtuvieron niveles medio y bajo de resiliencia y autocontrol, y solo uno de los sujetos evaluados evidenció ser una persona resiliente.

Rodríguez, Alvarado, Cuellar, Villavicencio y Gómez (2010), analizaron los niveles de ansiedad y depresión en pacientes amputados por sarcomas. Los resultados obtenidos demostraron que antes y después de la cirugía el 97.5% de los sujetos experimentan niveles moderados e intensos de ansiedad y que 75% padecen depresión profunda después de la cirugía.

Srivastava, et al., (2010), estudiaron los correlatos psicológicos después de una amputación. Los resultados obtenidos indican diferencias significativas en los niveles de ansiedad y depresión, antes y después de la terapia. La evitación defensiva y la depresión resultaron ser predominantes en el tipo de personalidad autoindulgente y enfocada en la motivación interna.

Marchan, Méndez, Mendoza y Piña (2011), elaboraron un programa de intervención psicosocial posterior a una amputación quirúrgica, desde el modelo teórico de adaptación del ser humano de Callista Roy. Los resultados muestran que la intervención psicosocial debe abarcar al paciente amputado y al núcleo familiar porque esta ayuda a restablecer su estado emocional.

Los estudios internacionales anteriormente citados, sustentan la importancia de la presente investigación, por mostrar en sus resultados que los pacientes amputados del miembro inferior enfrentan la amputación en función de su personalidad, de su capacidad de afrontamiento y del apoyo familiar que reciben.

## **6.2 Investigaciones a nivel nacional**

A nivel nacional, solo se encontraron dos investigaciones médicas en pacientes amputados de miembro inferior.

Escalante; Lecca García; Gamarra y Escalante. (2003), hicieron un estudio de amputación del miembro inferior por pie diabético en hospitales de la costa norte peruana 1990-2000: características clínico epidemiológicas. Los resultados encontraron una frecuencia importante de pie diabético en nuestro medio;

carencia de ayuda diagnóstica complementaria y falta de aplicación de procedimientos de salvataje previos a la amputación.

Farro, Tapia, Bautista, Iriarte y Montalvo (2012), analizaron las características clínicas y demográficas del paciente amputado, en un centro de rehabilitación de Lima-Callao. Las conclusiones indicaron que la mayoría de pacientes tienen amputación de miembro inferior, causada por angiopatía diabética; siendo frecuente en varones. En el presente estudio la causa más frecuente de amputación también fue la diabetes.

## **7. Planteamiento del problema**

La amputación es un acontecimiento altamente gravitante en la persona que la padece, pues ocurren, no solo cambios físicos sino también psicológicos y sociales, en el desempeño de sus actividades en los diversos campos donde se desenvuelve; alterándose radicalmente el estilo y calidad de vida por la discapacidad. Esta circunstancia se acompaña en forma constante de reacciones ansiosas y depresivas que conducen a serias dificultades para adaptarse a su nueva condición y aceptar su apariencia física, que es una característica percibida, sentida e integrada en el ser humano, en lo que llamamos imagen corporal que se fortalece del modo en que nos sentimos con respecto al cuerpo, en cómo lo valoramos y apreciamos, en cómo suponemos que los demás lo perciben y reaccionan ante él (Rodríguez, 2013). En ese sentido, la respuesta emocional y física de la persona amputada, está relacionada con la evaluación y percepción del cuerpo, comparada con el ideal social, respecto de la integridad e imagen corporal (Martínez, 1995).

En consecuencia el componente afectivo está relacionado con el grado de insatisfacción que siente el paciente amputado así como con la gama extensa de emociones y sentimientos ligados a la evaluación de su discapacidad, tal como lo señala Serra (2001). A la vez, se puede considerar que la amputación del miembro inferior, da lugar a una profunda angustia, incertidumbre, inseguridad y miedo. De tal modo, el sentimiento de pérdida y el duelo que acompaña al paciente amputado, también puede conducir a alteraciones en la motivación, dando lugar a manifestaciones de desajuste emocional que conducen a



obstáculos consecutivos en la capacidad adaptativa, perturbando el proceso rehabilitador (Cash & Smolak, 2011).

Es oportuno destacar, que las reacciones emocionales varían en su intensidad y manifestación de acuerdo con las fases que atraviesa el paciente amputado. Inicialmente, el paciente se siente como si fuera un enorme problema y no logra pensar en otros aspectos que no sea la pérdida sufrida acompañada de intenso sufrimiento. Luego se niega a creer a nivel emocional que su extremidad ya no está y prefiere no recordar el suceso de amputación.

Posteriormente siente la necesidad de encontrar a alguien o algo a quien culpar, llenándose de ira o molestia contra todos y con todo, por razones innecesarias. Pasada esta reacción se siente desanimado, absorto, infeliz, sufre de insomnio y no se interesa en simples actividades cotidianas.

Finalmente, la aceptación es la fase de mayor complejidad desde el ámbito clínico, debido a que el paciente puede presentar resignación encubierta a través de aceptación aparente, que puede expresarse con conductas no adaptativas compartiendo características de fases anteriores, provocando un deterioro más intenso con su entorno y principalmente consigo mismo (Garret & Levine, 1962; Serra, 2001).

Por lo tanto, el abordaje de los estilos de personalidad, cobra relevancia por permitir disponer de un sistema de descripción que posibilite acercarse a la comprensión de la conducta de la persona amputada, y puedan surgir aproximaciones para optimizar su explicación y dar luces sobre las perspectivas futuras para su adaptación. De otro lado, es importante resaltar que el afrontamiento al estrés, es una variable psicológica decisiva en el proceso de adaptación de la persona que ha sufrido una amputación; donde se destaca el significado individual que la discapacidad representa para cada persona y los recursos con los que cuenta para manejarla. Cabe mencionar que un mismo suceso no es igual de estresante para todas las personas y no todos movilizan los mismos recursos de afrontamiento, según lo señalado por (Lazarus, 2000; Serra, 2001).

Ahora bien, la familia cumple también un papel importantísimo para la persona amputada, dado que la influencia que reciba de ella será contundente y su influjo positivo o negativo será el mejor predictor de su ajuste emocional. En este contexto, el clima social familiar es uno de los factores de mayor relevancia

en el ajuste psicosocial frente a la discapacidad, porque en él se comparten sentimientos, responsabilidades, información, costumbres y valores (Martínez, 1995). Además que ejerce una influencia significativa tanto en la conducta, como el desarrollo social, físico, afectivo e intelectual de sus integrantes (Alós, 2008; Moos, 1974; Pelechano, 1999; Valadez, 1993).

En la actualidad se observa un incremento en el número de pacientes amputados por diferentes causas, entre ellas destaca la etiología diabética, generando demanda creciente tanto de servicios de salud, para su proceso de rehabilitación e integración social, como de programas para mejorar su calidad de vida.

En este sentido, si bien ha mejorado la situación del discapacitado, protegido por la Ley General de la Persona con Discapacidad N° 29973, aún no es suficiente para su aceptación plena en el entorno social, ni para su inserción en el mercado laboral. Además de ello, carecemos de investigaciones en nuestro medio, que ofrezcan mayores luces a la problemática de la discapacidad por amputación, generando retos a los profesionales que laboran con pacientes que tienen esta condición, dada la complejidad de su abordaje.

Es a partir de la problemática descrita, que se plantea el problema de investigación orientada a relacionar los estilos de personalidad, los modos de afrontamiento y el clima social familiar en pacientes amputados de miembro inferior.

## **8. Objetivos.**

### **8.1 Objetivo general**

Correlacionar estilos de personalidad, modos de afrontamiento y clima familiar en pacientes amputados del miembro inferior.

### **8.2 Objetivos específicos**

1. Correlacionar los estilos de personalidad y los modos de afrontamiento, en pacientes amputados del miembro inferior.
2. Correlacionar los estilos de personalidad y el clima familiar en pacientes amputados del miembro inferior.

3. Correlacionar los modos de afrontamiento y el clima social familiar en pacientes amputados del miembro inferior.
4. Analizar las diferencias que existen entre los estilos de personalidad, modos de afrontamiento y clima social familiar en pacientes amputados del miembro inferior, según sexo, edad, tiempo de amputación, tipo de amputación y causa de amputación.

## **8. Implicancias teóricas y prácticas del estudio**

Los resultados obtenidos en esta investigación serán de ayuda para el psicólogo clínico, en su intervención profesional, en la medida que los datos empíricos provenientes del presente estudio, le facilitarían el conocimiento de las actitudes, comportamientos y red social que tiene la persona amputada y a partir de ahí, orientar el tratamiento encaminado a lograr una mayor adherencia al proceso rehabilitador y posterior autonomía.

De igual manera, este estudio puede facilitar el acceso a conocer la relación entre las variables: estilos de personalidad, modos de afrontamiento y clima social familiar con la finalidad de precisar sus características y prevenir de manera oportuna el desarrollo de problemas adaptativos a la discapacidad. Por otra parte, incentivar el trabajo interdisciplinario en el ámbito hospitalario, para mejorar las condiciones de salud y bienestar del paciente, con el propósito que al ser dado de alta haya logrado mayores competencias personales y de ser posible su reinserción laboral.

## **10. Definiciones conceptuales**

### **Estilos de personalidad**

Es el resultado de la confluencia entre las metas que las personas tienen en la vida, su manera de procesar la información y su modo de comportarse en su entorno, quedan plasmados en esa totalidad única que es la persona.

### **Modos de Afrontamiento al Estrés**

Es el conjunto de recursos y esfuerzos tanto cognitivos como comportamentales orientados a resolver el problema, a controlar la respuesta emocional o modificar la evaluación inicial de la situación estresante.

**Clima social familiar**

Describe las características psicológicas de un determinado grupo humano situado sobre un ambiente, está constituido por tres dimensiones: relaciones, desarrollo y estabilidad.

**Amputación**

Es la resección de parte o de toda la extremidad de forma definitiva a través de una intervención quirúrgica, en general como consecuencia de una lesión, enfermedad, infección o traumatismo que provoca una deficiencia motora permanente.

## Capítulo II

### MÉTODO

#### 1. Tipo y diseño de investigación

El estudio de la presente investigación es correlacional, por cuanto se orienta a determinar el grado de relación existente entre dos o más variables de estudio, sin precisar sentido de causalidad en una misma muestra de participantes (Sánchez & Reyes, 2009).

Los datos fueron recolectados en un solo momento, buscando describir las variables de estudio y analizar su incidencia o interrelación en un momento dado tal como se dan en su contexto natural (Hernández, Fernández & Baptista, 2010), en los pacientes amputados de miembro inferior.

#### 2. Población y participantes

La unidad de análisis está conformada por cada uno de los pacientes que presentaron amputación del miembro inferior, quienes fueron atendidos en consulta ambulatoria en el hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins, desde marzo 2013 a enero 2014. La población comprendió a 338 pacientes.

Se realizó un muestreo no probabilístico de tipo intencional, estimándose el tamaño de la muestra a través de la fórmula para universos finitos propuesta por Polit & Hungler (2000). Los cálculos realizados indicaron que la cantidad de participantes adecuada es de 180 pacientes para la realización de la presente investigación.

##### 2.1. Criterios de selección de los participantes

- a. **Criterio de inclusión:** Paciente amputado de miembro inferior, que se encontraba en tratamiento ambulatorio, con estudios secundarios completos y que firmó el consentimiento informado.

- b. Criterio de exclusión:** pacientes amputados de miembro inferior con enfermedad psicótica y neurológica.
- c. Criterio de eliminación:** pacientes amputados que superan los 65 años de edad y los que no completaron la evaluación en los instrumentos.

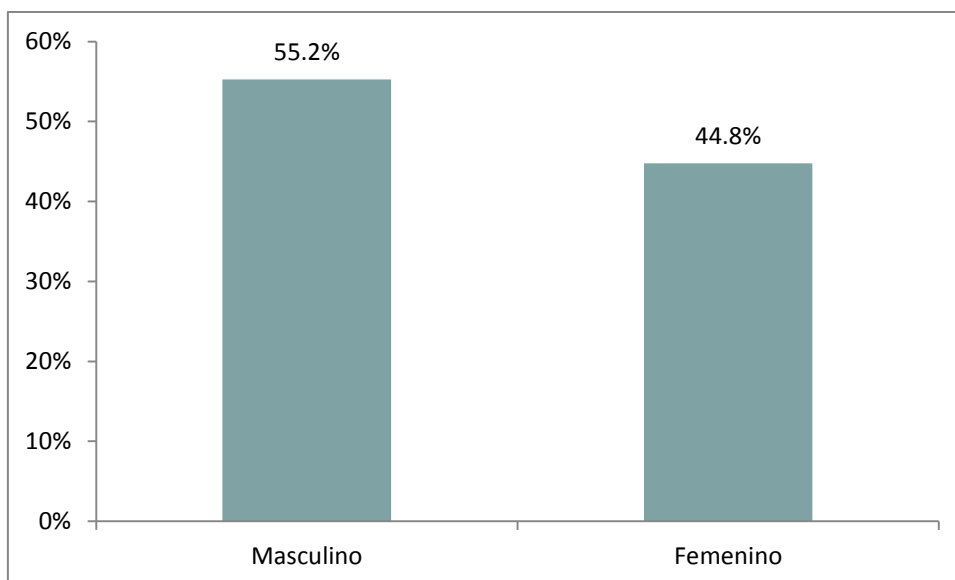
## 2.2 Descripción de los participantes

A continuación se presenta la descripción de los participantes:

La figura 2, muestra a los pacientes amputados de miembro inferior, del sexo masculino que representaron el 55,2% (100 participantes), y del sexo femenino, el 44,8% (81 participantes).

Figura 2

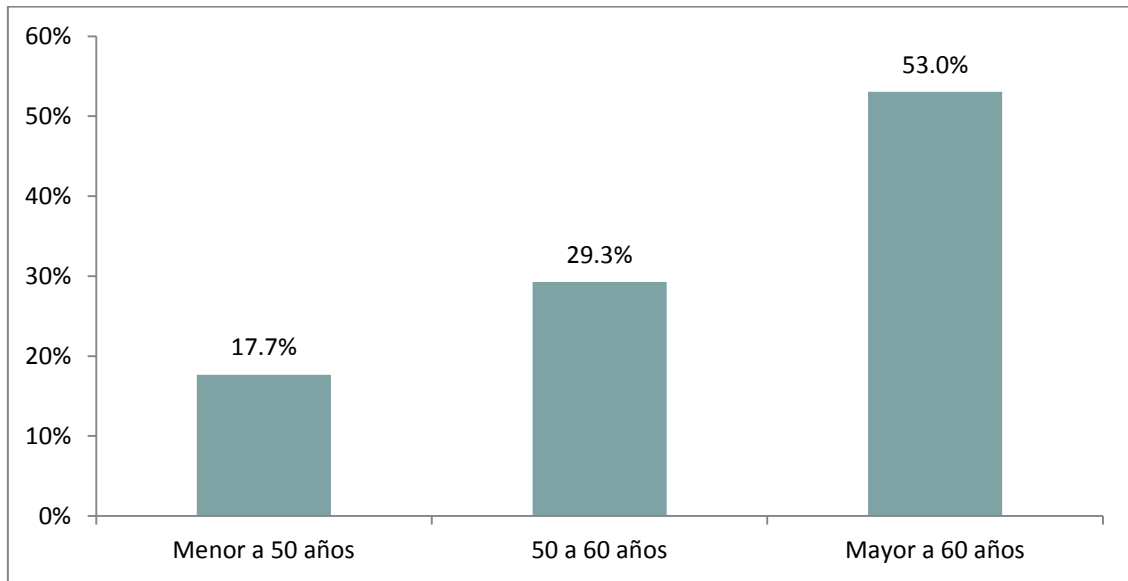
*Distribución de los participantes según sexo*



En la figura 3, se observa que 32 participantes tienen menos de 50 años (17,7%), 53 se encuentran entre los 50 y 60 años (29,3%) y 96 pacientes tienen más de 60 años (53,0%).

Figura 3

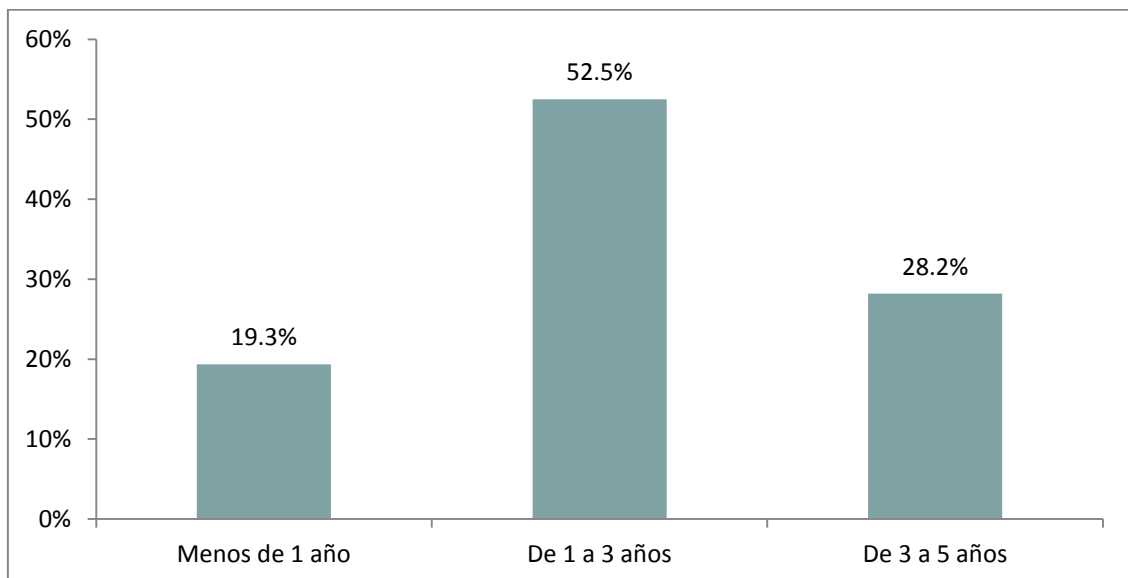
*Distribución de los participantes según edad*



En relación al tiempo de amputación la figura 4, muestra que 35 participantes tienen menos de un año de amputación (19,3%), 95 entre 1 a 3 años de amputación (52,5%) y 51 participantes de 3 a 5 años (28,2%).

Figura 4

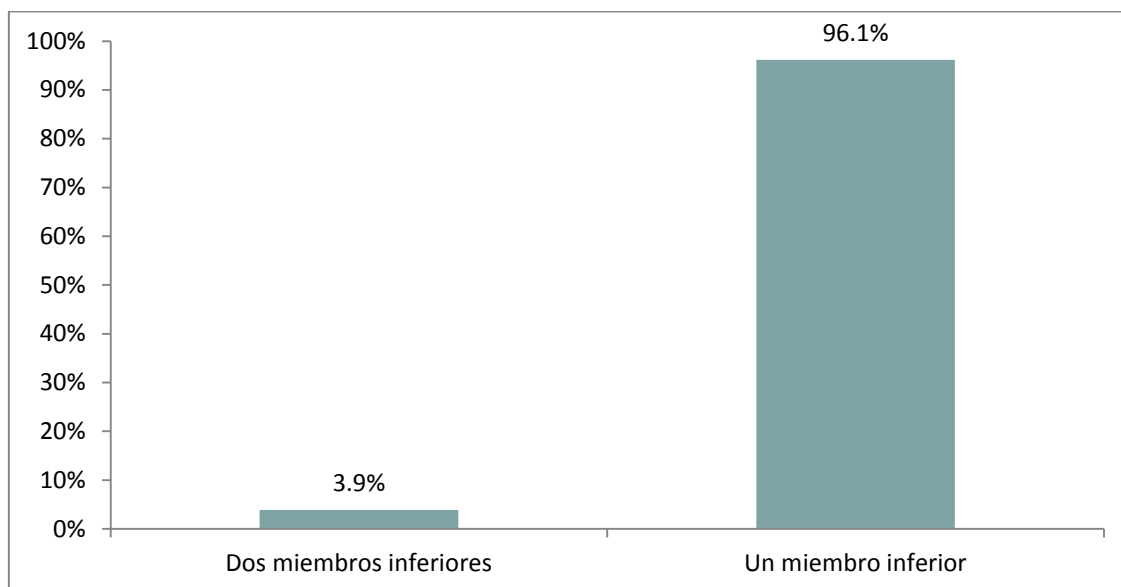
*Distribución de los participantes según tiempo de amputación*



De acuerdo al tipo de amputación la figura 5, muestra que 174 participantes presentan amputación de un miembro inferior (96,1%) y 7 casos amputación de dos miembros inferiores (3,9%).

Figura 5

*Distribución de los participantes según tipo de amputación*

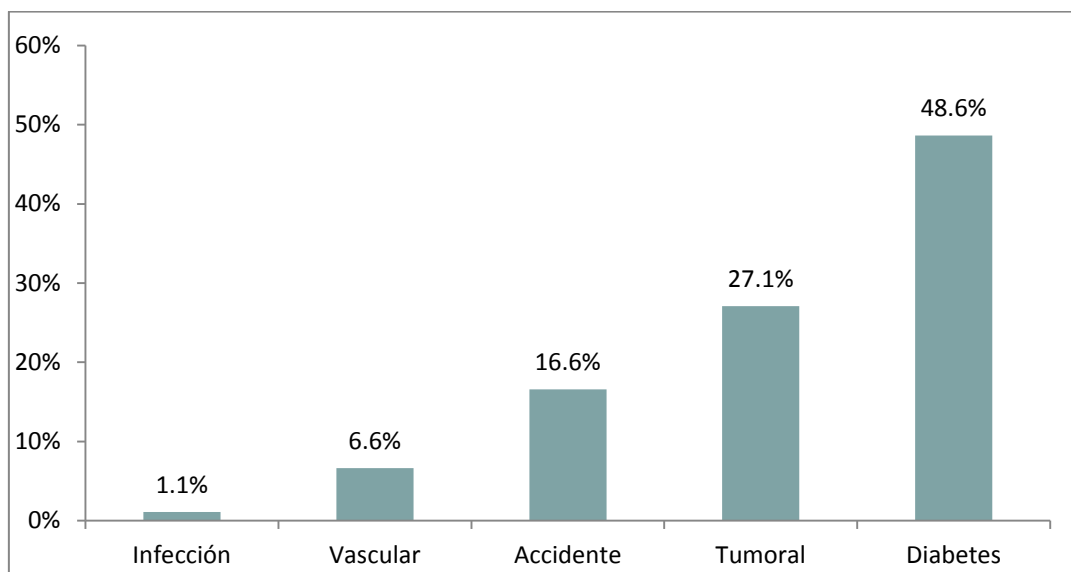


Finalmente, referente a la causa de amputación, se observa en la figura 6, que 2 participantes presentaron amputación por infección (1,1%), 12 participantes por causa vascular (6,6%), 30 participantes debido a un accidente (16,6%), 49 participantes por causa tumoral (27,1%) y 88 participantes a causa de diabetes (48,6%).



Figura 6

*Distribución de los participantes según causa de amputación*



### **3. Variables de estudio**

Variables correlacionadas

- a. Estilos de personalidad
- b. Modos de Afrontamiento al Estrés
- c. Clima social familiar

#### **3.1. Variables sociodemográficas**

Sexo, edad, tiempo de amputación, tipo de amputación y causa de amputación

### **4. Técnicas de recolección de datos**

#### **4.1 Instrumentos**

Los instrumentos utilizados para la investigación son tres cuestionarios de autoreporte, los cuales tienen preguntas y alternativas bien establecidas, que brindaron la data específica de las variables estudiadas.

#### **4.1.1 Inventario de estilos de personalidad de Millon (MIPS)**

**Ficha técnica:** El inventario de estilos de personalidad de Millon, creado por Theodore Millon (1994), adaptado al Perú por Sánchez-López, Thorne, Martínez, Niño de Guzmán y Argumendo (2002). Tiene como objetivo medir los estilos de personalidad de adultos normales entre 18 y 65 años de edad. Puede ser aplicado de forma individual o colectiva, en un tiempo estimado de 45 a 60 minutos.

**Estructura de la prueba:** El MIPS, es un cuestionario de 180 elementos tipo verdadero/falso. Consta de 27 escalas: 24 de personalidad y 3 de índices de control. Las escalas de personalidad conforman 12 pares yuxtapuestos en sentido teórico, pero no en el sentido psicométrico; a su vez, los 12 pares de escalas se agrupan en tres grandes áreas: metas motivacionales, modos cognitivos y comportamientos interpersonales (Millon, 1994).

**Área de las metas motivacionales:** están relacionadas con los tres conceptos evolutivos y ecológicos propuestos en la teoría de la personalidad de Millon, (1994): existencia, adaptación y replicación. Tiene tres pares de escalas: Expansión/Preservación, Modificación/Adecuación e Individualidad/Protección.

**Área de los modos cognitivos:** está conformada por cuatro bipolaridades: extraversión /introversión, sensación / intuición, pensamiento / sentimiento, y sistematización / innovación.

**Área de los comportamientos interpersonales:** es el área que representa los estilos diferenciales de comportamiento. Está constituida por cinco pares de escalas: retraimiento / sociabilidad, indecisión / decisión, discrepancia / conformismo, sumisión / dominio y descontento / aquiescencia.

Además, el inventario presenta tres índices de control: impresión positiva (IP), impresión negativa (IN) y consistencia. La escala de (IP) tiene 10 ítems, la escala de (IN) incluye 10 ítems, finalmente la escala de consistencia, conformada por 5 ítems formulados de dos modos diferentes (es decir, 10 ítems en total).

#### **Confiabilidad**

En el Perú, Sánchez-López et al., (2002) reportan un índice de confiabilidad de 0,71. Las escalas más confiables pertenecen: al área de comportamiento interpersonal (vacilación: 0,84 y firmeza: 0.79) y el área metas motivacionales (perseverancia: 0,80). El área de modos cognitivos contiene las escalas con

confiabilidad más bajas, tales como: intuición con 0.59, sensación e innovación cada cual con un alfa de 0,60.

### **Validez**

Para evaluar la validez del MIPS; Sánchez-López et al., (2002) estimaron su estructura interna, analizando las diferentes escalas y los datos empíricos logrados. Encontraron que las escalas polares opuestas presentan correlaciones negativas elevadas. También se encontró correlaciones altas y positivas entre constructos teóricamente asociados, como: vacilación y preservación,  $r = 0,811$ ; firmeza y comunicatividad,  $r = 0,758$ . Así mismo, los resultados evidencian correlaciones negativas elevadas entre constructos teóricamente discordantes, como: retraimiento y extraversión,  $r = - 0,792$ ; concordancia y control,  $r = - 0,704$ . Y correlaciones nulas próximas a cero entre constructos teóricamente no asociados como: individualismo y preservación,  $r = 0,004$ ; control y retraimiento,  $r = - 0,007$ .

#### **4.1.2 Cuestionario de modos de afrontamiento al estrés (COPE)**

**Ficha Técnica:** El COPE fue diseñado por Carver, Scheir & Weintraub (1989), adaptado al Perú por Casuso (1996). La escala tiene trece dimensiones de afrontamiento, y cuenta con 52 items dicotómicos redactados en primera persona. Su administración es individual o colectiva, siendo aplicable a personas de 16 años a más, en 20 minutos aproximadamente. Su objetivo es la evaluación de los modos de afrontamiento al estrés.

**Estructura de la prueba:** el instrumento incorpora tres modos afrontamiento al estrés, conformados por subtest:

- Modos de afrontamiento enfocados en el problema: afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades competentes, postergación del afrontamiento, búsqueda de apoyo social (por razones instrumentales).
- Modos de afrontamiento que se centran en la emoción: búsqueda de apoyo social (por razones emocionales), reinterpretación positiva y crecimiento, aceptación, negación, acudir a la religión.
- Otros modos de afrontamiento: enfocar y liberar emociones, desentendimiento conductual, y desentendimiento mental.

## **Validez y confiabilidad**

La validez de constructo del COPE, fue realizado por Carver, et al., (1989) a través del análisis factorial de las respuestas de 978 estudiantes de la Universidad de Miami. El análisis arrojó 12 factores con eigenvalues de valores mayores a 1.0, de los cuales 11 fueron fácilmente interpretables. El restante, que no llegó a una carga factorial superior a 0.3, siendo excluido del resultado final. La composición de aquellos 11 factores concordó con la asignación de los ítems a las escalas, a excepción de los ítems de las escalas búsqueda de soporte social, afrontamiento activo y de planificación, que aparecieron juntos en un mismo factor; sin embargo, se consideró adecuado mantenerlos como factores independientes de acuerdo a los criterios del modelo teórico.

Asimismo, Carver, et al., (1989), obtuvieron la confiabilidad del COPE, mediante el coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach, el cual fue analizado para cada escala. Los valores arrojados fueron altos, oscilando entre 0,60 y 0,92, a excepción de la escala de desentendimiento cognitivo que alcanzó el valor de 0,45. La confiabilidad test retest tuvo un rango de 0,42 a 0.89 para seis semanas y de 0,46 a 0,86 para ocho semanas, entre ambas aplicaciones (Carver, et al., 1989).

En el Perú, Casuso (1996) realizó la adaptación del instrumento en su versión disposicional, aplicándolo a 817 estudiantes de una universidad privada de Lima y otra pública. Al realizar el análisis de validez encontró una composición factorial de trece escalas con eigenvalues mayores a 1,1 mediante un análisis de rotación varimax con cargas factoriales satisfactorias. En la confiabilidad halló valores alfa de Cronbach de 0,68 para los modos enfocados en el problema, 0,75 para los modos centrados en la emoción y 0,77 para otros modos de afrontamiento, denominado también modos no adaptativos.

### **4.1.3 Escala de clima social familiar de Moos (FES)**

**Ficha técnica:** La escala FES, tiene como autores a Moos, R., Moos, B. & Trickett (1982), procede de la Universidad de Stanford. Fue adaptada al Perú por Guerra (1993). Su administración es Individual o colectiva, siendo aplicable tanto a adolescentes como a adultos en 20 minutos aproximadamente. Su objetivo es evaluar y describir las características socio ambientales de la familia en cuanto a las relaciones entre los miembros de la familia, los aspectos del desarrollo de sus

integrantes, en función de las expectativas del medio familiar y su estructura básica.

**Estructura de la prueba:** La escala consta de 10 sub escalas que definen tres dimensiones fundamentales: relaciones la cual está integrada por tres sub-escalas: cohesión, expresividad y conflicto, desarrollo es la dimensión integrada por las sub escalas: autonomía, actuación, Intelectual–Cultural, Social – recreativa y moralidad – religiosidad y la dimensión estabilidad, que está conformada por dos sub escalas: Organización y Control.

**Confiabilidad y validez.** Para la estandarización Lima, Guerra (1993), utilizó el método de Consistencia interna, cuyos resultados indicaron que los coeficientes de confiabilidad van de 0,80 a 0,91 con una media de 0,89 para el examen individual, siendo las áreas de cohesión, intelectual - cultural, expresión y autonomía las más altas (la muestra para éste estudio fue de 139 jóvenes con promedio de edad de 17 años). Igualmente realiza una validez concurrente entre la prueba el FES con la escala de TAMAI (Área familiar y al nivel individual), los coeficientes fueron en cohesión 0,62, expresividad 0,53 y conflicto 0,59. Éste trabajo demuestra la validez de la Escala del FES (la muestra individual fue de 100 jóvenes y de 77 familias)

## **5. Procedimiento para obtener la información**

El plan de recolección de datos se llevó a cabo, según la siguiente secuencia de actividades:

- a. Se concertó citas individuales y en pares para aplicar los instrumentos de evaluación.
- b. Se explicó a los pacientes sobre el objetivo del estudio y las actividades a realizar, así como se solicitó la firma de su consentimiento informado para su participación en el estudio. Se resolvieron dudas o la consulta del paciente y/o familiar antes de aplicar los instrumentos.
- c. La duración de la sesión de evaluación fue aproximadamente de 45 minutos.
- d. Para completar el número total de la muestra estas sesiones se realizaron del mes de marzo del 2013 hasta el mes de enero de 2014.
- e. Fueron válidas aquellas hojas de respuestas debidamente completadas en concordancia con el criterio de inclusión.

## **6. Análisis de los datos**

Se empleó el programa estadístico para las ciencias sociales (SPSS), versión 18, con la finalidad de elaborar la base de datos obtenida de la información de los instrumentos. El análisis de las variables, se llevaron a cabo a nivel inferencial y descriptivo, de acuerdo a los objetivos propuestos en el estudio. Asimismo, se obtuvo la confiabilidad y validez de los instrumentos utilizados.

Cabe señalar, que se estableció la confiabilidad por consistencia interna y validez de constructo de los instrumentos empleados mediante: Alfa de Cronbach, Kuder-Richardson, correlación de Spearman entre las áreas y la prueba total, así como el análisis factorial mediante el método de principales componentes.

Además, se llevó a cabo el análisis de la normalidad de las variables a través de la Prueba de Kolmogorov-Smirnov, prueba que determina el uso de pruebas paramétricas o no-paramétricas en los análisis inferenciales.

A nivel inferencial, para responder al objetivo general, se utilizó el coeficiente de correlación Spearman. También, se hizo un análisis comparativo de las variables: sexo, edad, tipo y causa de amputación; para lo cual se utilizó la prueba U de Mann-Whitney y el coeficiente H de Kruskal-Wallis. A nivel descriptivo, se analizó cada variable mediante el uso de tablas de frecuencias y porcentajes.

## Capítulo III

### RESULTADOS

#### 1. Resultados inferenciales

Los resultados de la prueba de normalidad, indicaron que los datos no proceden de poblaciones normales; optando por el uso de estadísticos no paramétricos como Rho de Spearman (Ver tablas 47,48 y 49 del anexo). A continuación se presentan los resultados inferenciales de la investigación.

##### 1.1 Relación entre estilos de personalidad, modos de afrontamiento y clima social familiar

La tabla 1, presenta información referida al coeficiente *rho de Spearman*. Se encontraron correlaciones positivas y negativas significativas más altas entre los polos A y B de las áreas: metas motivacionales, modos cognitivos y comportamientos interpersonales con modos centrados en la emoción y otros modos de afrontamiento, así como con las dimensiones desarrollo y estabilidad del clima social familiar. También mostró correlaciones positivas y negativas significativas, aunque con valores bajos entre las áreas de los estilos de personalidad con los modos de afrontamiento al estrés y con el clima social familiar; excepto entre el polo B de modos cognitivos de estilos de personalidad con la dimensión relaciones del clima social familiar.

**Tabla 1**

*Coeficiente de correlación rho de Spearman entre estilos de personalidad, modos de afrontamiento al estrés y clima social familiar*

Estilos de personalidad	Modo de afrontamiento centrado en el Problema	Modo de afrontamiento centrado en la Emoción	Otros modos de afrontamiento	Relaciones	Desarrollo	Estabilidad	Clima familiar
Polo A del área							
Metas Motivacionales	-,494**	-,762**	,571**	-,489**	-,691**	-,703**	-,694**
Polo B del área							
Metas Motivacionales	,499**	,816**	-,719**	,584**	,739**	,714**	,747**
Polo A del área							
Modos Cognitivos	-,468**	-,894**	,373**	-,640**	-,765**	-,769**	-,810**
Polo B del área							
Modos Cognitivos	,229**	,745**	-,321**	,106	,620**	,622**	,664**
Polo A del área							
Comportamientos Interpersonales	,314**	,806**	-,425**	,595**	,708**	,679**	,739**
Polo B del área							
Comportamientos Interpersonales	-,436**	-,863**	,747**	-,632**	-,768**	-,749**	-,802**

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

## 1.2 Relación entre estilos de personalidad y modos de afrontamiento

La tabla 2, presenta información referida al coeficiente *rho de Spearman*. Se observa que la relación entre los estilos de personalidad con modos de afrontamiento presenta correlaciones positivas y negativas significativas.



**Tabla 2**

*Coeficiente de correlación rho de Spearman entre estilos de personalidad y modos de afrontamiento al estrés*

		A. Modo de afrontamiento centrado en el problema	B. Modo de afrontamiento centrado en la emoción	C. Otros estilos de afrontamiento
<b>METAS MOTIVACIONALES</b>	1A. Expansión.	-,691**	-,491**	,740**
	1B. Preservación.	,493**	,808**	-,468**
	2A. Modificación.	-,447**	-,915**	,361**
	2B. Adecuación.	,449**	,904**	-,366**
	3A. Individualidad.	-,728**	-,366**	,857**
	3B. Protección.	,697**	,317**	-,825**
<b>MODOS COGNITIVOS</b>	4A. Extraversión.	-,486**	-,774**	,490**
	4B. Introversión.	-,664**	-,356**	,822**
	5A. Sensación.	,412**	-,315**	-,623**
	5B. Intuición.	-,635**	-,142	,803**
	6A. Pensamiento.	-,451**	-,906**	,371**
	6B. Sentimiento.	,566**	,619**	-,592**
	7A. Sistematización.	-,461**	-,871**	,367**
	7B. Innovación.	-,076	,561**	,133
<b>COMPORTAMIENTOS INTERPERSONALES</b>	8A. Retraimiento.	,315**	,539**	-,250**
	8B. Sociabilidad.	-,454**	-,858**	,364**
	9A. Indecisión.	,425**	,852**	-,369**
	9B. Decisión.	-,643**	-,508**	,689**
	10A. Discrepancia.	-,498**	,227**	,665**
	10B. Conformismo.	,481**	-,238**	-,644**
	11A. Sumisión.	,430**	,871**	-,368**
	11B. Dominio.	-,730**	-,386**	,813**
	12A. Descontento.	-,389**	,252**	,524**
	12B. Aquiescencia	,726**	,375**	-,849**

N=181

\*\**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).*

\**. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).*

### 1.3 Relación entre estilos de personalidad y clima familiar

La tabla 3, presenta información del coeficiente *rho de Spearman*. Se muestra el valor del coeficiente de correlación y el nivel crítico asociado al coeficiente. Se observa que la relación entre los estilos de personalidad con clima social familiar presenta correlaciones positivas y negativas significativas.

**Tabla 3**

*Coeficiente de correlación rho de Spearman entre estilos de personalidad y clima social familiar*

		Relaciones	Desarrollo	Estabilidad	Clima Familiar
<b>METAS MOTIVACIONALES</b>	1A. Expansión.	-,233**	-,483**	-,549**	-,451**
	1B. Preservación.	,534**	,691**	,746**	,713**
	2A. Modificación.	-,651**	-,807**	-,789**	-,836**
	2B. Adecuación.	,679**	,815**	,777**	,849**
	3A. Individualidad.	-,102	-,448**	-,381**	-,350**
	3B. Protección.	,097	,393**	,336**	,299**
<b>MODOS COGNITIVOS</b>	4A. Extraversión.	-,491**	-,718**	-,687**	-,715**
	4B. Introversión.	-,137	-,424**	-,395**	-,349**
	5A. Sensación.	-,363**	-,163*	-,166*	-,268**
	5B. Intuición.	,038	-,231**	-,222**	-,145
	6A. Pensamiento.	-,648**	-,782**	-,771**	-,820**
	6B. Sentimiento.	,370**	,560**	,549**	,541**
	7A. Sistematización.	-,662**	-,755**	-,772**	-,812**
	7B. Innovación.	,452**	,456**	,449**	,525**
<b>CONDUCTAS INTERPERSO-NALES</b>	8A. Retraimiento.	,370**	,496**	,453**	,494**
	8B. Sociabilidad.	-,609**	-,765**	-,741**	-,786**
	9A. Indecisión.	,648**	,754**	,765**	,804**
	9B. Decisión.	-,326**	-,561**	-,518**	-,523**
	10A. Discrepancia.	,330**	,073	,111	,186*
	10B. Conformismo.	-,353**	-,095	-,129	-,218**
	11A. Sumisión.	,599**	,770**	,772**	,796**
	11B. Dominio.	-,138	-,470**	-,400**	-,378**
	12A. Descontento.	,315**	,151*	,138	,228**
	12B. Aquiescencia	,119	,446**	,383**	,347**

N=181

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

#### 1.4 Relación entre modos de afrontamiento y clima social familiar

La tabla 4, presenta información referida al coeficiente *rho de Spearman*. Se muestra el valor del coeficiente de correlación y el nivel crítico asociado al coeficiente. Se observa que la relación entre los modos de afrontamiento con clima familiar presenta correlaciones positivas y negativas significativas.

**Tabla 4**

*Coeficiente de correlación rho de Spearman entre modos de afrontamiento al estrés y clima social familiar*

	Relaciones	Desarrollo	Estabilidad	Clima Familiar
A. Modo de afrontamiento centrado en el problema	,174*	,436**	,486**	,394**
B. Modo de afrontamiento centrado en la emoción	,671**	,822**	,797**	,858**
C. Otros Modos de afrontamiento	-,093	-,416**	-,427**	-,337**

*N=181*

*\*\*.* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

*\**. La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

#### 1.5 Diferencias significativas en estilos de personalidad, modos de afrontamiento y clima familiar, según sexo

La tabla 5, contiene el estadístico *U* de *Mann-Whitney*, la tipificación de *Z* y el nivel crítico bilateral. Se observa que en modos cognitivos de los estilos de personalidad, existen diferencias significativas según sexo.

**Tabla 5**

*Prueba de Mann-Whitney, para establecer diferencias significativas en estilos de personalidad según sexo*

	Med		U de Mann-Whitney	Z	p
	Hombre	Mujer			
Metas motivacionales	156,05	154,46	3436	-1,759	0,079
Modos cognitivos	199,52	194,35	3049,5	-2,861	0,004*
Conductas interpersonales	309,88	310,20	3990	-0,172	0,864

*N=181 \*p<0,05*

*Variable de agrupación: Sexo*

La tabla 6, contiene el estadístico *U* de *Mann-Whitney*, la tipificación de *Z* y el nivel crítico bilateral. Se observa que en modos de afrontamiento centrados en la emoción, existen diferencias significativas según sexo.

**Tabla 6**

*Prueba de Mann-Whitney, para establecer diferencias significativas en modos de afrontamiento al estrés, según sexo*

	Med		U de Mann-Whitney	Z	p
	Hombre	Mujer			
Modo de afrontamiento centrado en el problema	0,6520	0,6827	3528,500	-1,537	0,124
Modo de afrontamiento centrado en la emoción	0,5605	0,6648	2934,500	-3,401	0,001*
Otros modos de afrontamiento	0,6655	0,6185	3452,500	-1,802	0,071

*N=181 \*p<0,05*

*Variable de agrupación: Sexo*

La tabla 7, contiene el estadístico *U* de *Mann-Whitney*, la tipificación de *Z* y el nivel crítico bilateral. Se observa que en las dimensiones relaciones, desarrollo y clima familiar, existen diferencias significativas según sexo.

**Tabla 7**

*Prueba de Mann-Whitney, para establecer diferencias significativas en clima social familiar según sexo*

	Med		U de Mann-Whitney	Z	p
	Hombre	Mujer			
Relaciones	10,29	10,72	2738,000	-3,934	,000*
Desarrollo	20,05	22,15	2386,000	-4,814	,000*
Estabilidad	6,10	6,42	3726,000	-,966	,334
Clima familiar	36,44	39,28	2664,000	-3,980	,000*

*N=181 \*p<0,05*

*Variable de agrupación: Sexo*

### 1.6 Diferencias significativas en estilos de personalidad, modos de afrontamiento y clima familiar, según edad

La tabla 8, contiene el estadístico H de *Kruskal-Wallis*, sus grados de libertad (gl) y su nivel crítico. Se observa que en el área de conductas interpersonales, existen diferencias significativas según edad.

**Tabla 8**

*Coefficiente H de Kruskal-Wallis, para establecer diferencias significativas en estilos de personalidad según edad*

	Med			gl	Sig.
	Menos a 50 años	50 a 60 años	Más de 60 años		
Metas motivacionales	155,75	155,62	155,04	2	0,953
Modos cognitivos	200,06	195,68	197,09	2	0,614
Conductas interpersonales	299,31	309,42	313,93	2	0,000**

*N=181 \*\*p<0,01*

*Variable de agrupación: edad*

La tabla 9, contiene el estadístico H *Kruskal-Wallis*, sus grados de libertad (gl) y su nivel crítico. Se observa que en modos de afrontamiento centrados en la emoción, existen diferencias significativas según edad.

**Tabla 9**

*Coeficiente H de Kruskal-Wallis, para establecer diferencias significativas en modos de afrontamiento al estrés, según edad*

	Med			gl	Sig.
	Menos a 50 años	50 a 60 años	Más de 60 años		
Modo de afrontamiento centrado en el problema	0,65	0,68	0,66	2	,474
Modo de afrontamiento centrado en la emoción	0,41	0,66	0,65	2	,000**
Otros modos de afrontamiento	0,68	0,62	0,65	2	,097

*N=181 \*\*p<0,01*

*Variable de agrupación: edad*

La tabla 10 contiene el estadístico H de *Kruskal-Wallis*, sus grados de libertad (gl) y su nivel crítico. Se observa que en las dimensiones relaciones, desarrollo, estabilidad y clima familiar, existen diferencias significativas según edad.

**Tabla 10**

*Coeficiente H de Kruskal-Wallis, para establecer diferencias significativas en clima familiar según edad*

	Med			gl	Sig.
	Menos a 50 años	50 a 60 años	Más de 60 años		
Relaciones	9,31	10,57	10,82	2	,000**
Desarrollo	17,88	21,62	21,68	2	,000**
Estabilidad	5,00	6,53	6,50	2	,000**
Clima familiar	32,19	38,72	39,00	2	,000**

*N=181\*\*p<0,01*

*Variable de agrupación: edad*

### 1.7 Diferencias significativas en estilos de personalidad, modos de afrontamiento y clima social familiar, según tipo de amputación.

La tabla 11, contiene el estadístico *U* de *Mann-Whitney*, la tipificación de *Z* y el nivel crítico bilateral. Se observa que en las áreas: metas motivacionales, modos cognitivos y conductas interpersonales, existen diferencias significativas según *tipo de amputación*.

**Tabla 11**

*Prueba de Mann-Whitney, para establecer diferencias significativas en estilos de personalidad, según tipo de amputación*

	Med		U de Mann-Whitney	Z	p
	Un miembro inferior	Dos miembros inferiores			
Metas motivacionales	155,7	146,6	303,000	-2,261	,024*
Modos cognitivos	197,6	187,4	251,000	-2,640	,008*
Conductas interpersonales	310,3	302,3	294,500	-2,318	,020*

*N=181 \*p<0,05*

*Variable de agrupación: tipo de amputación*

La tabla 12, contiene el estadístico *U* de *Mann-Whitney*, la tipificación de *Z* y el nivel crítico bilateral. Se observa que en modos de afrontamiento centrados en el problema y otros modos de afrontamiento, existen diferencias significativas según *tipo de amputación*.

**Tabla 12**

*Prueba de Mann-Whitney, para establecer diferencias significativas en modos de afrontamiento al estrés, según tipo de amputación*

	Med		U de Mann-Whitney	Z	p
	Un miembro inferior	Dos miembros inferiores			
Modo de afrontamiento centrado en el problema	0,66	0,73	326,500	-2,147	,032*
Modo de afrontamiento centrado en la emoción	0,60	0,68	561,000	-,377	,706
Otros modos de afrontamiento	0,65	0,52	277,500	-2,579	,010*

N=181 \*p<0,05

Variable de agrupación: tipo de amputación

La tabla 13, contiene el estadístico *U* de Mann-Whitney, la tipificación de *Z* y el nivel crítico bilateral. Se observa que en las dimensiones relaciones, desarrollo, estabilidad y clima familiar, no existen diferencias significativas según *tipo de amputación*.

**Tabla 13**

*Prueba de Mann-Whitney, para establecer diferencias significativas en clima social familiar, según tipo de amputación*

	Med		U de Mann-Whitney	Z	p
	Un miembro inferior	Dos miembros inferiores			
Relaciones	10,49	10,14	530,000	-,611	,541
Desarrollo	20,95	22,00	498,000	-,828	,408
Estabilidad	6,23	6,57	546,000	-,484	,628
Clima familiar	37,67	38,71	564,000	-,333	,739

N=181 \*p<0,05

Variable de agrupación: tipo de amputación



## 1.8 Diferencias significativas en estilos de personalidad, modos de afrontamiento y clima familiar, según tiempo de amputación

La tabla 14, contiene el estadístico H de Kruskal-Wallis, sus grados de libertad (*gl*) y su nivel crítico. Se observa que en modos cognitivos y conductas interpersonales, existen diferencias significativas según *tiempo de amputación*.

**Tabla 14**

*Coefficiente H de Kruskal-Wallis, para establecer diferencias significativas en estilos de personalidad según tiempo de amputación*

	Med			gl	Sig.
	Menos a 50 años	50 a 60 años	Más de 60 años		
Metas motivacionales	155,75	155,62	155,04	2	,383
Modos cognitivos	200,06	195,68	197,09	2	,029*
Conductas interpersonales	299,31	309,42	313,93	2	,007*

*N=181 \*p<0,05*

*Variable de agrupación: tiempo de amputación*

La tabla 15, contiene el estadístico H de Kruskal-Wallis, sus grados de libertad (*gl*) y su nivel crítico. Se observa que en otros modos de afrontamiento, existen diferencias significativas según *tiempo de amputación*.

**Tabla 15**

*Coeficiente H de Kruskal-Wallis, para establecer diferencias significativas en modos de afrontamiento según tiempo de amputación*

	Med			gl	Sig.
	1 año	1 a 3 años	3 a 5 años		
Modo de afrontamiento centrado en el problema	0,68	0,67	0,65	2	,109
Modo de afrontamiento centrado en la emoción	0,66	0,60	0,59	2	,295
Otros modos de afrontamiento	0,59	0,64	0,68	2	,014*

*N=181 \*p<0,05*

*Variable de agrupación: tiempo de amputación*

La tabla 16, contiene el estadístico H de Kruskal-Wallis, sus grados de libertad (*gl*) y su nivel crítico. Se observa que en las dimensiones relaciones, desarrollo, estabilidad y clima social familiar, no existen diferencias significativas según *tiempo de amputación*.

**Tabla 16**

*Coeficiente H de Kruskal-Wallis, para establecer diferencias significativas en clima familiar según tiempo de amputación*

	Med			gl	Sig.
	1 año	1 a 3 años	3 a 5 años		
Relaciones	10,94	10,35	10,41	2	,072
Desarrollo	21,91	20,73	20,84	2	,181
Estabilidad	6,60	6,21	6,06	2	,380
Clima familiar	39,46	37,28	37,31	2	,129

*N=181 \*p<0,05*

*Variable de agrupación: tiempo de amputación*

### 1.9 Diferencias significativas en estilos de personalidad, modos de afrontamiento y clima familiar, según causa de amputación

La tabla 17, contiene el estadístico H de Kruskal-Wallis, sus grados de libertad (*gl*) y su nivel crítico. Se observa que en metas motivacionales, modos cognitivos y conductas interpersonales, existen diferencias significativas según *causa de amputación*.

**Tabla 17**

*Coeficiente H de Kruskal-Wallis, para establecer diferencias significativas en estilos de personalidad según causa de amputación*

	Med					gl	Sig.
	Vascular	Infección	Tumoral	Accidente	Diabetes		
Metas motivacionales	156,2	154,0	149,5	155,2	158,5	4	,000*
Metas motivacionales							
Modos cognitivos	199,3	204,0	181,9	200,1	204,3	4	,000*
Conductas interpersonales	297,0	304,0	307,9	298,2	317,2	4	,000*

*N=181 \*p<0,05*

*Variable de agrupación: causa de amputación*

La tabla 18, contiene el estadístico H de Kruskal-Wallis, sus grados de libertad (*gl*) y su nivel crítico. Se observa que en modos de afrontamiento centrados en el problema, modos de afrontamiento centrados en la emoción y otros modos de afrontamiento, existen diferencias significativas según *causa de amputación*.

**Tabla 18**

*Coeficiente H de Kruskal-Wallis, para establecer diferencias significativas en modos de afrontamiento según causa de amputación*

	Med					gl	Sig.
	Vascular	Infección	Tumoral	Accidente	Diabetes		
Modo de afrontamiento centrado en el problema	0,65	0,65	0,79	0,65	0,61	4	,000*
Modo de afrontamiento centrado en la emoción	0,40	0,40	0,90	0,41	0,55	4	,000*
Otros modos de afrontamiento	0,67	0,67	0,44	0,68	0,74	4	,000*

*N=181 \*p<0,05*

*Variable de agrupación: causa de amputación*

La tabla 19, contiene el estadístico H de Kruskal-Wallis, sus grados de libertad (*gl*) y su nivel crítico. Se observa que en las dimensiones relaciones, desarrollo, estabilidad y clima familiar, existen diferencias significativas según *causa de amputación*.

**Tabla 19**

*Coeficiente H de Kruskal-Wallis, para establecer diferencias significativas en clima social familiar según causa de amputación*

	Med					gl	Sig.
	Vascular	Infección	Tumoral	Accidente	Diabetes		
Relaciones	9,00	9,00	11,12	9,37	10,74	4	,000*
Desarrollo	17,83	18,00	24,98	17,97	20,30	4	,000*
Estabilidad	5,00	5,00	7,96	5,00	5,91	4	,000*
Clima familiar	31,83	32,00	44,06	32,33	36,94	4	,000*

*N=181 \*p<0,05*

*Variable de agrupación: causa de amputación*

## **2. Resultados descriptivos**

En los resultados descriptivos que fueron obtenidos a través de los instrumentos de evaluación, se presentan las medidas de tendencia central en estilos de personalidad, modos de afrontamiento y clima social familiar. Además cada una de estas variables se analizó según las variables: sexo, edad, tiempo de amputación, tipo de amputación y causa de amputación.

### **2.1 Descripción de estilos de personalidad**

Seguidamente se presentan los resultados descriptivos de la muestra en estilos de personalidad, de acuerdo a medidas de tendencia central (media y desviación estándar).

La Tabla 20, indica que, en el estilo de personalidad del área metas motivacionales, el mayor promedio se observó en individualidad ( $M=29,79$  con  $DE= 12,53$ ); en el estilo de personalidad del área modos cognitivos, el mayor promedio se observó en innovación ( $M=34,75$  con  $DE= 8,13$ ). En el estilo de personalidad del área comportamiento interpersonales el mayor promedio se observó en decisión ( $M=39,39$  con  $DE= 8,48$ ).

**Tabla 20**

*Medias y desviaciones estándar obtenidas de las escalas del inventario de estilos de personalidad de Millon*

<b>ESCALAS</b>	<b>M</b>	<b>DE</b>
<b><i>Metas Motivacionales</i></b>		
1A. Expansión	23,14	5,72
1B. Preservación	20,44	4,82
2A. Modificación	29,67	9,26
2B. Adecuación	24,69	10,28
3A. Individualidad	29,79	12,53
3B. Protección	27,60	10,11
<b><i>Modos Cognitivos</i></b>		
4A. Extroversión	28,09	2,86
4B. Introversión	12,23	2,63
5A. Sensación	16,28	4,48
5B. Intuición	22,84	4,61
6A. Pensamiento	20,81	6,44
6B. Sentimiento	30,55	7,64
7A. Sistematización	31,65	7,32
7B. Innovación	34,75	8,13
<b><i>Conductas Interpersonales</i></b>		
8A. Retraimiento	21,71	1,81
8B. Sociabilidad	39,18	6,67
9A. Indecisión	24,79	4,59
9B. Decisión	39,39	8,48
10A. Discrepancia	35,22	8,31
10B. Conformismo	39,35	26,28
11A. Sumisión	19,59	8,89
11B. Dominio	35,29	27,34
12A. Descontento	33,49	5,52
12B. Aquiescencia	25,78	13,04

*N=181*

La Tabla 21, indica que en el estilo de personalidad, los hombres obtuvieron mayor promedio que las mujeres en decisión (M=41,43 con DE= 7,40). Las mujeres obtuvieron mayor promedio que los hombres en conformismo (M= 42,07 con DE= 8,84).

**Tabla 21**

*Medias y desviaciones estándar obtenidas de las escalas del inventario de estilos de personalidad de Millon, según sexo*

ESCALAS	Hombre		Mujer	
	M	DE	M	DE
<b>Metas Motivacionales</b>				
1A. Expansión	24,33	4,80	21,68	6,41
1B. Preservación	19,64	4,21	21,43	5,33
2A. Modificación	31,66	8,54	27,22	9,56
2B. Adecuación	22,31	9,10	27,63	10,91
3A. Individualidad	32,37	10,84	26,60	13,76
3B. Protección	25,74	8,82	29,89	11,15
<b>Modos Cognitivos</b>				
4A. Extroversión	28,70	2,56	27,35	3,05
4B. Introversión	12,63	2,60	11,73	2,60
5A. Sensación	16,73	5,06	15,72	3,59
5B. Intuición	23,20	4,49	22,40	4,72
6A. Pensamiento	22,12	6,13	19,20	6,49
6B. Sentimiento	29,15	6,57	32,28	8,52
7A. Sistematización	33,08	6,91	29,89	7,47
7B. Innovación	33,91	8,56	35,79	7,48
<b>Conductas Interpersonales</b>				
8A. Retraimiento	21,35	1,67	22,16	1,89
8B. Sociabilidad	40,41	6,73	37,67	6,31
9A. Indecisión	23,76	4,37	26,06	4,58
9B. Decisión	41,43	7,40	36,86	9,07
10A. Discrepancia	35,76	8,46	34,54	8,13
10B. Conformismo	37,14	5,09	42,07	8,84
11A. Sumisión	17,76	8,08	21,84	9,36
11B. Dominio	36,02	9,64	34,38	9,56
12A. Descontento	33,40	6,05	33,59	4,83
12B. Aquiescencia	22,85	11,34	29,41	14,13

*N=181*

La Tabla 22, indica que, en el estilo de personalidad del área metas motivacionales, los pacientes con menos de 50 años, presentaron mayor promedio en modificación (M=40,53 con DE=2,81). En el estilo de personalidad del área modos cognitivos, los pacientes con menos de 50 años obtuvieron un mayor promedio en sistematización (M=39,59 con DE=3,73). En el estilo de personalidad del área comportamientos interpersonales, los pacientes con menos de 50 años, presentaron mayor promedio en dominio (M=48,63 con DE= 8,48).

**Tabla 22**

*Medias y desviaciones estándar obtenidas de las escalas del inventario de estilos de personalidad de Millon, según edad*

ESCALAS	Menos de 50 años		De 50 a 60 años		Más de 60 años	
	M	DE	M	DE	M	DE
<b>Metas Motivacionales</b>						
1A. Expansión	25,66	1,67	22,06	6,28	22,91	6,05
1B. Preservación	16,53	1,60	21,51	5,23	21,16	4,67
2A. Modificación	40,53	2,81	27,53	9,61	27,24	7,80
2B. Adecuación	13,50	2,94	27,11	8,17	27,08	9,45
3A. Individualidad	33,63	2,18	27,57	3,93	29,74	3,49
3B. Protección	25,91	2,21	29,85	2,69	26,92	1,19
<b>Modos Cognitivos</b>						
4A. Extroversión	30,28	1,63	27,70	3,01	27,58	2,78
4B. Introversión	11,59	1,64	11,98	3,07	12,57	2,61
5A. Sensación	22,13	2,86	16,34	5,05	14,29	2,44
5B. Intuición	19,34	2,69	22,51	4,29	24,19	4,66
6A. Pensamiento	29,19	2,32	19,25	6,55	18,89	4,96
6B. Sentimiento	25,75	2,72	32,34	8,27	31,17	7,95
7A. Sistematización	39,59	3,73	30,00	7,18	29,92	6,55
7B. Innovación	22,19	4,72	35,57	7,62	38,49	4,30
<b>Conductas Interpersonales</b>						
8A. Retraimiento	20,34	1,06	21,89	1,76	22,07	1,84
8B. Sociabilidad	48,31	2,69	37,34	6,71	37,16	4,80
9A. Indecisión	19,69	1,59	25,77	4,57	25,95	4,14
9B. Decisión	43,81	3,49	37,60	9,18	38,90	8,80
10A. Discrepancia	27,03	4,46	34,74	8,05	38,21	7,56
10B. Conformismo	43,19	3,42	43,49	8,09	35,78	3,38
11A. Sumisión	11,78	1,49	21,68	0,03	21,03	8,29
11B. Dominio	48,63	8,48	31,15	2,58	33,13	1,80
12A. Descontento	25,56	3,97	34,26	5,46	35,70	3,14
12B. Aquiescencia	21,38	2,89	28,04	4,75	26,01	3,83

*N=181*

La Tabla 23, indica que, en el estilo de personalidad del área metas motivacionales, los pacientes con 3 a 5 años de amputación, presentaron mayor promedio en individualidad (M=32,69 con DE=9,19). En el estilo de personalidad del área cognitivos los pacientes con 3 a 5 años de amputación, presentaron mayor promedio en innovación (M=36,73 con DE=6,72). En el estilo de personalidad del área comportamientos interpersonales, los pacientes con menos



de 1 año de amputación, presentaron mayor promedio en conformismo (M=48,03 con 9,78).

**Tabla 23**

*Medias y desviaciones estándar obtenidas de las escalas del inventario de estilos de personalidad de Millon, según tiempo de amputación*

ESCALAS	Menos de 1 año		De 1 a 3 años		De 3 a 5 años	
	M	DE	M	DE	M	DE
<b>Metas Motivacionales</b>						
1A. Expansión	21,51	6,59	23,20	5,64	24,16	5,05
1B. Preservación	21,57	5,30	20,31	4,84	19,92	4,37
2A. Modificación	27,11	9,28	30,31	9,60	30,25	7,58
2B. Adecuación	27,40	9,65	24,13	8,16	23,88	9,11
3A. Individualidad	25,66	8,89	29,76	9,38	32,69	9,19
3B. Protección	30,77	9,99	28,14	9,81	24,41	9,32
<b>Modos Cognitivos</b>						
4A. Extroversión	27,29	3,33	28,25	2,84	28,35	2,49
4B. Introversión	11,63	2,53	12,23	2,83	12,63	2,26
5A. Sensación	17,03	5,86	16,72	4,27	14,94	3,47
5B. Intuición	21,77	4,43	22,29	4,51	24,59	4,50
6A. Pensamiento	19,09	6,88	21,28	6,75	21,12	5,37
6B. Sentimiento	32,57	8,71	30,64	7,59	29,00	6,72
7A. Sistematización	29,83	8,04	31,97	7,65	32,31	6,01
7B. Innovación	34,40	8,06	33,82	8,72	36,73	6,72
<b>Conductas Interpersonales</b>						
8A. Retraimiento	21,80	1,55	21,66	1,92	21,75	1,81
8B. Sociabilidad	37,00	7,48	39,74	6,77	39,65	5,62
9A. Indecisión	25,74	4,87	24,67	4,59	24,35	4,40
9B. Decisión	36,69	9,52	39,17	8,38	41,65	7,39
10A. Discrepancia	33,37	7,61	34,17	8,35	38,43	7,95
10B. Conformismo	48,03	9,78	37,81	5,29	36,25	4,21
11A. Sumisión	21,66	9,99	19,35	9,09	18,61	7,55
11B. Dominio	29,63	8,85	37,05	9,13	35,88	9,78
12A. Descontento	33,34	4,89	32,98	5,99	34,53	4,93
12B. Aquiescencia	30,23	9,15	25,66	9,08	22,96	8,51

N=181

La Tabla 24, indica que, en el estilo de personalidad del área metas motivacionales, los pacientes con amputación de un miembro inferior presentaron mayor promedio en individualidad (M=30,22 con DE=12,42). En el estilo de personalidad del área, modos cognitivos, los pacientes con amputación de dos

miembros inferiores presentaron mayor promedio en sentimiento (M=35,14 con DE=8,67). En el estilo de personalidad del área comportamientos interpersonales, los pacientes con amputación de dos miembros inferiores presentaron mayor promedio en conformismo (M=40,29 con DE=2,36).

**Tabla 24**

*Medias y desviaciones estándar obtenidas de las escalas del inventario de estilos de personalidad de Millon, según tipo de amputación*

ESCALAS	Un miembro inferior		Dos miembros inferiores	
	M	DE	M	DE
<b>Metas Motivacionales</b>				
1A. Expansión	23,32	5,67	18,71	5,56
1B. Preservación	20,33	4,77	23,14	5,49
2A. Modificación	29,79	9,07	26,71	13,69
2B. Adecuación	24,55	10,15	28,14	13,57
3A. Individualidad	30,22	12,42	19,14	11,28
3B. Protección	27,47	9,95	30,71	14,22
<b>Modos Cognitivos</b>				
4A. Extroversión	28,16	2,83	26,43	3,31
4B. Introversión	12,29	2,61	10,71	2,93
5A. Sensación	16,20	4,49	18,14	3,89
5B. Intuición	23,01	4,61	18,57	,787
6A. Pensamiento	20,86	6,32	19,57	9,52
6B. Sentimiento	30,37	7,57	35,14	8,67
7A. Sistematización	31,81	7,17	27,71	10,24
7B. Innovación	34,90	8,01	31,14	10,87
<b>Conductas Interpersonales</b>				
8A. Retraimiento	21,71	1,82	21,71	1,60
8B. Sociabilidad	39,20	6,52	38,71	10,28
9A. Indecisión	24,74	4,57	26,14	5,55
9B. Decisión	39,67	8,36	32,43	9,03
10A. Discrepancia	35,51	8,34	27,86	1,46
10B. Conformismo	39,31	26,81	40,29	2,36
11A. Sumisión	19,41	8,79	24,00	10,92
11B. Dominio	35,68	27,74	25,43	11,24
12A. Descontento	33,60	5,53	30,57	4,93
12B. Aquiescencia	25,41	12,92	35,14	13,57

N=181

La Tabla 25, indica que en el estilo de personalidad del área, metas motivacionales, los pacientes cuya causa de amputación, es tumoral el mayor

promedio se dio en protección (M=42,41 con D=6,23). En el estilo de personalidad del área, modos cognitivos, los pacientes cuya causa de amputación es tumoral, el mayor promedio se encuentra en Sentimiento (M=42,31 con DE=4,08). En el estilo de personalidad del área, comportamientos interpersonales los pacientes cuya causa de amputación es infección presentaron mayor promedio en Sociabilidad (M=49,00 con DE=4,24).

**Tabla 25**

*Medias y desviaciones estándar obtenidas de las escalas del inventario de estilos de personalidad de Millon, según causa de amputación*

ESCALAS	Vascular		Infección		Tumoral		Accidente		Diabetes	
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE
<b>Metas</b>										
<b>Motivacionales</b>										
1A. Expansión	25,75	,45	23,00	4,24	14,14	,93	25,70	1,14	26,93	1,79
1B. Preservación	16,42	,99	18,00	2,83	27,61	1,27	16,37	1,35	18,44	2,28
2A. Modificación	41,42	,79	38,50	4,95	16,08	1,73	40,73	2,78	31,67	1,25
2B. Adecuación	12,75	,87	15,00	4,24	39,45	4,71	12,83	1,86	22,36	2,52
3A. Individualidad	33,50	1,00	34,00	0,00	9,84	2,06	33,30	1,56	39,10	1,76
3B. Protección	26,33	,78	25,50	,70	42,41	6,23	26,23	1,63	20,03	2,62
<b>Modos Cognitivos</b>										
4A. Extroversión	30,42	1,73	28,00	4,24	23,98	,72	30,37	1,19	29,30	1,44
4B. Introversión	11,33	1,49	13,50	3,54	9,20	1,08	11,57	1,61	14,23	1,71
5A. Sensación	23,17	,58	19,00	5,66	15,80	,94	22,50	2,13	13,42	3,27
5B. Intuición	18,33	1,23	23,00	5,6	18,49	1,67	18,90	1,85	27,22	1,57
6A. Pensamiento	29,50	1,00	30,00	0,00	12,18	2,09	29,53	1,36	21,25	1,39
6B. Sentimiento	25,75	,75	26,50	,701	42,31	4,08	26,00	1,11	26,31	2,11
7A. Sistematización	40,00	1,35	40,50	,701	21,33	2,59	40,20	2,06	33,15	2,57
7B. Innovación	20,75	2,26	23,50	3,54	38,65	3,89	21,03	1,19	39,42	1,29
<b>Conductas</b>										
<b>Interpersonales</b>										
8A. Retraimiento	20,33	1,37	21,50	2,12	22,92	,79	20,33	,66	21,70	2,07
8B. Sociabilidad	48,00	1,41	49,00	4,24	31,02	,72	47,57	5,98	39,44	2,13
9A. Indecisión	20,08	1,73	21,00	2,83	30,98	1,15	19,40	1,43	23,91	2,47
9B. Decisión	41,67	5,26	45,00	0,00	25,90	1,25	44,03	1,61	44,88	1,29
10A. Discrepancia	25,83	1,64	27,00	1,41	28,41	1,32	26,53	3,35	43,43	1,95
10B. Conformismo	44,42	2,68	44,00	0,00	39,73	1,27	42,93	2,03	33,17	2,39
11A. Sumisión	11,83	1,40	13,50	3,54	32,98	1,53	11,50	1,08	16,08	4,03
11B. Dominio	37,58	1,78	36,50	3,54	15,41	2,01	38,40	1,38	41,17	1,18
12A. Descontento	24,67	1,44	22,00	4,24	34,04	1,08	26,67	5,52	36,97	3,09
12B. Aquiescencia	22,58	2,97	24,50	4,95	46,49	2,30	20,83	,65	16,41	2,72

N=181

## 2.2 Descripción de los modos de afrontamiento

La Tabla 26, indica que, en el modo de afrontamiento centrado en el problema, el mayor promedio se observó en la búsqueda de soporte social (M=0,87 con DE= 0,22). En el modo de afrontamiento centrado en la emoción, el mayor promedio se observó en acudir a la religión (M=0,99 con DE=0,06). En otros modos de afrontamiento el mayor promedio se observó en enfocar y liberar emociones (M=0,81 con DE=0,20).

**Tabla 26**

*Medias y desviaciones estándar obtenidas en el cuestionario de modos de afrontamiento al estrés de COPE*

<b>ESCALAS</b>	<b>M</b>	<b>DE</b>
<b>A. Modos de afrontamiento que se centran en el problema</b>		
1. Afrontamiento activo	0,56	0,14
2. Planificación	0,64	0,16
3. Supresión de actividades competentes	0,69	0,21
4. Postergación del afrontamiento	0,57	0,28
5. Búsqueda de soporte social	0,87	0,22
<b>B. Modos de afrontamiento que se centran en la emoción</b>		
6. Búsqueda de soporte emocional	0,75	0,43
7. Reinterpretación positiva y crecimiento	0,46	0,22
8. Aceptación	0,56	0,29
9. Negación	0,27	0,44
10. Acudir a la religión	0,99	0,06
<b>c. Otros Modos de afrontamiento</b>		
11. Enfocar y liberar emociones	0,81	0,20
12. Desentendimiento conductual	0,67	0,15
13. Desentendimiento mental	0,45	0,13

N=181

La Tabla 27, indica que las mujeres presentaron en el modo de afrontamiento centrado en el problema, mayor promedio en búsqueda de soporte social (M=0,91 con DE=,19) que los hombres. En el modo de afrontamiento

centrado en la emoción hombres y mujeres, obtuvieron mayor promedio en acudir a la religión (M=0,99 con DE=,07). Y en otros modos de afrontamiento los hombres obtuvieron mayor promedio en enfocar y liberar emociones (M=0,84 con DE=,19) que las mujeres.

**Tabla 27**

*Medias y desviaciones estándar obtenidas en el cuestionario de modos de afrontamiento al estrés de COPE, según sexo*

ESCALAS	Hombre		Mujer	
	M	DE	M	DE
<b>A. Modos de afrontamiento que se centran en el problema</b>				
1. Afrontamiento activo	0,59	,14	0,53	,12
2. Planificación	0,64	,16	0,64	,16
3. Supresión de actividades competentes	0,70	,22	0,67	,19
4. Postergación del afrontamiento	0,50	,25	0,66	,29
5. Búsqueda de soporte social	0,84	,23	0,91	,19
<b>B. Modos de afrontamiento que se centran en la emoción</b>				
6. Búsqueda de soporte emocional	0,68	,46	0,82	,38
7. Reinterpretación positiva y crecimiento	0,46	,23	0,46	,20
8. Aceptación	0,49	,26	0,65	,29
9. Negación	0,18	,37	0,40	,48
10. Acudir a la religión	0,99	,07	0,99	,04
<b>C. Otros Modos de afrontamiento</b>				
11. Enfocar y liberar emociones	0,84	,19	0,77	,22
12. Desentendimiento conductual	0,69	,14	0,64	,16
13. Desentendimiento mental	0,47	,12	0,44	,14

N=181

La Tabla 28, indica que los pacientes con menos de 50 años, presentaron en el modo de afrontamiento centrado en el problema, mayor promedio en supresión de actividades competentes (M=0,97 con DE=,12). En el modo de afrontamiento centrado en la emoción, los pacientes menores de 50 años y los pacientes entre los 50 a 60 años obtuvieron un mayor promedio, en acudir a la religión (M=1,00 con DE=,00). Los pacientes mayores de 60 años presentaron en otros modos de

afrontamiento, mayor promedio en enfocar y liberar emociones (M=0,83 con DE=,23).

**Tabla 28**

*Medias y desviaciones estándar obtenidas en el cuestionario de modos de afrontamiento al estrés de COPE, según edad*

ESCALAS	Menos de 50 años		De 50 a 60 años		Más de 60 años	
	M	DE	M	DE	M	DE
<b>A. Modo de afrontamiento centrado en el problema</b>						
1. Afrontamiento activo	0,74	,04	0,54	,12	0,51	,12
2. Planificación	0,75	,00	0,64	,14	0,60	,18
3. Supresión de actividades competentes	0,97	,12	0,67	,19	0,60	,15
4. Postergación del afrontamiento	0,27	,06	0,64	,29	0,63	,26
5. Búsqueda de soporte social	0,53	,12	0,91	,19	0,96	,13
<b>B. Modo de afrontamiento centrado en la emoción</b>						
6. Búsqueda de soporte emocional	0,06	,25	0,82	,38	0,93	,23
7. Reinterpretación positiva y crecimiento	0,72	,12	0,46	,21	0,37	,17
8. Aceptación	0,27	,06	0,63	,29	0,63	,26
9. Negación	0,00	,00	0,37	,48	0,32	,46
10. Acudir a la religión	1,00	,00	1,00	,00	0,98	,08
<b>c. Otros Modos de afrontamiento</b>						
11. Enfocar y liberar emociones	0,77	,06	0,80	,21	0,83	,23
12. Desentendimiento conductual	0,75	,00	0,64	,17	0,66	,16
13. Desentendimiento mental	0,50	,00	0,43	,14	0,45	,15

N=181

La Tabla 29, indica que en el modo de afrontamiento centrado en el problema, los pacientes con 3 a 5 años de amputación, presentaron mayor promedio en búsqueda de soporte social (M=0,91 con DE=,19). En el modo de afrontamiento centrado la emoción, los pacientes con 3 a 5 años de amputación presentaron mayor promedio en acudir a la religión (M=1,00 con DE=,04). En otros modos de afrontamiento los pacientes con 3 a 5 años de amputación

presentaron mayor promedio en enfocar y liberar emociones (M= 0,87 con DE=,19).

**Tabla 29**

*Medias y desviaciones estándar obtenidas en el cuestionario de modos de afrontamiento al estrés de COPE, según tiempo de amputación*

ESCALAS	Menos de 1 año		De 1 a 3 años		De 3 a 5 años	
	M	DE	M	DE	M	DE
<b>A. Modo de afrontamiento centrado en el problema</b>						
1. Afrontamiento activo	0,54	,14	0,59	,14	0,53	,12
2. Planificación	0,63	,18	0,65	,14	0,63	,18
3. Supresión de actividades competentes	0,71	,18	0,71	,22	0,62	,19
4. Postergación del afrontamiento	0,66	,30	0,55	,29	0,54	,24
5. Búsqueda de soporte social	0,88	,21	0,85	,23	0,91	,19
<b>B. Modo de afrontamiento centrado en la emoción</b>						
6. Búsqueda de soporte emocional	0,76	,41	0,69	,46	0,84	,37
7. Reinterpretación positiva y crecimiento	0,50	,21	0,48	,22	0,38	,19
8. Aceptación	0,64	,32	0,55	,29	0,55	,24
9. Negación	0,44	,49	0,27	,44	0,18	,38
10. Acudir a la religión	0,99	,09	0,99	,06	1,00	,04
<b>c. Otros Modos de afrontamiento</b>						
11. Enfocar y liberar emociones	0,75	,22	0,80	,20	0,87	,19
12. Desentendimiento conductual	0,61	,20	0,67	,15	0,71	,09
13. Desentendimiento mental	0,42	,13	0,46	,15	0,47	,12

N=181

La Tabla 30, indica que los pacientes amputados de un miembro inferior presentaron en modos de afrontamiento centrado en el problema, mayor promedio en búsqueda de soporte social (M=0,88). Los pacientes que han sido amputados de dos miembros inferiores, en el modo de afrontamiento centrado la emoción, presentaron mayor promedio en acudir a la religión (M=1,00). Los pacientes amputados de un miembro inferior, presentaron en otros modos de afrontamiento, mayor promedio en enfocar y liberar emociones (M=0,82).

**Tabla 30**

*Medias y desviaciones estándar obtenidas en el cuestionario de modos de afrontamiento al estrés de COPE, según tipo de amputación*

ESCALAS	Un miembro inferior		Dos miembros inferiores	
	M	DE	M	DE
	<b>A. Modo de afrontamiento centrado en el problema</b>			
1. Afrontamiento activo	0,56	,14	0,61	,13
2. Planificación	0,64	,16	0,75	,00
3. Supresión de actividades competentes	0,68	,21	0,86	,13
4. Postergación del afrontamiento	0,56	,28	0,68	,40
5. Búsqueda de soporte social	0,88	,22	0,79	,27
<b>B. Modo de afrontamiento centrado en la emoción</b>				
6. Búsqueda de soporte emocional	0,75	,42	0,57	,54
7. Reinterpretación positiva y crecimiento	0,45	,22	0,61	,13
8. Aceptación	0,56	,28	0,68	,40
9. Negación	0,26	,43	0,57	,54
10. Acudir a la religión	0,99	,06	1,00	,00
<b>C. Otros Modos de afrontamiento</b>				
11. Enfocar y liberar emociones	0,82	,21	0,61	,13
12. Desentendimiento conductual	0,67	,15	0,61	,13
13. Desentendimiento mental	0,46	,13	0,36	,13

*N=181*

La Tabla 31, indica que los pacientes con causa de amputación vascular e infección, en el modo de afrontamiento centrado en el problema, presentaron mayor promedio en supresión de actividades competentes (M=1,00 con DE=,00). En el modo de afrontamiento centrado en la emoción, los pacientes con causa de amputación vascular, infección y accidentes, obtuvieron mayor promedio en acudir a la religión (M=1,00 con DE=,00). En otros modos de afrontamiento los pacientes con causa de amputación diabetes, presentaron mayor promedio en enfocar y liberar emociones (M=0,97 con DE=,07).



**Tabla 31**

*Medias y desviaciones estándar obtenidas en el cuestionario de modos de afrontamiento al estrés de COPE, según causa de amputación*

ESCALAS	Vascular		Infección		Tumoral		Accidente		Diabetes	
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE
<b>A. Modo de afrontamiento centrado en el problema</b>										
1. Afrontamiento activo	0,75	,00	0,75	,00	0,50	,03	0,74	,04	0,50	,12
2. Planificación	0,75	,00	0,75	,00	0,73	,06	0,74	,04	0,54	,17
3. Supresión de actividades competentes	1,00	,00	1,00	,00	0,72	,07	0,98	,09	0,51	,07
4. Postergación del afrontamiento	0,25	,00	0,25	,00	0,99	,07	0,27	,09	0,49	,08
5. Búsqueda de soporte social	0,50	,00	0,50	,00	0,99	,07	0,52	,09	0,99	,07
<b>B. Modo de afrontamiento centrado en la emoción</b>										
6. Búsqueda de soporte emocional	0,00	,00	0,00	,00	0,99	,07	0,03	,13	0,97	,12
7. Reinterpretación positiva y crecimiento	0,75	,00	0,75	,00	0,55	,10	0,74	,04	0,26	,07
8. Aceptación	0,25	,00	0,25	,00	0,99	,07	0,25	,00	0,49	,08
9. Negación	0,00	,00	0,00	,00	0,98	,08	0,01	,05	0,01	,09
10. Acudir a la religión	1,00	,00	1,00	,00	0,98	,09	1,00	,00	0,99	,05
<b>C. Otros Modos de afrontamiento</b>										
11. Enfocar y liberar emociones	0,75	,00	0,75	,00	0,53	,11	0,77	,06	0,97	,07
12. Desentendimiento conductual	0,75	,00	0,75	,00	0,46	,14	0,76	,05	0,74	,05
13. Desentendimiento mental	0,50	,00	0,50	,00	0,30	,13	0,50	,00	0,51	,09

N=181

### 2.3 Descripción del clima social familiar de Moos

La Tabla 32, indica que en clima social familiar, el mayor promedio se observó en la dimensión desarrollo (M=20,99 con DE=2,99), seguido de la dimensión relaciones (M=10,48 con DE=1,28), y finalmente de la dimensión estabilidad (M=6,24 con DE=1,36).

**Tabla 32**

*Medias y desviaciones estándar obtenidas en la escala Clima Social Familiar de Moos*

<b>Dimensiones y subescalas</b>	<b>M</b>	<b>DE</b>
<b>Relaciones</b>	10,48	1,28
Subescala Cohesión	3,73	3,22
Subescala Expresividad	2,41	,79
Subescala Conflicto	4,34	2,69
<b>Desarrollo</b>	20,99	2,99
Subescala Autonomía	5,46	1,24
Subescala Actuación	5,76	1,27
Subescala Intelectual cultural	2,13	1,38
Subescala Social Recreativo	3,92	,86
Subescala Moralidad Religioso	3,72	2,08
<b>Estabilidad</b>	6,24	1,36
Subescala Organización	2,26	1,79
Subescala Control	3,98	1,03

*N=181*

La Tabla 33, indica que las mujeres presentaron mayor promedio en las dimensiones: estabilidad (M=10,72 con DE=1,09), desarrollo (M=5,84 con DE=1,35) y relaciones (M=4,63 con DE=3,57), al igual que en clima social familiar (M=39,28 con DE=4,73) en comparación con los hombres.

**Tabla 33**

*Medias y desviaciones estándar obtenidas en la escala clima social familiar de Moos, según sexo*

Dimensiones y subescalas	Hombre		Mujer	
	M	DE	M	DE
<b>Dimensión Relaciones</b>	3,01	2,76	4,63	3,57
Cohesión	2,52	,89	2,27	,63
Expresividad	4,76	2,19	3,81	3,12
Conflicto	5,04	1,24	5,99	1,06
<b>Dimensión Desarrollo</b>	5,70	1,20	5,84	1,35
Autonomía	1,93	1,14	2,37	1,60
Actuación	3,96	,76	3,86	,97
Intelectual	3,42	1,76	4,09	2,38
Social	2,03	1,45	2,54	2,12
Moralidad	4,07	1,01	3,88	1,05
<b>Dimensión Estabilidad</b>	10,29	1,39	10,72	1,09
Organización	20,05	2,86	22,15	2,74
Control	6,10	1,24	6,42	1,48
<b>Clima Social Familiar</b>	36,44	4,62	39,28	4,73

*N=181*

La Tabla 34, indica que los pacientes con más de 60 años, presentaron, mayor promedio en las dimensiones desarrollo (M=21,68 con DE=2,68) y relaciones (M=10,82 con DE=1,29), así como en clima social familiar (M=39,00 con DE=4,20). Los pacientes de 50 a 60 años presentaron mayor promedio en la dimensión estabilidad (M=6,53 con DE=1,42).

**Tabla 34**

*Medias y desviaciones estándar obtenidas en la escala clima social familiar de Moos, según edad*

Dimensiones y subescalas	Menos de 50 años		De 50 a 60 años		Más de 60 años	
	M	DE	M	DE	M	DE
<b>Dimensión Relaciones</b>	9,31	,82	10,57	1,08	10,82	1,29
Cohesión	1,25	,44	4,36	3,49	4,22	3,23
Expresividad	3,03	,47	2,28	,60	2,27	,87
Conflicto	5,03	,54	3,92	3,01	4,33	2,89
<b>Dimensión Desarrollo</b>	17,88	1,24	21,62	3,09	21,68	2,68
Autonomía	4,06	,44	5,68	1,36	5,81	1,04
Actuación	6,69	,74	5,85	1,19	5,41	1,29
Intelectual	1,03	,74	2,15	1,28	2,48	1,41
Social	4,06	,50	3,77	,72	3,95	1,01
Moralidad	2,03	,31	4,17	2,24	4,03	2,06
<b>Dimensión Estabilidad</b>	5,00	,51	6,53	1,42	6,50	1,29
Organización	1,88	,49	2,49	1,93	2,26	1,98
Control	3,13	,55	4,04	1,11	4,24	,96
<b>Clima Social Familiar</b>	32,19	2,28	38,72	4,86	39,00	4,20

*N=181*

La Tabla 35, indica que los pacientes con menos de 1 año de amputación, presentaron mayor promedio en la dimensiones desarrollo (M=21,91 con DE=3,26), relaciones (M=10,94 con DE=1,53) y estabilidad (M=6,60 con DE=1,65), al igual que en clima social familiar (M=39,46 con DE=5,28).

**Tabla 35**

*Medias y desviaciones estándar obtenidas en la escala clima social familiar de Moos, según tiempo de amputación*

Dimensiones y subescalas	Menos de 1 año		De 1 a 3 años		De 3 a 5 años	
	M	DE	M	DE	M	DE
<b>Dimensión Relaciones</b>	10,94	1,53	10,35	1,17	10,41	1,25
Cohesión	4,97	3,53	3,58	3,24	3,18	2,79
Expresividad	2,51	1,01	2,44	,76	2,27	,67
Conflicto	3,46	3,05	4,33	2,62	4,96	2,40
<b>Dimensión Desarrollo</b>	21,91	3,26	20,73	3,01	20,84	2,67
Autonomía	5,80	1,26	5,33	1,32	5,49	1,07
Actuación	5,94	1,35	5,93	1,21	5,33	1,23
Intelectual	2,00	1,28	1,91	1,30	2,63	1,47
Social	3,83	1,01	3,88	,78	4,04	,89
Moralidad	4,34	2,35	3,68	2,10	3,35	1,76
<b>Dimensión Estabilidad</b>	6,60	1,65	6,21	1,31	6,06	1,25
Organización	2,83	1,99	2,33	1,74	1,75	1,66
Control	3,77	,94	3,88	1,02	4,31	1,05
<b>Clima Social Familiar</b>	39,46	5,28	37,28	4,83	37,31	4,45

*N=181*

La Tabla 36, indica que los pacientes con amputación de un miembro inferior, presentaron mayor promedio en la dimensión relaciones (M=10,49 con DE=1,29). Los pacientes con amputación de dos miembros inferiores, presentaron mayor promedio en las dimensiones desarrollo (M=22,00 con DE=3,74) y estabilidad (M=6,57 con DE=1,51), así como en el clima social familiar (M=38,71 con DE=6,02).

**Tabla 36**

*Medias y desviaciones estándar obtenidas en la escala clima social familiar de Moos, según tipo de amputación*

Dimensiones y subescalas	Un miembro inferior		Dos miembros inferiores	
	M	DE	M	DE
<b>Dimensión Relaciones</b>	10,49	1,29	10,14	,90
Cohesión	3,66	3,18	5,57	3,99
Expresividad	2,41	,80	2,43	,54
Conflicto	4,43	2,66	2,14	2,67
<b>Dimensión Desarrollo</b>	20,95	2,96	22,00	3,74
Autonomía	5,45	1,24	5,71	1,60
Actuación	5,71	1,27	7,00	0,00
Intelectual	2,17	1,37	1,00	0,00
Social	3,94	,87	3,43	,54
Moralidad	3,67	2,05	4,86	2,67
<b>Dimensión Estabilidad</b>	6,23	1,36	6,57	1,51
Organización	2,21	1,79	3,57	1,51
Control	4,02	1,03	3,00	0,00
<b>Clima Social Familiar</b>	37,67	4,83	38,71	6,02

*N=181*

La Tabla 37, indica que los pacientes en los cuales la causa de amputación es tumoral obtuvieron un mayor promedio en las dimensiones desarrollo (M=24,98 con DE=,88), relaciones (M=11,12 con DE=,60) y estabilidad (M=7,96 con DE=,61), asimismo en clima social familiar (M=44,06 con DE=1,29).

**Tabla 37**

*Medias y desviaciones estándar obtenidas en la escala clima social familiar de Moos, según causa de amputación*

Dimensiones y subescalas	Vascular		Infección		Tumoral		Accidente		Diabetes	
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE
<b>Dimensión</b>										
<b>Relaciones</b>	9,00	0,00	9,00	0,00	11,12	,60	9,37	,85	10,74	1,37
Cohesión	1,00	0,00	1,00	0,00	8,92	,28	1,30	,47	2,11	,59
Expresividad	3,00	0,00	3,00	0,00	2,08	,40	3,07	,45	2,27	,93
Conflicto	5,00	0,00	5,00	0,00	,12	,39	5,00	,53	6,35	,64
<b>Dimensión</b>										
<b>Desarrollo</b>	17,83	,38	18,00	0,00	24,98	,88	17,97	1,38	20,30	1,79
Autonomía	4,00	0,00	4,00	0,00	6,92	,28	4,03	,41	5,38	,94
Actuación	7,00	0,00	7,00	0,00	6,90	,37	6,77	,57	4,59	,64
Intelectual	,92	,28	1,00	0,00	1,18	,49	1,07	,74	3,20	1,15
Social	4,00	0,00	4,00	0,00	2,98	,43	4,03	,41	4,39	,81
Moralidad	1,92	,29	2,00	0,00	7,00	,35	2,07	,25	2,74	,59
<b>Dimensión</b>										
<b>Estabilidad</b>	5,00	0,00	5,00	0,00	7,96	,61	5,00	,53	5,91	,99
Organización	2,00	0,00	2,00	0,00	4,90	,42	1,93	,37	,94	,90
Control	3,00	0,00	3,00	0,00	3,06	,38	3,07	,45	4,97	,39
<b>Clima Social</b>										
<b>Familiar</b>	31,83	,39	32,00	0,00	44,06	1,29	32,33	2,51	36,94	2,67

*N=181*

### 3. Resultados psicométrico de confiabilidad y validez de los instrumentos

#### 3.1 Confiabilidad y validez del inventario de estilos de personalidad de Millon (MIPS), en pacientes amputados de miembro inferior

La tabla 38, muestra la consistencia interna del MIPS, mediante el coeficiente alfa de cronbach. En el polo A de metas motivacionales, obtuvo el valor de 0,898 y en el polo B el valor de 0,857, en ambos casos indica alto nivel de confiabilidad. En el polo A de los modos cognitivos obtuvo el valor de 0,837 y en el polo B el valor de 0,634, esto indica alto nivel y medio de confiabilidad respectivamente. Finalmente en el polo A de comportamientos interpersonales, obtuvo el valor de 0,526 y en el polo B obtuvo el valor de 0,719, esto indica un nivel medio y nivel alto de confiabilidad respectivamente.

**Tabla 38***Consistencia interna del MIPS, mediante el coeficiente alfa de Cronbach*

Áreas	Polo	Coeficiente alfa
Metas Motivacionales	Polo A	0,898
	Polo B	0,857
Modos Cognitivos	Polo A	0,837
	Polo B	0,634
Comportamientos Interpersonales	Polo A	0,526
	Polo B	0,719

**Validez de constructo del MIPS**

En primera instancia se exploraron las correlaciones entre las áreas y el test, para luego realizar el análisis factorial de los componentes del inventario.

En la Tabla 39, se observan correlaciones obtenidas entre metas motivacionales con modos cognitivos (0,553), entre metas motivacionales con conductas interpersonales (0,251). Luego entre modos cognitivos con conductas interpersonales (0,251). Siendo estas correlaciones estadísticamente significativas y positivas, a nivel de  $p < 0,01$  en cada caso.

**Tabla 39***Coeficiente de correlación de Spearman intertest del MIPS*

	Metas motivacionales	Modos cognitivos	Conductas interpersonales
Metas motivacionales	1,000	,553**	,251**
Modos cognitivos		1,000	,251**
Conductas interpersonales			1,000

*N=181 \*\*.* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

*\*.* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

**Análisis factorial las áreas de estilos de personalidad**

Con el propósito de identificar si las áreas metas motivacionales, modos cognitivos y conductas interpersonales, son componentes del factor definido como



estilos de personalidad, se procedió al análisis factorial mediante el método de principales componentes.

La tabla 40, presenta los resultados del análisis factorial mediante el método de principales componentes, donde se obtuvo en autovalores iniciales el valor total de 1,726 (superando el valor de 1 como criterio de aceptación de un factor), este factor explica el 57,535% de la varianza; lo cual demuestra que las tres áreas se agrupan en un solo factor (estilo de personalidad).

**Tabla 40**

*Análisis de principales componentes del MIPS*

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	1,726	57,535	57,535	1,726	57,535	57,535
2	,826	27,549	85,084			
3	,447	14,916	100,000			

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

De acuerdo a los resultados obtenidos se concluye el inventario de estilos de personalidad de Millon (MIPS), presentó confiabilidad por consistencia interna y validez de constructo.

**3.2 Confiabilidad y validez del cuestionario de modos de afrontamiento al estrés (COPE) en pacientes amputados del miembro inferior**

En la tabla 41, se observa que el alfa de Cronbach presenta el valor de 0,872 en modos de afrontamiento centrados en el problema; en modos de afrontamiento centrados en la emoción obtuvo el valor de 0,892 y en otros modos de afrontamiento el valor de 0,755. Todos estos resultados indican un nivel alto de confiabilidad.

**Tabla 41***Consistencia interna del COPE, mediante el coeficiente alfa de Cronbach*

	Alfa de Cronbach
A. Modos de afrontamiento que se centran en el problema	0,872
B. Modos de afrontamiento que se centran en la emoción	0,892
C. Otros modos de afrontamiento	0,755

**Validez de constructo del COPE**

Primero se exploraron las correlaciones entre los modos de afrontamiento al estrés y el test, para luego realizar el análisis factorial de los componentes del inventario.

En la Tabla 42, se observan correlaciones obtenidas entre modos de afrontamiento centrados en el problema, con modos de afrontamiento centrados en la emoción (0,771). Entre modos de afrontamiento centrados en el problema con otros modos de afrontamiento (0,686) y entre modos de afrontamiento centrados en la emoción con otros modos de afrontamiento (0,718). Siendo estas correlaciones estadísticamente significativas y positivas, a nivel de  $p < 0,01$  en cada caso.

**Tabla 42***Coeficiente de correlación de Spearman intertest del COPE*

	A. Modos de afrontamiento centrados en el problema	B. Modos de afrontamiento centrados en la emoción	C. Otros Modos de afrontamiento
A. Modo de afrontamiento centrado en el problema	1,000		
B. Modo de afrontamiento centrado en la emoción	0,771**	1,000	
C. Otros Modos de afrontamiento	0,686**	0,718**	1,000

$N=181$  \*\*. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

## **Análisis factorial de los modos de afrontamiento**

Con el propósito de identificar si los modos de afrontamiento centrados en el problema, modos de afrontamiento centrados en la emoción y otros modos de afrontamiento, son componentes del factor definido como modo de afrontamiento, se procedió a realizar el análisis factorial mediante el método de principales componentes.

La tabla 43, presenta los resultados del análisis factorial mediante el método de principales componentes, obteniendo en autovalores iniciales un coeficiente total de 2,451 (superando el valor de 1 como criterio de aceptación de un factor), este factor explica el 81,687% de la varianza; lo cual demuestra que las tres dimensiones se agrupan en un solo factor (modos de afrontamiento al estrés).

**Tabla 43**

*Análisis de principales componentes del COPE*

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	2,451	81,687	81,687	2,451	81,687	81,687
2	,324	10,803	92,490			
3	,225	7,510	100,000			

*Método de extracción: Análisis de Componentes principales.*

De acuerdo a los resultados obtenidos se concluye que el cuestionario de modos de afrontamiento al estrés (COPE), presenta confiabilidad por consistencia interna y validez de constructo.

### **3.3 Confiabilidad y validez de la escala de clima social familiar, en pacientes amputados del miembro inferior**

La confiabilidad del FES, se calculó mediante el coeficiente de consistencia interna  $r_{20}$  de Kuder-Richardson para ítems dicotómicos de las subescalas de las dimensiones: relaciones, desarrollo y estabilidad componentes de FES.

En la tabla 44, se observa que los índices de confiabilidad ( $r_{20}$ ) de las subescalas de la prueba del clima social familiar, varían desde 0,739 a 0,990.

También se observa que los índices de confiabilidad (r20) en los subtest de la escala del clima social familiar, son los siguientes: cohesión 0,987, expresividad 0,783, conflicto 0,971, autonomía 0,982, actuación 0,896, intelectual-cultural 0,798, social-recreativo 0,875, moralidad-religioso 0,990, organización 0,874, control 0,962 y en la escala total 0,739. Estos coeficientes indican niveles altos de confiabilidad.

**Tabla 44**

*Consistencia interna de la escala FES, mediante el coeficiente Kuder Richardson*

Áreas	Subescalas	r20
Relaciones	Cohesión	0,987
	Expresividad	0,783
	Conflicto	0,971
Organización	Autonomía	0,982
	Actuación	0,896
	Intelectual cultural	0,798
	Social Recreativo	0,875
	Moralidad Religioso	0,990
Estabilidad	Organización	0,874
	Control	0,962
Total		0,739

N=181

### **Validez de constructo del FES**

Primeramente, se exploró las correlaciones entre las dimensiones que componen la escala de clima social familiar y el test, para luego realizar el análisis factorial de estas áreas.

En la tabla 45, se observan coeficientes de correlación de la escala total con: relaciones = 0,724; desarrollo= 0,576 y estabilidad =0,761. Siendo estas correlaciones estadísticamente significativas y positivas, lo que indica que cada una de las áreas es parte del clima social familiar.

**Tabla 45***Coeficiente de correlación de Spearman de las dimensiones y total del FES*

	Relaciones	Desarrollo	Estabilidad	Clima familiar
Relaciones	1	,137*	,363**	,724**
Desarrollo		1	,067	,576**
Estabilidad			1	,761**
Clima familiar				1

*N=181 \*\*.* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

*\*.* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

### **Análisis factorial de la escala de clima social familiar**

Con el propósito de identificar si las dimensiones: relaciones, desarrollo, y estabilidad, son componentes del factor definido como clima social familiar, se procedió al análisis factorial mediante el método de principales componentes.

La tabla 46, presenta los resultados del análisis factorial mediante el método de principales componentes, obteniendo en autovalores iniciales un coeficiente total de 2,168 (superando el valor de 1 como criterio de aceptación de un factor), este factor explica el 72,26% de la varianza; lo cual muestra que las tres dimensiones se agrupan en un solo factor (Clima social familiar).

**Tabla 46***Análisis de los principales componentes del FES*

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	2,168	72,264	72,264	2,168	72,264	72,264
2	,526	17,537	89,801			
3	,306	10,199	100,000			

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

De acuerdo a los resultados obtenidos se concluye que la escala de clima social familiar (FES), presenta confiabilidad por consistencia interna y validez de constructo.

## **Capítulo IV**

### **DISCUSIÓN**

#### **1. Alcances de los resultados**

Los resultados obtenidos se analizaron en función de los objetivos propuestos, los cuales están referidos a la relación de los estilos de personalidad, modos de afrontamiento y clima social familiar en pacientes amputados de miembro inferior. Asimismo, de manera complementaria, se detallan los resultados obtenidos en la parte descriptiva de cada una de las variables estudiadas. Finalmente, se expone el análisis psicométrico de confiabilidad y validez de los instrumentos empleados en el estudio

##### **1.1 Análisis inferencial**

En los resultados inferenciales, se observó que las tres variables de estudio presentaron correlaciones positivas y negativas altas. Es decir que, tanto los estilos de personalidad en sus áreas metas motivacionales, modos cognitivos y comportamientos interpersonales, como los modos de afrontamiento centrados en la emoción y otros modos de afrontamiento, al igual que las dimensiones desarrollo y estabilidad del clima social familiar, intervienen de manera importante en el desajuste adaptativo a la discapacidad de los pacientes amputados de miembro inferior que participaron en la presente investigación.

Ahora bien, al analizar los objetivos específicos, se encontró correlaciones positivas significativas, entre estilos de personalidad: individualidad y expansión; y correlación negativa significativa en protección con otros modos de afrontamiento. También se encontró correlaciones positivas significativas, entre estilos de personalidad: adecuación y preservación; y correlación negativa significativa en modificación con modos de afrontamiento centrados en la emoción.

El análisis de estos resultados indica, que los pacientes amputados presentan liberación inadecuada de emociones, desentendimiento mental y conductual, que se expresa en un incremento de la individualidad y rechazo a la

protección. Es decir, estos pacientes se encuentran orientados en sus propios intereses con tendencia egocéntrica y ambivalente; sus acciones se dirigen a buscar ser el centro de la atención, impulsados en aumentar su fuerza y atenuar el sufrimiento.

Sin embargo, tienden a abocarse en sus problemas cotidianos, que son magnificados, agravándolos por considerarse desafortunados; se tornan ansiosos con sentimientos de indefensión y desesperanza. Parecen estar siempre esperando que algo salga mal y creen probable que las cosas vayan de mal en peor. Estas preocupaciones y su fácil decepción aumentan su malestar emocional, que les conduce a conductas intolerantes, y les hace perder el interés en la repercusión que podría tener su conducta, en los demás.

Estos hallazgos, se orientan en similar sentido al formulado por Millon (1994) quien señala al abordar la personalidad, que las características psicológicas se expresan de manera automática en el comportamiento, a través del modo de percibir, sentir, pensar y afrontar las dificultades. A la vez, estos pacientes presentan disminución en la motivación para modificar los sucesos del entorno, esperando que las circunstancias sigan su curso, reaccionando con inhibición o impulsividad sólo después que los hechos han ocurrido. Mantienen una actitud pasiva que no les favorece para alcanzar satisfacer sus propias necesidades y deseos.

Los resultados expuestos, son corroborados con el estudio reportado por Bañol et al. (2003) quienes han señalado que la dimensión emocional es la más comprometida en los pacientes amputados. En tal sentido, se podría agregar que en el estado emocional de estos pacientes puede prevalecer un ánimo de pesadumbre y tristeza en torno al manejo de su condición de discapacidad. Ellos reconocen que la discapacidad restringe su participación en la actividades de la vida diaria, incluso que les produce exclusión en ámbitos sociales y laborales, así como en algunos medios familiares (Minuchin, 1982). Situación que aumenta su pesimismo y las interpretaciones adversas respecto a su discapacidad, facilitando el acceso a pensamientos depresivos, y disminuyendo su efectividad a la hora de solucionar problemas.

Por otro lado, en el área modos cognitivos se encontraron correlaciones negativas significativas entre los estilos de personalidad: pensamiento, sistematización, y extraversión con modos de afrontamiento centrados en la



emoción. Y correlaciones positivas entre los estilos de personalidad: introversión e intuición, con otros modos de afrontamiento.

De acuerdo a estos resultados, los pacientes amputados de miembro inferior, por lo general no son espontáneamente comunicativos, y podrían mantenerse distantes de los hechos que suceden en su entorno, siendo proclives a hacer su mundo propio, el cual constituye su refugio frente a las demandas externas. Igualmente, se observa en sus juicios que toman en cuenta sus propias experiencias, que se inspiran en el conocimiento especulativo, poniendo énfasis en la percepción de los hechos con valoración personal sobre las consecuencias que tendrán sus actos, tanto sobre ellos mismos, como en el entorno, confirmando lo señalado por Bañol, et al., (2003) quienes sostienen que cada paciente enfrenta la amputación de distinta forma, situación que se expresa en la manera en que la persona ve la vida y la capacidad de afrontar situaciones difíciles.

Igualmente, estos resultados guardan concordancia con los planteamientos de Lázarus & Folkman (1996) quienes refieren que el afrontamiento depende en gran medida de las características individuales que proporciona la apreciación cognitiva que tienen las personas de la situación a afrontar. Es decir, aquellas circunstancias que los pacientes amputados, valoran como pérdida o amenaza, suele orientarlos al uso de estrategias pasivas y centradas en la emoción, más que a estrategias de afrontamiento activo y centrado en el problema.

También los pacientes amputados de miembro inferior, muestran conductas de disconformidad con la rutina, pero no buscan un cambio significativo en su actitud, es decir ponen poco empeño en modificar su vida. Sin embargo son personas que recurren a los demás en procura de estímulo y aliento, sólo cuando se ven en la imperiosa necesidad de hacerlo; lo cual expresa un sentimiento interno de rechazo a la compasión, vale decir en oportunidades suelen mostrarse con mayor valía, manteniendo una actitud altiva frente a su entorno social y se creen merecedores de diversos derechos en compensación a las limitaciones de su discapacidad (Serra, 2001).

Se observa que su necesidad de dar y recibir afecto, están inhibidos, lo que explica, el deterioro que tienen en las relaciones interpersonales y su alejamiento en el desarrollo de los lazos de cercanía con las demás personas, poniendo en evidencia su desconfianza, cautela, miedo e inseguridad en su propia capacidad,

que los lleva a poner de manifiesto conductas impredecibles en su manera de abordar las situaciones cotidianas.

Estos resultados son similares a los hallazgos de Srivastava, et al., (2010) quienes reportaron que la evitación defensiva como afrontamiento al trauma y la depresión, resultan ser predominantes en el comportamiento del paciente amputado.

Asimismo, se hallaron correlaciones negativas significativas, entre los estilos de personalidad: introversión e intuición, con modos de afrontamiento centrados en el problema, haciendo notorio ensimismarse y utilizar su presentimiento como recurso para hacer frente a sus dificultades, dando mayor preferencia a las fuentes más especulativas del conocimiento, esto explica que, los pacientes amputados tienen dificultad para hacer frente al estresor, porque al organizar sus estrategias de acción no logran solucionar con facilidad el problema que les ocurre, en este sentido Lazarus ( 2000) sostiene que el afrontamiento depende de la situación a la que se enfrenta la persona y del tipo de persona que es.

Otro componente es el área conductas interpersonales, donde se encontró correlaciones positivas significativas entre los estilos de personalidad: sumisión e indecisión, y correlación negativa significativa en sociabilidad con los modos de afrontamientos centrados en la emoción. Y correlación negativa significativa entre aquiescencia más correlación positiva significativa entre dominio con otros modos de afrontamiento. Del mismo modo, se halló correlación positiva significativa entre aquiescencia y correlación negativa significativa en dominio, con modos de afrontamiento centrados en el problema.

Estos hallazgos, indican que los pacientes amputados de miembro inferior, reaccionan con vivacidad ante situaciones que les impacta positivamente, pero su interés disminuye rápidamente, por experimentar inseguridad y ansiedad, especialmente ante situaciones sociales, tornándose cautelosos con sentimientos de indefensión e incertidumbre, habituándose al sufrimiento; en oportunidades esta conducta condena cualquier esfuerzo por ayudarles y pierden la oportunidad de salir adelante en sus empeños, aunque tengan la capacidad necesaria para lograrlo, incrementando su desesperanza y pesadumbre frente al futuro, poniendo en evidencia sus síntomas depresivos.

Los resultados expuestos, guardan similitud a los reportados por Rodríguez, et al., (2010), en cuyas conclusiones explican que tanto la ansiedad como la

depresión aumentan antes y después de la amputación. En este sentido, la ansiedad y depresión, también se encontrarían como parte de una de las fases que atraviesa el paciente amputado, al sentirse desesperanzado con alta emotividad, desanimado, absorto, infeliz sin poder concentrarse o interesarse ni en las personas de su entorno próximo, ni en sus actividades cotidianas al verse deforme por la amputación (Serra, 2001).

Por otro lado, la capacidad de estos pacientes para tomar decisiones disminuye frente a los problemas, buscando ser complacidos, tratan de persuadir para lograr objetivos hacia sus propios fines y propósitos, llegando a ser desconsiderados con los demás. Sin embargo, se observa que al no lograr sus propósitos, tienden a ceder momentáneamente con disposición a adaptar sus necesidades, de tal modo, que sus nuevas demandas puedan ser coincidentes con la de los demás (Millon, 1994).

A la vez, se encontraron correlaciones positivas significativas entre los estilos de personalidad: sumisión e indecisión y correlación negativa significativa en sociabilidad con modos de afrontamiento centrados en la emoción. Estos datos, reflejan que los pacientes muestran una falta de espontaneidad y actitud renuente a participar en el medio familiar y más aún en el medio social, con tendencia a mostrar sarcasmo como forma de expresar su insatisfacción. Por lo general sus estados de ánimo y conducta son muy variados, siendo a veces sociables comunicativos y amistosos con los demás; especialmente, cuando se sienten aceptados y participan de un modo productivo; pero en otras se muestran irritables, hostiles y expresan sus creencias que son incomprendidos y poco apreciados, frecuentemente se sienten depresivos. También pueden mostrarse sumisos, timoratos, sensibles con sentimientos de inseguridad, especialmente acentuado frente a la percepción que podrían recibir rechazo en su vinculación con los demás (Millon, 1994).

De acuerdo a lo anterior, el estilo de personalidad del paciente amputado de miembro inferior, tiene concordancia con lo señalado por Millon y Davis (2001) que las personas con estilos particulares de funcionamiento no adaptativo, tendrían conflictos en la capacidad para relacionarse consigo mismo y con el entorno, es decir que sus competencias destinadas a promover y enriquecer la vida, generadoras de placer o bienestar son deficitarias. Las cuales se expresan en su tendencia a ser retraídas y tristes sin buscar participación en las

recompensas de la vida y aceptan lo que el destino les depara con falta de iniciativa y habilidad para la autonomía, esperando que los demás los asuman y guíen sus vidas, siendo una muestra más, de su estado depresivo.

Otro aspecto relevante, es el temor que tienen a cometer errores, abandonando todo esfuerzo para conseguir metas acorde a sus verdaderos deseos. Creen que los demás no disfrutan de su compañía y les ignoran, situación que les produce profunda incertidumbre sobre sí mismos y les hace dudar sobre las actitudes de los demás hacia ellos. A su vez son escépticos frente a los motivos de otros, ante lo cual, tratan de justificarse dejando entrever, que las personas son desleales y poco dignas de confianza, quedando en evidencia su dificultad para adecuarse a su entorno, que los lleva a intensa frustración, resentimiento, hostilidad e ira que los limita para mejorar sus condiciones de vida.

Dicha descripción, se corrobora con los aportes de (Alós, 2008) quien alude a la complejidad que trae consigo la amputación por la intervención de diversos factores como los psicológicos, sociales, económicos, laborales que condicionan al paciente a una situación de vulnerabilidad y pérdida de su bienestar psicológico.

Por otra parte, estos pacientes emplearían preferentemente modos de afrontamiento centrados en la emoción y otros modos de afrontamiento llamados modos no adaptativos Carver, et al., (1989). Cuyos resultados indicarían que los pacientes amputados de miembro inferior, expresan reactiva y abiertamente sus emociones, focalizándolas en consecuencias negativas y pesimistas, transmitiendo desamparo y abatimiento dándose por vencidos y haciendo poco esfuerzo por un cambio positivo.

Así, la explicación para el empleo de modos de afrontamiento centrado en la emoción y en otros modos de afrontamiento, lo señala Lázarus (2000) refiriendo que cuando un evento estresante es percibido como fuera de control, la persona tiende a utilizar un modo de afrontamiento centrado en la emoción, como primera opción de respuesta a las demandas que provienen del evento estresante, y si éste evento es incontrolable, la persona reacciona de forma no adaptativa; planteamiento que tiene coincidencia con Fernández-Abascal y Palermo (1999) que explican, si la persona luego de poner en marcha el afrontamiento, tiene éxito para solucionar el problema que lo aqueja, cuando aparecen eventos similares

repetirá las mismas estrategias de afrontamiento, pero si no tiene éxito empleará otras estrategias o su tensión se incrementaría.

En este sentido, es posible argumentar que la amputación puede ser percibida por algunos pacientes, como una circunstancia sobre la cual no tienen suficiente control personal para lograr el bienestar emocional ni la adaptación a la discapacidad; así mismo, el carácter limitante de la discapacidad en casi todos los niveles de su vida (personal, familiar, laboral entre otros) tiende a superar cualquier esfuerzo concreto que pudiera realizar para mediar con las dificultades a enfrentar. Por tal razón, el paciente emplea modos de afrontamiento centrados en la emoción y otros modos de afrontamiento para atender a los sentimientos de desesperanza y frustración que despierta las limitaciones por amputación, en vez de pretender desplegar un plan de acción con el que pudiera responder a los nuevos cambios que la discapacidad demanda (Lazarus & Folkman, 1996).

Continuando con los resultados inferenciales de la investigación, se encontraron correlaciones positivas significativas entre el área metas motivacionales de los estilos de personalidad: adecuación y preservación; y correlación negativa significativa en modificación con las dimensiones desarrollo y estabilidad del clima social familiar.

Los resultados encontrados señalaron, que los pacientes amputados de miembro inferior, incrementan su sentido de protección hacia su familia, pero con actitudes demandantes, produciéndose conflictos entre los miembros. En el caso de la dimensión estabilidad, ésta se presenta con aumento en la preservación pero decrece en expansión, es decir que el paciente amputado se siente abrumado por los problemas de la vida familiar, percibiéndose a sí mismo como personas diferentes a los demás familiares, situación que les torna inseguros temerosos, suspicaces y con frecuencia se refieren a su persona con una actitud de menosprecio y pesimismo pensando que el futuro no les depara nada. Es así que su comportamiento contribuye para menoscabar la organización y planificación de las actividades de la familia, que se encuentra agobiada por las circunstancias que atraviesan sus miembros en la nueva situación que les toca vivir.

Estos hallazgos, concuerdan con lo afirmado por Minuchin (1982) en el sentido que la amputación tiene graves repercusiones tanto en la persona amputada como en la familia, alterando de manera significativa la dinámica

familiar, cuyos miembros se hacen parte integral del padecimiento del paciente, alterando emocionalmente la conducta en general de los integrantes de la familia. Aunado a esto, la falta de recursos económicos que afrontan algunas familias del amputado, dificulta su participación en actividades que antes eran frecuentes; limitándose más, sus posibilidades de desarrollo familiar y personal de sus integrantes (Garret & Levine, 1962).

De igual manera, el estudio encontró, correlación positiva significativa más alta entre la dimensión desarrollo del clima social familiar con la escala adecuación del estilo de personalidad, y correlación negativa significativa más alta entre la dimensión desarrollo del clima social familiar con la escala de modificación de estilos de personalidad, esto indicaría, que los pacientes amputados tienen dificultad para dirigir sus vidas, esperando que el medio familiar les provea la satisfacción de sus necesidades, produciéndose conductas impulsivas, entre los miembros con pocas alternativas para superar los conflictos familiares presentados.

En este sentido, tanto Marchan, et al., (2011), como Valadez (1993), señalaron la importancia que tiene el apoyo y desempeño del núcleo familiar, para ayudar a restablecer el equilibrio emocional del paciente. Es decir, el paciente al carecer de este soporte familiar, incrementa su malestar emocional alterando su conducta en el entorno.

Además se halló, correlaciones negativas significativas entre el área modos cognitivos de los estilos de personalidad: pensamiento, sistematización y extraversión, con las dimensiones estabilidad y desarrollo del clima social familiar. Tomando en consideración estos resultados se puede señalar, que la expresividad y conflictos en la familia del paciente amputado, se manifiestan con actitudes directas, libres y abiertamente de insatisfacción, irritabilidad y cólera entre los integrantes del núcleo familiar, los cuales aumentan su sufrimiento emocional e incrementan su hostilidad, alterando la estabilidad en la organización de la familia.

En esta misma línea, Moss (1982) refiere que la comunicación entre los miembros de la familia disminuye, al sentirse embargados por pensamientos negativos y el soporte familiar tiende a alterarse disminuyendo la estabilidad en la familia.

Por otra parte, continuando con el área de comportamientos interpersonales se encontraron, correlaciones positivas significativas entre los estilos de personalidad: indecisión y sumisión con las dimensiones estabilidad y desarrollo del clima social familiar y correlación negativa significativa entre sociabilidad con las dimensiones estabilidad y desarrollo del clima social familiar.

Los resultados muestran que el paciente asocia sus estados de ánimo de tipo ansioso con reacciones opositoras, al percatarse que son rechazados o que algún miembro del entorno familiar se siente avergonzado por su condición de amputado. Por tanto, los pacientes actúan con cautela sobre la actitud que muestra la familia, y tienden a ocultar sus aptitudes con el fin de seguir manteniendo el interés de su entorno más próximo. También, en ocasiones tienen un comportamiento diligente, atento, afable con los miembros de la familia, buscando satisfacer su necesidad de afecto y aprobación; hallazgos similares con lo advertido por Ocampo, Henao y Vásquez (2010) que las amputaciones producen problemas emocionales que tienen repercusiones familiares y sociales en las personas que las padecen.

Siguiendo con los resultados, se halló correlaciones positivas significativas entre el modo de afrontamiento centrado en la emoción con las dimensiones: estabilidad y desarrollo del clima social familiar; y correlación negativa entre otros modos de afrontamiento con la dimensión estabilidad del clima social familiar. Los datos encontrados indican que la estabilidad decrece por la tendencia del paciente amputado a ser malhumorado con trato exigente, generando conflictos en la dirección de la vida familiar. Igualmente, se podría referir que la familia del paciente amputado de miembro inferior, lograría una organización más estable, si se incrementarían los modos de afrontamiento centrados en el problema y decrece el uso de modos de afrontamiento centrados en la emoción; es decir cuando el paciente reinterprete positivamente su condición de discapacidad, mediante una evaluación y aceptación de su nueva realidad con la ayuda del soporte familiar (Serra, 2001).

Ahora bien, analizaremos los estilos de personalidad según la variable sexo, se encontró diferencias significativas entre modos cognitivos de los estilos de personalidad con el afrontamiento centrado en la emoción y con las dimensiones: relaciones y desarrollo del clima social familiar.

Estos resultados indican que los hombres tienden a orientarse hacia sí mismos, expresan más fácilmente su disconformidad y muestran una conducta más individualista y demandante (Millon & Davis, 2001). Así mismo, se focalizan más en las consecuencias emocionales desagradables, reaccionando con irritabilidad y desentendimiento mental (Carver, et al., 1989). Sus interacciones con los miembros de su entorno próximo, no son adaptativas, situación que altera las relaciones y el desarrollo de su clima social familiar, a diferencia de las mujeres, que tienden a orientarse más hacia los demás con conductas más adaptativas, aunque son poco espontáneas y tienden a conformarse con lo que les brinda el entorno (Millon, 1994). Mayormente acuden a la religión en situaciones de estrés, con la intención de reducir su tensión existente, así como, buscan apoyo en los demás para tratar de solucionar sus preocupaciones Carver, et al., (1989).

Por otra parte las mujeres, cuentan con un mejor clima familiar, en las dimensiones desarrollo, relación y estabilidad por sobrellevar la convivencia con más armonía que en el caso de los varones (Moos, 1982).

Referente a la edad, los resultados del estudio, encontró diferencias significativas en conductas interpersonales de estilos de personalidad con afrontamiento que se centra en la emoción y con las dimensiones: relaciones, desarrollo y estabilidad del clima familiar.

En estos resultados se observaron que los pacientes amputados de miembro inferior con menos de 50 años, intentan cambiar el entorno para conseguir sus deseos, son predecibles en su conducta por mostrar conducta obstinada. Tratan de no pensar en lo sucedido y se refugian en la religión para reducir su tensión; sin embargo, expresan abiertamente su disconformidad aún frente a eventos que no tienen mayor relevancia, lo cual altera y disminuye la organización del medio familiar al tornarse conflictivo.

En torno a los pacientes amputados de 50 a 60 años, se evidencia que se aburren con la rutina, por lo general no expresan lo que realmente piensan a los demás. Buscan apoyo y comprensión para aliviar su sufrimiento, aunque tienden a reaccionar con hostilidad e irritabilidad al sentirse frustrados en sus expectativas por aparente incompreensión de los demás. El clima familiar da muestras de mayor expresividad entre sus miembros, pero no está exento de desgaste por la exigencia del paciente.



Los pacientes con más de 60 años, están orientados a satisfacer sus propias necesidades, tienden a ser disconformes, pero buscan apoyo y comprensión para aliviar su inquietud y desasosiego. Los conflictos en el clima familiar se atenúan por que los miembros de la familia tienden a tolerar las diferencias individuales, favoreciendo el desarrollo y mejorando la organización (Carver, et al., 1989; Millon, 1994; Moos, 1982).

De acuerdo al tipo de amputación, se encuentran diferencias significativas, en los estilos de personalidad, igualmente en afrontamiento centrado en el problema y otros modos de afrontamiento. En el clima social familiar no se encuentran diferencias significativas.

Los resultados indican que estos pacientes, son personas orientadas por sus propias necesidades que les lleva a mostrándose individualistas. La rutina les produce contrariedad y tienden a conductas empecinadas y opositoras; incrementando su malestar emocional, a diferencia de los pacientes amputados de los dos miembros, quienes son personas conformistas, sensibles, no se aceptan tal como son y podrían temer que los demás los desprecien; así mismo tratan de distraerse para evitar evaluar el problema, dándose por vencidos sin intentar buscar soluciones, esperando por lo general que los demás les resuelvan sus problemas y necesidades (Carver, et al., 1989; Millon, 1974).

Acercas del tiempo de amputación, se encontró diferencias significativas en modos cognitivos y conductas interpersonales de los estilos de personalidad, también se observaron diferencias significativas en otros modos de afrontamiento.

El análisis de los resultados, muestra que los pacientes con menos de un año de amputados, sus preocupaciones se orientan hacia los demás con sentido de protección, son callados sin expresar su malestar frente al otro, acuden a la religión para aliviar el sufrimiento, y muestran dificultad para aceptar su apariencia física. En este sentido, Rodríguez (2013) señala que la imagen corporal se fortalece con la valoración personal y la de los demás, comparada con el ideal social. Es decir, el paciente tras la amputación puede reflejar creencias propias sobre la invalidez y pérdida física, siendo la aceptación del entorno primordial para aminorar sus sentimientos de potencial vergüenza y temor a la discriminación.

Por otra parte, los pacientes amputados con un año a tres años, intentan cambiar las condiciones del entorno, con una actitud de dominio. Tienden al

malhumor y a la irritabilidad que incrementa su malestar emocional.

De igual manera, los pacientes amputados con tres a cinco años, se hallan más orientados hacia sí mismos, esforzándose por superar obstáculos que podrían impedir alcanzar sus metas deseadas, para eso, tratan que las cosas del entorno se encuentren más organizadas, mejorando su autonomía (Carver, et al., 1989; Millon, 1994).

En cuanto a las causas de amputación los pacientes amputados por causas vasculares, mostraron diferencias significativas en los estilos de personalidad, en los modos de afrontamiento al estrés y en las dimensiones del clima social familiar. Los resultados reflejan que estos pacientes intentan cambiar el entorno, pero ponen poco empeño en este deseo por su escasa iniciativa, que se expresa en conformismo, dejando pasar las cosas para tratar de controlar el estresor. Su clima familiar se ve disminuido en la cohesión; es decir, los familiares hacen pocos esfuerzos por conocer los condicionantes de la enfermedad, que llevaron al paciente a perder el miembro inferior, cuya discapacidad también involucra al contexto familiar y social.

Asimismo, se encontraron diferencias significativas en estilos de personalidad, modos de afrontamiento y clima social familiar, según causa de amputación por infección, señalando, que estos pacientes se preocupan por la consecuencia que podría tener su conducta en los demás, así, antes de mostrar agresividad o conflicto, aflora hostilidad sutil y resentimiento. Se muestran unas veces afables, sociables y comunicativos, pero en otras oportunidades se aíslan replegándose en sí mismos, tanto por su inseguridad y como por el temor al rechazo. Tienden a darse por vencidos, sin intentar superar el problema, menoscabando su autoestima. Su clima familiar se ve mayormente disminuido en la dimensión estabilidad, referida a la organización de responsabilidades entre sus miembros.

A la vez, en el paciente amputado por causa tumoral, se encontró diferencias significativas, en estilos de personalidad, en modos de afrontamiento al estrés y en las dimensiones del clima social familiar. Los resultados evidencian que estos pacientes se encuentran preocupados por los demás miembros de su grupo familiar, tienden a concentrarse en los problemas de la vida y los agravan con sentimientos de desesperanza; son pesimistas con el futuro, ocultan sus sentimientos de inseguridad, temor, hostilidad y rabia. Emplean la cautela para

actuar sobre un problema y aceptan aparentemente la realidad como un hecho, con el cual tendrán que vivir. Cuentan con mejor clima familiar, tanto en las relaciones que implican cohesión y expresividad, como en la dimensión desarrollo y estabilidad, ya que los familiares se organizan en torno al paciente, debido a una mayor preocupación por las consecuencias de los tratamientos que podrían repercutir en su calidad de vida.

También, se encontraron diferencias significativas en estilos de personalidad, en modos de afrontamiento al estrés; y en las dimensiones del clima social familiar, en los pacientes amputados por accidente, indicando que estos pacientes se ocupan diligentemente por modificar el entorno de manera individualista. Forman sus juicios en función de sus propias reacciones afectivas. Acuden a la religión para buscar fortaleza y superar el sufrimiento que les embarga. El clima familiar presenta carga conflictiva entre sus miembros que se inició a raíz del accidente que es la fuente de estrés por lo imprevisto de la amputación y consecuente discapacidad. Esta circunstancia, lleva a dificultades en la organización y control de las actividades dentro de la vida familiar.

Por último, los pacientes amputados por diabetes, se encontró diferencias significativas en estilos de personalidad, en modos de afrontamiento al estrés y en las dimensiones del clima social familiar. Estos resultados reportan, que estos pacientes tienden a ser independientes y egocéntricas, se niegan a acatar las normas, manifestando una conducta que puede ser vista como imprudente. Son sensibles, emotivos, fácilmente cambian de humor, expresando fácil reactividad, no aceptan las críticas ni las sugerencias que involucre su manera de pensar. Por lo general se sienten insatisfechos, absortos en las situaciones desagradables, expresando abiertamente su cólera y hostilidad con el entorno (Carver et al., 1989; Millon, 1994; Moos, 1982).

## **1.2 Análisis complementario**

De acuerdo al análisis complementario realizado, se exponen los resultados descriptivos encontrados en la investigación:

En lo concerniente al estilo de personalidad del paciente amputado de miembro inferior, se encontró mayores promedios en individualidad, innovación y decisión.

Respecto al sexo, los hombres presentaron mayor promedio en decisión que las mujeres. Las mujeres obtuvieron mayor promedio en conformismo, que los hombres.

En cuanto a la edad, en el estilo de personalidad, los pacientes con menos de 50 años tuvieron mayores promedios en modificación, sistematización y en dominio, con respecto a las otras edades.

Con respecto al tiempo de amputación, los pacientes con menos de un año de amputación, presentaron mayor promedio en conformismo, respecto a los pacientes que tienen otros tiempos de amputación.

Los pacientes con tres a cinco años de amputación mostraron mayores promedios en individualidad e innovación, respecto a los pacientes que tienen otros tiempos de amputación.

De acuerdo con el tipo de amputación, se observó que los pacientes con amputación de un miembro inferior, tuvieron mayor promedio en individualidad, respecto a los pacientes amputados de dos miembros inferiores. Los pacientes amputados de dos miembros inferiores, reportaron mayor promedio en sentimiento y conformismo, respecto a los pacientes amputados de un miembro inferior.

En torno a la causa de amputación, los pacientes amputados por etiología tumoral, mostraron mayor promedio en protección y en sentimiento, respecto de otras causas de amputación. Así mismo, los pacientes amputados por infección obtuvieron mayor promedio en sociabilidad, respecto a los pacientes con otras causas de amputación.

En lo relativo a los modos de afrontamiento al estrés, los pacientes amputados de miembro inferior, presentaron mayores promedios en búsqueda de soporte social, en acudir a la religión y en enfocar y liberar emociones.

Respeto al sexo, las mujeres presentaron mayor promedio en búsqueda de soporte social. Tanto los hombres como las mujeres obtuvieron mayor promedio en acudir a la religión. Y los hombres tuvieron mayor promedio en enfocar y liberar emociones que las mujeres.

En cuanto a la edad, los pacientes con menos de 50 años, mostraron mayor promedio en supresión de actividades competentes que otras edades. Los pacientes menores de 50 años y los pacientes entre los 50 a 60 años obtuvieron mayor promedio en acudir a la religión que otras edades. Los pacientes con más

de 60 años presentaron mayor promedio en enfocar y liberar emociones que otras edades.

Acercas del tiempo de amputación, los pacientes con tres a cinco años de amputados, evidenciaron mayores promedios en búsqueda de soporte social, en acudir a la religión y en enfocar y liberar emociones, respecto de los pacientes que tienen otros tiempos de amputados.

De acuerdo al tipo de amputación, los pacientes amputados de un miembro inferior, presentaron mayor promedio en búsqueda de soporte social y en enfocar y liberar emociones, respecto a los pacientes amputados de dos miembros inferiores. Los pacientes que fueron amputados de dos miembros inferiores, tuvieron mayor promedio en acudir a la religión, respecto de los pacientes amputados de un miembro inferior.

En lo que concierne a la causa de amputación; los pacientes con causas de amputaciones vasculares e infección obtuvieron mayor promedio en supresión de actividades competentes, respecto a otras causas de amputación. Los pacientes con causas de amputación vascular, infección y accidentes, tuvieron mayor promedio en acudir a la religión, respecto a otras causas de amputación. Los pacientes amputados por diabetes, presentaron mayor promedio en enfocar y liberar emociones, respecto de los pacientes amputados por otras causas de amputación.

Siguiendo esta misma línea, en cuanto al clima social familiar: los pacientes amputados de miembro inferior, reportaron mayor promedio en la dimensión desarrollo, seguido por la dimensión relaciones y finalmente por la dimensión estabilidad.

En relación al sexo, las mujeres obtuvieron mayor promedio en las dimensiones: estabilidad, desarrollo y relaciones, que los hombres.

En lo que atañe a la edad, los pacientes con más de 60 años, mostraron, mayor promedio en las dimensiones desarrollo y relaciones que los pacientes con otras edades. Los pacientes de 50 a 60 años tuvieron mayor promedio en la dimensión estabilidad, que los pacientes menores de 50 años y mayores de 60 años.

Ahora bien, sobre el tiempo de amputación, los pacientes con menos de un año de amputados, presentaron mayor promedio en las dimensiones: desarrollo, relaciones y estabilidad, que los pacientes con otros tiempos de amputación.

De acuerdo con el tipo de amputación, los pacientes amputados de un miembro inferior, evidenciaron mayor promedio en la dimensión relaciones, que los pacientes amputados de dos miembros inferiores. Los pacientes amputados de dos miembros inferiores, tienen mayor promedio en las dimensiones desarrollo, estabilidad que los pacientes amputados de un miembro inferior.

Con referencia a la causa de amputación, los pacientes amputados por causa tumoral tuvieron mayor promedio en las dimensiones: desarrollo, relaciones y estabilidad que los pacientes con otras causas de amputación.

### **1.3 Análisis psicométrico de confiabilidad y validez**

En primer lugar, y en relación al MIPS, se encontraron coeficientes de consistencia interna Alfa de Cronbach de 0,898, para el *Polo A* (Expansión, Modificación e Individualidad), y 0,857 para el polo B (Preservación, Adecuación y Protección) de las metas motivacionales. Así mismo, se obtuvo coeficientes de 0,837 y 0,634, para el polo A (Extraversión, Sensación, Pensamiento y Sistematización), y polo B (Introversión, Intuición, Sentimiento e Innovación), respectivamente, de los modos cognitivos. Se observaron también coeficientes Alfa de Cronbach de 0,526 para el polo A (Extraversión, Sensación, Pensamiento y Sistematización) y de 0,719 para el polo B (Introversión, Intuición, Sentimiento e Innovación) del área comportamientos interpersonales.

En cuanto a la Validez de constructo del cuestionario de estilos de personalidad, se hallaron correlaciones positivas y significativas, que varían entre 0,251 y 0,553, entre todas las dimensiones. El análisis factorial mediante el método de principales componentes señala la existencia de un solo factor, que agrupa a las tres dimensiones, que explica el 57,535% de la varianza. Estos resultados permitieron brindar confiabilidad y validez al MIPS.

En segundo lugar, el análisis psicométrico de la prueba de modos de afrontamiento al estrés, permite observar coeficientes Alfa de Cronbach de 0,872 para el modo de afrontamiento centrado en el problema; 0,892 en el modo de afrontamiento centrado en la emoción y 0,755 en otros modos de afrontamiento.

En relación a la validez de constructo, las correlaciones intertest varían desde un mínimo de 0,686 hasta un máximo de 0,771 mostrándonos correlaciones medias y altas. Finalmente, el análisis factorial, extrae 1 factor que consigue explicar un 81,687 % de la varianza, indicando que los modos de

afrontamiento revelan la existencia de un factor que agrupa a los 3 modos de afrontamiento. De acuerdo a los resultados, se concluye que el cuestionario de modos de afrontamiento al estrés (COPE), presentó confiabilidad por consistencia interna y validez de constructo.

Por último, el análisis de confiabilidad de la escala de clima social familiar, revela un índice KR20 de 0,739 para toda la prueba. Además se obtuvieron los siguientes índices para cada uno de los subtest. Así, Cohesión (0,987), Expresividad (0,783), Conflicto (0,971), Autonomía (0,982), Actuación (0,896), Intelectual cultural (0,798), Social Recreativo (0,875), Moralidad Religioso (0,990), Organización (0,874) y Control (0,962).

En la validez de constructo se observaron correlaciones positivas y significativas entre los subtest y el puntaje total que van desde un mínimo de 0,127 hasta una máximo de 0,755. El proceso de factorización, mediante el análisis de principales componentes, obtuvo en autovalores iniciales un coeficiente total de 2,168 (superando el valor de 1), este factor explica el 72,264% de la varianza; que permitió identificar a un factor que agrupa a las tres dimensiones de la prueba; resultado que es concordante con el modelo de Moos para el clima social familiar. De acuerdo a los resultados obtenidos se concluye que la escala de clima social familiar (FES), presentó confiabilidad por consistencia interna y validez de constructo.

## CONCLUSIONES

Seguidamente se exponen las conclusiones de acuerdo al análisis de los resultados, considerando los objetivos planteados en la presente investigación:

Existen correlaciones positivas y negativas significativas entre estilos de personalidad, modos de afrontamiento centrados en la emoción y en otros modos de afrontamiento y las dimensiones desarrollo y estabilidad del clima social familiar. Es decir, que los estilos de personalidad, los modos de afrontamiento al estrés y el clima social familiar, intervendrían en la adaptación o en el desajuste adaptativo a la discapacidad por amputación de miembro inferior.

Existen correlaciones positivas significativas entre los estilos de personalidad: individualidad, adecuación, preservación, introversión e intuición, indecisión, sumisión y dominio con el afrontamiento centrado en la emoción y otros modos de afrontamiento; pero además, existen correlaciones negativas significativas entre protección, modificación, pensamiento, sistematización, sociabilidad y aquiescencia con el afrontamiento centrado en la emoción y con otros modos de afrontamiento. Estas correlaciones, muestran que los pacientes amputados de miembro inferior son por lo general individualistas, rechazan la protección, presentan liberación inadecuada de emociones caracterizada por ánimo depresivo y humor irritable dificultando importantemente su adaptación a la discapacidad. Tienden al aislamiento social por temor al rechazo reaccionando a la defensiva. Se guían por juicios subjetivos y muestran conductas impredecibles.

Existen correlaciones positivas significativas entre estilos de personalidad: preservación, adecuación, sumisión e indecisión con las dimensiones desarrollo y estabilidad del clima social familiar; además existen correlaciones negativas significativas entre los estilos de personalidad: modificación, pensamiento, sistematización, extraversión y sociabilidad con las dimensiones desarrollo y estabilidad del clima social familiar. Las correlaciones evidencian que los pacientes amputados de miembro inferior, muestran actitudes demandantes para lograr satisfacer sus necesidades y a la vez tienden a mostrarse indefensos



buscando ser aceptados. El clima social familiar se ve comprometido en la organización, autonomía y desarrollo de sus integrantes.

Existen correlaciones positivas entre modo de afrontamiento centrado en la emoción con las dimensiones desarrollo y estabilidad del clima social familiar; además existe correlación negativa entre otros modos de afrontamiento y la dimensión estabilidad. Dicho en otras palabras, los pacientes amputados de miembro inferior utilizan más el afrontamiento orientado en la emoción y el afrontamiento no adaptativo. El clima social familiar se ve deteriorado en las dimensiones desarrollo y estabilidad.

Existen diferencias significativas según sexo, en modos cognitivos de estilos de personalidad, en afrontamiento centrado en la emoción y en las dimensiones del clima social familiar. Vale decir, los hombres son individualistas. Se focalizan en situaciones desagradables de la vida cotidiana; a diferencia de las mujeres que son más conformistas, acuden a la región para aliviar las tensiones. Tienen mejor clima familiar que los hombres.

Existen diferencias significativas según edad, en conductas interpersonales de estilos de personalidad, en afrontamiento centrado en la emoción y en las dimensiones del clima social familiar. En este sentido, los pacientes con menos de 50 años intentan cambiar el entorno, son disconformes, su clima social familiar decae en la dimensión relaciones; a diferencia de los pacientes entre 50 a 60 años que son aburridos con la rutina, buscan apoyo. Su clima social familiar tiene mayor organización. Los pacientes con más de 60 años son demandantes, pero buscan comprensión. La autonomía del clima social familiar se encuentra más fortalecida.

Existen diferencias significativas según tipo de amputación, en las áreas de estilos de personalidad y en afrontamiento centrado en el problema. Esto indica que, los pacientes amputados de un miembro inferior son individualistas, buscan soluciones, expresan abiertamente sus estados emocionales; a diferencia de los pacientes amputados de dos miembros inferiores que no buscan soluciones a sus problemas y se dan por vencidos, mostrándose conformistas.

Existen diferencias significativas según tiempo de amputación, en modos cognitivos de estilos de personalidad y en otros modos de afrontamiento al estrés. Es decir, los pacientes con menos de un año de amputados expresan su preocupación con sentido de protección hacia los demás, acuden a la región y tienen dificultad para aceptar su discapacidad. Los pacientes con uno a tres años de amputación, intentan cambiar las condiciones del entorno con actitudes de dominio y pacientes con tres a cinco años de amputación, se esfuerzan por superar los obstáculos y mejorar su autonomía.

Existen diferencias significativas según la causa de amputación, en los estilos de personalidad, en los modos de afrontamiento al estrés y en las dimensiones de clima social familiar. Estas diferencias describen a los pacientes amputados por causas vasculares como conformistas con escasa iniciativa; su clima familiar se ve limitado en la cohesión de sus integrantes. Por otra parte, los pacientes amputados por infección no hacen evidente su irritabilidad pero muestran hostilidad; su clima familiar se ve disminuido en la organización. A la vez, los pacientes amputados por causa tumoral son pesimistas, ocultan su temor e inseguridad, aceptan aparentemente la realidad; tienen mejor clima familiar. Asimismo, los pacientes amputados por accidente, tratan de modificar el entorno, acuden a la religión; su clima familiar se encuentra disminuido en la dimensión desarrollo. Finalmente, los pacientes amputados por diabetes son egocéntricos, no acatan normas, expresan abiertamente su cólera; su clima familiar se ve deteriorado en las dimensiones estabilidad y desarrollo.

En relación al análisis psicométrico de los instrumentos empleados en el estudio se concluye, que el inventario de estilos de personalidad (MIPS), el cuestionario de afrontamiento al estrés (COPE) y la escala de clima social familiar (FES), presentaron confiabilidad por consistencia interna y validez de constructo.

## **LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

El alcance de la investigación se ve limitado por ser esta correlacional, orientada a averiguar la relación existente entre los estilos de personalidad, modos de afrontamiento al estrés y las dimensiones del clima social familiar en pacientes amputados de miembro inferior, y no está dirigida al establecimiento de relaciones causales entre ellas.

También en razón al método de muestreo utilizado, los resultados sólo podrán ser generalizados para poblaciones de pacientes amputados de miembro inferior, con características similares a las señaladas en el criterio de inclusión.

## REFERENCIAS

- Alós, J. (2008). Amputaciones del miembro inferior en cirugía vascular: *Un problema multidisciplinar*. Barcelona: Glosa.
- Aparicio, E. y Sánchez-López, M. (1999). Los estilos de personalidad: su medida a través del inventario millón de estilos de personalidad. Madrid: *Anales de Psicología*, 15, 191-211.
- Badura-Brzoza, K., Matysiakiewicz, J., Piegza, M., Rycerski, W. & Niedziela, U. (2006). Sociodemographic factors and their influence on anxiety and depression in patients after limb amputation. *Psychiatr Pol.* Recuperado: 30 de junio 2014 <http://europepmc.org/abstract/MED/17037108>
- Bañol, S., Briceño, D., Cuervo, A., Parra, S., Rodríguez, A. & Rojas, M. (2003). Pacientes amputados de miembro inferior: Necesidades físicas, emocionales y sociales insatisfechas. *Repertorio de Medicina y Cirugía*, 12, 144-150.
- Barrera, E. (2013) Dolor fantasma, impacto emocional y abordaje tanatológico. Obtenido: 04 de julio 2014 de <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/126%20Dolor.pdf>
- Bouchard, G., Gullemette, A., & Landry-Léger, N. (2004). Situational and dispositional coping: An examination of their relation to personality, cognitive, appraisals, and psychological distress. *European Journal of personality*, 18, 221-235.
- Brunnicardi, Ch. (2010). *Principios de la cirugía traumatológica*. México: Mc Graw Hill.
- Cannon, W. (1935). *The wisdom of the body*. Nueva York: Norton
- Cardenal, V., Sánchez, P. y Ortiz-Tallo, M. (2007). Trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora. *Clínica y Salud*, 18, 305-320.
- Carrera, A. (2000). *Sobrevida de 1 a 5 años de los pacientes amputados por pie diabético en el hospital de apoyo Belén de Trujillo desde 1990 hasta 1998*. Tesis de medicina. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo.
- Carver, C. (1995). You want to measure coping but your protocols too long: consider the Brief-COPE International. *Journal of Behavior Medicine*, 4, 94-100.

- Carver, C., Scheier, M., & Weintraub, J. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-282.
- Carver, C. & Scheier, M. (1988). Situational coping and coping dispositions in a stressful encounter. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 184-195.
- Cash, T. & Smolak (2011). *The Body Image: A Handbook of Science, practice, and Prevention* (2nd edition). New York: Guilford Press.
- Castro, A., Casullo, M. & Pérez, M. (2004). Aplicaciones del MIPS en los ámbitos laboral, educativo y médico. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 17, 164-165.
- Casullo, M. (2000). *Estilos de personalidad: una perspectiva iberoamericana*. Madrid: Miño y Dávila.
- Casuso, L. (1996). *Adaptación de la prueba COPE, sobre los estilos de afrontamiento en un grupo de estudiantes universitarios de Lima* (Tesis de licenciatura). Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Crespo, M. y Cruzado, P. (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y modificación de conducta*, 23(92), 787- 810.
- Cruzado, J., Gonzales, M., Noguerales, J., Rozalén, M. & Fernández-Conde, E. (2001). Diseño y experimentación de sistemas de evaluación y tratamiento psicológico de personas que sufren amputaciones traumáticas. *Mapfre Medicina*, 12, 127-136.
- Eiaasen, K., Tomson, P. & Canavan, B. (1997). *Intervención familiar*. Barcelona: Ed. Paidós S.A.
- Elliot, G. & Eisdorfer, C. (1982). *Estrés humano y salud*. Nueva York: Springer.
- Escalante, D., Lecca, L., Gamarra, J., & Escalante, G. (2003). Amputación del miembro inferior por pie diabético en hospitales de la costa norte peruana 1990-2000: características clínico-epidemiológicas. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública v. 20 n.3 Lima*.
- Farro, L., Tapia, R., Bautista, L.; Montavol, R. & Iriarte, H. (2012). Características clínicas y demográficas del paciente amputado. *Revista Médica Herediana*, 23, 240-243.

- Fernández-Abascal E. y Palmero F. (1999). *Emociones y salud*. Barcelona: Ariel Psicología.
- Folkman, S. & Lazarus, R. (1988). *Coping as a mediator of emotion*. Journal of personality and social Psychology. Vol. 54(3), 466-475.
- Garret, J. & Levine, E. (1962). *Prácticas psicológicas con los discapacitados físicos*. Oxford. England: Columbia University Press.
- Guerra, E. (1993). *Clima Social familiar en adolescentes y su influencia en el rendimiento académico*. (Tesis de título profesional en psicología). UNMSM-Lima.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación (4ª Ed)*. México: Mc Graw Hill.
- Kemper, S. (2000). *Influencia de la práctica religiosa (activa – no activa) y del género de la familia sobre el clima social familiar*. (Tesis de maestría). UNMSM- Lima.
- Kleinke, C. (2001). *Como afrontar los desafíos de la vida*. Bilbao-España: editorial Desclee de Brouwer S.A.
- Labrador, F. (1984). *Los enfoques factoriales biológicos en el estudio de la personalidad*. Bilbao: Declée de Braewer.
- Labrador, F. & Crespo, M. (1993). *Estrés y trastornos psicofisiológicos*. Madrid: Eudema.
- Labrador, F. & Crespo, M. (1994). *Evaluación del estrés*. En Fernández Ballesteros. *Evaluación Conductual Hoy. Un enfoque para el cambio en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid: Pirámide.
- Lazarus, R. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones para la salud*. Bilbao: Descleé y Brouwer.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Strees Appraisal and Coping*. Nueva York: Springer Publishing Company, Inc.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Madrid: Ediciones Martínez Roca.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1989). *Manual for the hassles and Uplift scales*. Palo Alto, California: Research Edition
- Levano, J. (2003). *El Patrón de conducta Tipo A y Tipo B y Los Estilos de Afrontamiento al Estrés en una muestra de personal militar* (Tesis de maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.

- Marchan, C., Méndez, A., Mendoza, M. & Piña, P. (2011). *Programa de intervención psicosocial dirigido a pacientes adultos posteriores a amputación quirúrgica de la unidad de cirugía de hombres del Hospital Antonio María Pineda Barquisimeto Edo Lara* (Tesis de licenciatura). Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado", Barquisimeto.
- Martínez, F. (1995). El paciente adulto con discapacidad. En CIESS, *El adulto mayor en América Latina. Sus necesidades y sus problemas médico-sociales*. Mexico: CIESS.
- McCrae, R. & Costa, P. (1988). *Personality Trait structure as a human universal*. American Psychologist., 52, 509-516.
- Millon, T. & Davis, R. (1996). *Trastornos de la personalidad. Más Allá del DSM IV*. Barcelona: Masson.
- Millon, T. (1969). *Modern psychopathology: A biosocial approach to maladaptive learning and functioning*. Philadelphia: Saunders.
- Millon, T. (1974). Un modelo de aprendizaje biosocial. En T. Millon (Ed). *Psicopatología y personalidad*. México. Interamericana.
- Millon, T. (1981). *Psicopatología moderna: Un enfoque de los aprendizajes erróneos y de los disfuncionalismos*. Barcelona: Salvat.
- Millon, T. (1990). *Toward a new personality: an evolutionary model*. Nueva York: Wiley.
- Millon, T. (1994). *Millon Index of Personality Styles*. San Antonio. The Psychological Corporation. Traducido (1997). MIPS. Inventario Millon de Estilos de Personalidad. Buenos Aires: Paidós
- Millon, T., y Davis, R. (2001). *Trastorno de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Masson.
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2014). *Reglamento de la Ley General de la persona con discapacidad N° 29973*. Lima: CONADIS.
- Minuchin J. (1982). *Familia y terapia familiar*. Buenos Aires: Ed. Gedisa
- Moos, R. (1982). *La escala de clima Social Familiar*. Barcelona: TEA Ediciones.
- Moos, R. (1974). *Combined Preliminary Manual for The Family, work and group environment scale*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Moos, R. & Schaefer, J. (1993). *Coping resources and processes*. En L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: theoretical and clinical aspects*. Nueva York: Free Press.

- Moos, R., Holahan, C., & Beutler, L. (2003). Dispositional and contextual perspectives on coping: Introduction to the special issue. *Journal of clinical psychology*, 59(12), 1277-1282.
- Ocampo, M, Henao, L. y Vásquez, L. (2010). *Amputaciones de miembro inferior: cambios funcionales, inmovilización y actividad física*. Bogotá: Editorial Universidad Del Rosario.
- OMS (2011). *Informe mundial sobre la discapacidad*. Recuperado el 06/04/2013 de: [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf)
- Pelechano, V. (1996). *Psicología de la Personalidad*. Teorías. Barcelona: Ariel.
- Pelechano, V., Matud, P. y De Miguel, A. (1994). *Estrés, personalidad y salud: Un modelo no sexista del estrés*. Valencia: Alfaplús.
- Pelechano, V. (1999). Calidad de vida, familia y afrontamiento en la enfermedad física crónica: Datos y sugerencias para un modelo. Madrid: Pirámide
- Pervin, L. & John, O. (2001). *Personality: theory and research*. Nueva York: John Wiley and Sons, Inc.
- Polit, D. & Hungler, B. (2000) Investigación científica en ciencias de la salud. México D.F.: McGraw-Hill Interamericana.
- Ramírez, C., Esteve, R. y López, A. (2001). Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico. *Anales de Psicología*, 17, 159-169.
- Rodríguez, A., Alvarado, S., Cuellar, M., Villavicencio, V. & Gómez, J. (2010). *Nivel de ansiedad y depresión en pacientes amputados por sarcomas: estudio piloto*. *GANO*, 9, 11-18.
- Rodríguez, J. (1995). Estrés psicosocial y afrontamiento. *Psicología social de la salud*. Madrid: Editorial Síntesis de Psicología.
- Rodríguez, J. (2013). *Alteraciones de la Imagen Corporal*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Rogers, C. (1979). *El proceso de convertirse en persona*. Buenos Aires: Paidós.
- Rolland, J. (2000). Familia, enfermedad y discapacidad. Una respuesta desde la terapia sistémica. Buenos Aires: Ed. Gedisa.
- Sánchez-López, M., Díaz, J., Aparicio, M. (2001). *Manual inventario de estilos de personalidad de Millon*. Traducido y adaptación española: Millon (1994). Madrid: TEA.
- Sánchez, H. y Reyes, C. (2009). *Metodología y diseños en investigación científica*. Lima: Editorial Visión Universitaria.



- Sánchez-López, M., Thorne, C., Martínez, P., Niño de Guzmán, I. y Argumendo, D. (2002). Adaptación del Inventario de Estilos de Personalidad de Millon en una población Universitaria Peruana. Lima: Revista de Psicología de la PUCP. Vol. XX, 1.
- Sandín, B. (1995). *Estrés psicosocial*. Madrid: Klinik.
- Sarafino, F. (1999). *Health Psychology: Biopsychosocial interactions*. Nueva York: Wiley.
- Schultz, D. & Schultz, S. (2011). *Teorías de la personalidad*. México: Cenegage Learning.
- Selye, H. (1974). *Stress without distress* Philadelphia: Lippincott.
- Serra, M. (2001). *El paciente amputado, labor de equipo*. Madrid: Ed. Ibérica
- Srivastava, K., Saldanha, B., Chaudhury, S., Ryali, S., Goyal, S., Bhattacharyya, C. & Basannar, D. (2010). *A study of psychological correlates after amputation. Medical Journal Armed Forces India, 66, 367-373.*
- Valadez, A. (1993). *Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II*. México: Revista de Salud Pública, (5) ,468- 475.
- Valdés, M. y De Flores, T. (1985). *Psicobiología del estrés*. España: Martínez Roca
- Vargas-Mendoza, J.E. y Villavicencio Espinoza, J. M. (2010). Niveles de resiliencia en pacientes recientemente amputados. Centro Regional de Investigación en Psicología, 5, 13, 20.
- Verdugo, M. (1995). *Personas con discapacidad: Perspectivas psicopedagógicas*. Siglo Veintiuno.
- Vollrath, M., Torgersen, S., & Alnes, R. (2001). Personality as long-term predictor of coping. *Journal of personality and social psychology*, 31 (3), 317-327.
- Zavala, G. (2001). *El clima familiar su relación con los intereses vocacionales y los tipos caracterológicos de alumnos del 5to. Año de secundaria de los colegios nacionales del distrito del Rímac*. Tesis en Psicología. Lima. UNMSM.

# **ANEXOS**

## PRUEBA DE NORMALIDAD DE LOS DATOS OBTENIDOS EN EL INVENTARIOS DE ESTILOS DE PERSONALIDAD DE MILLON

La tabla 47, ofrece el estadístico de Kolmogorov-Smirnov acompañados de sus correspondientes niveles críticos. El cual permite contrastar que los datos de los participantes proceden de una población normal. De acuerdo con los resultados obtenidos en todas las subescalas del inventario de estilos de personalidad se observan niveles críticos menores a 0,05 lo que lleva a concluir que estos datos no proceden de poblaciones normales.

**Tabla 47**

**Prueba de normalidad de los datos obtenidos en las escalas del Inventario de Estilos de Personalidad de Millon.**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	Gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
<b>Metas Motivacionales</b>						
1A. Expansión	,299	181	,000	,765	181	,000
1B. Preservación	,221	181	,000	,819	181	,000
2A. Modificación	,216	181	,000	,847	181	,000
2B. Adecuación	,195	181	,000	,868	181	,000
3A. Individualidad	,283	181	,000	,722	181	,000
3B. Protección	,264	181	,000	,817	181	,000
<b>Modos Cognitivos</b>						
4A. Extroversión	,261	181	,000	,822	181	,000
4B. Introversión	,144	181	,000	,924	181	,000
5A. Sensación	,281	181	,000	,735	181	,000
5B. Intuición	,248	181	,000	,834	181	,000
6A. Pensamiento	,186	181	,000	,872	181	,000
6B. Sentimiento	,303	181	,000	,727	181	,000
7A. Sistematización	,199	181	,000	,878	181	,000
7B. Innovación	,401	181	,000	,668	181	,000
<b>Comportamientos Interpersonales</b>						
8A. Retraimiento	,259	181	,000	,830	181	,000
8B. Sociabilidad	,155	181	,000	,925	181	,000
9A. Indecisión	,166	181	,000	,906	181	,000
9B. Decisión	,306	181	,000	,686	181	,000
10A. Discrepancia	,251	181	,000	,803	181	,000
10B. Conformismo	,179	181	,000	,882	181	,000
11A. Sumisión	,277	181	,000	,776	181	,000
11B. Dominio	,321	181	,000	,692	181	,000
12A. Descontento	,255	181	,000	,884	181	,000
12B. Aquiescencia	,312	181	,000	,750	181	,000

N=181

La tabla 48, ofrece el estadístico de Kolmogorov-Smirnov acompañados de sus correspondientes niveles críticos. El cual permite contrastar que los datos de los participantes proceden de una población normal. De acuerdo con los resultados obtenidos con el cuestionario de modos de afrontamiento al estrés, se observan niveles críticos menores a 0,05, lo que lleva a concluir que estos datos no proceden de poblaciones normales.

**Tabla 48**

**Prueba de normalidad de los datos obtenidos con el cuestionario de modos de afrontamiento al estrés de Carver y colaboradores.**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	Gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
<b>A. Estilos de afrontamiento que se centran en el problema</b>						
1. Afrontamiento activo	,371	181	,000	,716	181	,000
2. Planificación	,384	181	,000	,703	181	,000
3. Supresión de actividades competentes	,307	181	,000	,773	181	,000
4. Postergación del afrontamiento	,320	181	,000	,790	181	,000
5. Búsqueda de apoyo social	,458	181	,000	,556	181	,000
<b>B. Estilos de afrontamiento que se centran en la emoción</b>						
6. Búsqueda de apoyo social	,448	181	,000	,563	181	,000
7. Reinterpretación positiva y crecimiento	,298	181	,000	,753	181	,000
8. Aceptación	,319	181	,000	,795	181	,000
9. Negación	,441	181	,000	,576	181	,000
10. Acudir a la religión	,534	181	,000	,125	181	,000
<b>c. Otros estilos de afrontamiento</b>						
11. Enfocar y liberar emociones	,297	181	,000	,782	181	,000
12. Desentendimiento conductual	,434	181	,000	,621	181	,000
13. Desentendimiento mental	,427	181	,000	,648	181	,000

N=181

La tabla 49 ofrece el estadístico de Kolmogorov-Smirnov acompañados de sus correspondientes niveles críticos. El cual permite contrastar que los datos de los participantes proceden de una población normal. De acuerdo con los resultados obtenidos en todas la escala de clima social familiar se observan niveles críticos menores a 0,05, lo que lleva a concluir que estos datos no proceden de poblaciones normales.

**Tabla 49**

**Prueba de normalidad de los datos obtenidos en las subdimensiones de la Escala de Clima Social en la Familia.**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>		
	Estadístico	Gl	Sig.	Estadístico gl	Sig.	
<b><i>Dimensión Relaciones</i></b>	,243	181	,000	,815	181	,000
<b>Cohesión</b>	,384	181	,000	,673	181	,000
<b>Expresividad</b>	,371	181	,000	,587	181	,000
<b>Conflicto</b>	,316	181	,000	,766	181	,000
<b><i>Dimensión Desarrollo</i></b>	,173	181	,000	,918	181	,000
<b>Autonomía</b>	,218	181	,000	,870	181	,000
<b>Actuación</b>	,294	181	,000	,813	181	,000
<b>Intelectual</b>	,274	181	,000	,840	181	,000
<b>Social</b>	,224	181	,000	,881	181	,000
<b>Moralidad</b>	,342	181	,000	,738	181	,000
<b><i>Dimensión Estabilidad</i></b>	,256	181	,000	,857	181	,000
<b>Organización</b>	,254	181	,000	,834	181	,000
<b>Control</b>	,316	181	,000	,738	181	,000
<b><i>Clima Social Familiar</i></b>	,138	181	,000	,923	181	,000

N=181

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr/Sra paciente, usted ha sido invitado(a) a participar en una investigación que busca determinar la relación que existe entre los estilos de personalidad, las estrategias de afrontamiento y el clima social familiar de los pacientes amputados de miembro inferior que reciben atención ambulatoria en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

Para ello realizaremos: primero, una ficha de recolección de datos donde usted deberá contestar algunas preguntas generales y otras relacionadas al tema; seguidamente, contestará, el Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (MIPS), Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés de Carver y cols. (1989), y Escala de Clima Social Familiar (FES). Todo ello, teniendo una duración aproximada de 120 minutos.

Todos los instrumentos tienen el carácter de ser anónimas; además, la información que brinde no conllevará a ningún riesgo ni beneficio para usted.

Si Usted está de acuerdo, por favor firme la conformidad de su participación:

Nombre del participante : .....

Firma : .....

## ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA

### I. DATOS PERSONALES

1. Nombre: .....
2. Edad: .....
3. Lugar de nacimiento: .....
4. Fechas de evaluación: .....

### II. DATOS DEMOGRÁFICOS

1. Sexo
  - a) Masculino ( )
  - b) Femenino ( )
2. Estado Civil
  - a) Soltero(a) ( )
  - b) Casado(a) ( )
  - c) Divorciado(a) ( )
  - d) Viudo(a) ( )
3. Nivel de Instrucción
  - a. Secundaria ( )
  - b. Técnica ( )
  - c. Universitaria ( )
4. Lugar de residencia: .....

### III. TIEMPO DE AMPUTADO

- a) Menos de 1 año ( )
- b) De 1 año a 3 años ( )
- c) De 3 años a 5 años ( )

### IV. TIPO DE AMPUTACIÓN

- a) Un miembro inferior ( )
- b) Dos miembros inferiores ( )

### V. CAUSAS DE AMPUTACIÓN

- a) Vascular ( )
- b) Diabetes ( )
- c) Tumoral ( )
- d) Infección ( )
- e) Accidente ( )

# MIPS

## CUADERNILLO

Por favor, lea cuidadosamente estas instrucciones antes de empezar. Luego marque todas sus contestaciones en la Hoja de Respuestas.

Este cuestionario contiene una lista de frases. Lea cada frase con atención y piense si lo que dice describe o no su forma de ser. Si usted está de acuerdo con ella, marque su respuesta en V (verdadero). Si usted está en desacuerdo, piensa que no describe su forma de ser, marque F (falso) en la Hoja de Respuestas.

Vea los ejemplos E1 y E2 que vienen aquí debajo y como se ha contestado a la derecha.

		V	F
E1	Me gustaría pilotear una nave espacial		X
E2	A la hora de vestir prefiero los tonos oscuros	X	

La persona que ha contestado a estos ejemplos ha indicado que es falso (F) que a ella le guste pilotear una nave espacial; pero es verdadero (V) que prefiere los tonos oscuros a la hora de vestir. Como vera, no hay respuestas “correctas” ni “incorrectas”; por tanto, trate de ser lo más sincero posible.

Anote una respuesta a todas las frases y asegúrese de que marca cada respuesta en la línea correspondiente a la misma frase y en la opción (V o F) que mejor se ajusta a su manera de ser. Intente decidirse siempre por una de estas dos opciones, procurando no dejar ninguna respuesta sin contestar.

**ESPERE, NO PASE LA PAGINA HASTA QUE SE LO INDIQUEN.**



1. Soy una persona tranquila y colaboradora.
2. Siempre he hecho las cosas a mi manera y he aceptado las consecuencias.
3. Me gusta ser la persona que asume el control de las cosas.
4. Tengo una manera habitual de hacer las cosas, con lo que evito equivocarme.
5. Contesto las cartas el mismo día que las recibo.
6. A veces me las arreglo para arruinar las cosas buenas que me pasan.
7. Ya no me entusiasman tantas cosas como antes.
8. Preferiría ser un seguidor más que un líder.
9. Me esfuerzo por llegar a ser popular.
10. Siempre he tenido talento para tener éxito en lo que hago.
11. Con frecuencia me doy cuenta de que he sido tratado injustamente.
12. Me siento incómodo cuando me tratan bien.
13. Con frecuencia me siento tenso en situaciones sociales.
14. Creo que la policía abusa del poder que tiene.
15. Algunas veces he tenido que ser bastante brusco con la gente.
16. Los niños deben obedecer siempre las indicaciones de sus mayores.
17. A menudo me molesta la forma en que se hacen las cosas.
18. A menudo espero que me pase lo peor.
19. No me importaría tener pocos amigos.
20. Soy tímido e inhibido en situaciones sociales.
21. Aunque este en desacuerdo, por lo general, dejo que la gente haga lo que quiera.
22. Es imposible pretender que las personas digan siempre la verdad.
23. Puedo hacer comentarios desagradables si considero que la persona se los merece.
24. Me gusta cumplir con lo establecido y hacer lo que se espera de mí.
25. Muy poco de lo que hago es valorado por los demás.
26. Casi todo lo que intento hacer me resulta fácil.
27. Últimamente me he convertido en una persona más encerrada en mi misma.
28. Tiendo a hacer un drama de las cosas que me pasan.
29. Siempre trato de hacer lo que es correcto.
30. Dependo poco de la amistad de los demás.
31. Nunca he estado estacionado durante más tiempo del que un estacionamiento o cochera establecía como límite.
32. Los castigos nunca me han impedido hacer lo que he querido.
33. Me gusta organizar todas las cosas hasta en sus mínimos detalles.
34. A menudo los demás logran irritarme.
35. Jamás he desobedecido las indicaciones de mis padres.
36. Siempre logro conseguir lo que quiero, aunque tenga que presionar a los demás.
37. Nada es más importante que proteger la reputación personal.
38. Los demás tienen mejores oportunidades que yo.

39. Ya no expreso lo que realmente siento.
40. Es imposible que lo que tengo que decir interese a los demás.
41. Me esfuerzo por conocer gente interesante y tener aventuras.
42. Me tomo con poca seriedad muchas de las responsabilidades que tengo.
43. Soy una persona dura, nada sentimental.
44. Pocas cosas en la vida pueden conmoverme
45. Me pongo muy nervioso cuando tengo que conocer y conversar con gente nueva.
46. Soy una persona colaboradora que cede ante los demás.
47. Actúo en función del momento, dependiendo de las circunstancias.
48. Primero planifico y luego sigo activamente el plan trazado.
49. A menudo me he sentido inquieto y con ganas de irme a cualquier parte.
50. Lo mejor es controlar nuestras emociones.
51. Desearía que la gente no me culpara a mi cuando algo sale mal.
52. Probablemente soy mi peor enemigo
53. Tengo muy pocos lazos afectivos fuertes con otras personas.
54. Me siento intranquilo con personas que no conozco muy bien.
55. Es correcto tratar de burlar la ley sin dejar de cumplirla.
56. Hago mucho por los demás, pero ellos hacen poco por mí.
57. Siempre he creído que los demás no tienen buena opinión de mí.
58. Tengo mucha confianza en mí mismo.
59. Sistemáticamente ordeno mis papeles y materiales de trabajo.
60. Mi experiencia me ha enseñado que las cosas buenas duran poco.
61. Algunos dicen que me gusta hacerme la víctima.
62. Me siento mejor cuando estoy solo.
63. Me pongo más tenso que los demás frente a situaciones nuevas.
64. Siempre trato de evitar las discusiones, por más que esté convencido de tener razón.
65. Busco situaciones novedosas y excitantes para mí.
66. Hubo épocas en que mis padres tuvieron problemas por mi mal comportamiento.
67. Siempre termino mi trabajo antes de descansar.
68. Otros consiguen cosas que yo no logro.
69. A veces siento que merezco ser infeliz.
70. Espero que las cosas sigan su curso antes de decidir qué hacer.
71. Procuero ocuparme más de los demás que de mí mismo.
72. A menudo creo que mi vida va de mal en peor.
73. El solo hecho de estar con otras personas me hace sentir inspirado.
74. Cuando manejo siempre estoy atento a las señales sobre límites de velocidad y procuro no excederme.
75. Uso mi cabeza y no mi corazón para tomar decisiones.
76. Generalmente, suelo guiarme por mis intuiciones más que por la información que tengo sobre algo.
77. Jamás envidio los éxitos de otros.
78. En el colegio me gustaban más los cursos prácticos que los teóricos.

79. Planifico las cosas con anticipación y actúo energéticamente para que mis planes se cumplan.
80. Mi corazón controla mi cerebro.
81. Siempre puedo ver el lado positivo de la vida.
82. A menudo espero que alguien solucione mis problemas.
83. Hago lo que quiero, sin pensar cómo va a afectar a los otros.
84. Reacciono con rapidez ante cualquier situación que pueda llegar a ser un problema para mí
85. Solo me siento una buena persona cuando ayudo a los demás.
86. Si algo sale mal, aunque no sea importante, se me arruina todo el día.
87. Disfruto más de mis fantasías que de la realidad cotidiana.
88. Me siento satisfecho dejando que las cosas ocurran.
89. Trato de ser más lógico que emocional.
90. Prefiero las cosas que se pueden ver y tocar antes que las que solo se imaginan.
91. Me resulta difícil conversar con alguien que acabo de conocer.
92. Ser afectuoso es más importante que ser frío y racional.
93. Las predicciones sobre el futuro son más interesantes para mí que los hechos del pasado.
94. Me resulta fácil disfrutar de las cosas.
95. Me siento incapaz de influir en el mundo que me rodea.
96. Vivo según mis propias necesidades y no basado en las de los demás.
97. Nunca espero que las cosas pasen, hago que sucedan como yo quiero.
98. Evito contestar bruscamente cuando estoy molesto.
99. La necesidad de ayudar a otros guía mi vida..
100. A menudo me siento muy tenso, a la espera de que algo salga mal.
101. Ni siquiera siendo adolescente intento copiar en un examen.
102. Siempre soy frío y objetivo en el trato con los demás.
103. Prefiero aprender a manejar un aparato antes que especular por que funciona de ese modo.
104. Soy una persona difícil de conocer bien.
105. Paso mucho tiempo pensando en los misterios de la vida.
106. Es fácil para mí controlar mis estados de ánimo.
107. Soy algo pasivo y lento en temas relacionados con la organización de mi vida.
108. Hago lo que quiero sin importarme el complacer a otros.
109. Jamás haría algo malo, por más fuerte que sea la tentación de hacerlo.
110. Mis amigos y mis familiares recurren a mí en primer lugar para encontrar afecto y apoyo.
111. Aun cuando todo está bien, generalmente pienso que va a pasar lo peor.
112. Planifico y organizo con cuidado mi trabajo antes de empezar a hacerlo.
113. Soy impersonal y objetivo al tratar de resolver un problema.
114. Soy una persona realista a la que no le gustan las especulaciones.
115. Algunos de mis mejores amigos desconocen lo que realmente siento.

116. La gente piensa que soy una persona más racional que afectiva.
117. Mi sentido de la realidad es mejor que mi imaginación.
118. Primero me preocupo por mí y después de los demás.
119. Dedico mucho esfuerzo para que las cosas me salgan bien.
120. Siempre mantengo la compostura, sin importar lo que esté pasando.
121. Demuestro mucho afecto hacia mis amigos.
122. Muy pocas cosas me han salido bien.
123. Me gusta conocer gente nueva y saber cosas sobre sus vidas.
124. Puedo ignorar aspectos emocionales y afectivos en mi trabajo.
125. Prefiero ocuparme de realidades y no de posibilidades.
126. Necesito mucho tiempo para poder estar a solas con mis pensamientos.
127. Los sentimientos son más importantes que la lógica de la mente.
128. Me gustan más los soñadores que los realistas.
129. Soy más capaz que los demás de reírme de los problemas.
130. Es poco lo que yo puedo hacer, así que prefiero esperar a ver qué pasa.
131. Nunca me pongo a discutir, aunque este muy enojado.
132. Expreso lo que pienso de manera franca y abierta.
133. Me preocupo por el trabajo que hay que realizar y no por lo que siente la gente que participa en su realización.
134. Para mí, lo ideal sería trabajar con ideas creativas.
135. Soy el tipo de persona que no se toma la vida muy en serio, prefiero ser más espectador que actor.
136. Me desagrada depender de alguien en mi trabajo.
137. Trato de asegurar que las cosas salgan como yo quiero.
138. Disfruto más de las realidades concretas que de las fantasías.
139. Muchas cosas sin importancia me ponen de mal humor.
140. Aprendo mejor observando y hablando con la gente.
141. No me satisface dejar que las cosas sucedan y simplemente contemplarlas.
142. No me atrae conocer gente nueva.
143. Pocas veces se cómo mantener una conversación.
144. Siempre tengo en cuenta los sentimientos de las personas.
145. Confío más en mis intuiciones que en mis observaciones.
146. Trato de no actuar hasta saber que van a hacer los demás.
147. Me gusta tomar mis propias decisiones, evitando los consejos de otros.
148. Muchas veces me siento muy mal sin saber por qué.
149. Me gusta ser popular y participar en muchas actividades sociales.
150. Raramente cuento a otro lo que pienso.
151. Me entusiasman casi todas las actividades que realizo.
152. En mí es una práctica constante depender de mí mismo y no de otros.
153. La mayor parte del tiempo la dedico a organizar lo que tengo que hacer.
154. No hay nada mejor que el afecto que se siente estando en medio del grupo familiar.
155. Algunas veces estoy tenso o deprimido sin saber por qué.

156. Realmente disfruto con los debates sobre temas o sucesos místicos.
157. Decido cuales son mis cosas prioritarias y luego actúo firmemente para poder lograrlas.
158. No dudo en orientar a las personas hacia lo que creo que es mejor para ellas.
159. Me siento orgulloso de ser eficiente y organizado.
160. Realmente me desagradan las personas que se convierten en líderes sin razones que lo justifiquen.
161. Soy ambicioso en mis metas.
162. Sé cómo agradar a la gente.
163. La gente puede confiar siempre en que voy a hacer bien mi trabajo.
164. Los demás me consideran una persona más afectiva que racional.
165. Estaría dispuesto a trabajar mucho tiempo para poder llegar a ser alguien importante.
166. Me gustaría mucho poder vender nuevas ideas o productos a la gente.
167. Generalmente logro convencer a los demás para que hagan exactamente lo que yo quiero.
168. Me gustan los trabajos en los que hay que prestar mucha atención a los detalles.
169. Soy muy introspectivo, siempre trato de entender mis pensamientos y emociones.
170. Confío mucho en mis habilidades sociales.
171. Evalúo las situaciones rápidamente y luego actúo para que las cosas salgan como yo quiero.
172. En una discusión soy capaz de convencer a casi todos para que apoyen mi posición.
173. Soy capaz de llevar a cabo cualquier trabajo, pese a los obstáculos que puedan presentarse.
174. Como si fuera un buen vendedor, puedo influir con éxito sobre los demás, con modales agradables.
175. Conocer gente nueva es un motivo importante para mí.
176. Al tomar decisiones creo que lo más importante es pensar en el bienestar de la gente involucrada.
177. Tengo paciencia para realizar trabajos que requieren mucha precisión.
178. Mi imaginación es superior a mi sentido de la realidad.
179. Estoy motivado para llegar a ser uno de los mejores en mi campo de trabajo.
180. Tengo un comportamiento que logro ganarme la aprobación de la gente.

### **FIN DE LA PRUEBA**

**SI HA TERMINADO ANTES DEL TIEMPO CONCEDIDO COMPRUEBE QUE HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES.**

## HOJA DE RESPUESTAS MIPS

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellidos: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_

Nº	V	F	Nº	V	F	Nº	V	F	Nº	V	F	Nº	V	F	Nº	V	F
1			31			61			91			121			151		
2			32			62			92			122			152		
3			33			63			93			123			153		
4			34			64			94			124			154		
5			35			65			95			125			155		
6			36			66			96			126			156		
7			37			67			97			127			157		
8			38			68			98			128			158		
9			39			69			99			129			159		
10			40			70			100			130			160		
11			41			71			101			131			161		
12			42			72			102			132			162		
13			43			73			103			133			163		
14			44			74			104			134			164		
15			45			75			105			135			165		
16			46			76			106			136			166		
17			47			77			107			137			167		
18			48			78			108			138			168		
19			49			79			109			139			169		
20			50			80			110			140			170		
21			51			81			111			141			171		
22			52			82			112			142			172		
23			53			83			113			143			173		
24			54			84			114			144			174		
25			55			85			115			145			175		
26			56			86			116			146			176		
27			57			87			117			147			177		
28			58			88			118			148			178		
29			59			89			119			149			179		
30			60			90			120			150			180		

## CUESTIONARIO DE MODOS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS DE COPE

Nombres:.....

Edad:..... Sexo:.....

### Instrucciones

Nuestro interés es conocer cómo las personas responden cuando enfrentan a situaciones difíciles o estresantes. Con este propósito en el presente cuestionario se pide indicar qué cosas hace o siente con más frecuencia cuando se encuentra en tal situación. Seguro que diversas situaciones requieren respuestas diferentes, pero piense en aquellos QUE MAS USA. No olvide responder todas las preguntas teniendo en cuenta las siguientes alternativas:

	NUNCA (NO)		SIEMPRE ( SI )			
					SI	NO
1.			2.			
3. Ejecuto acciones adicionales para deshacerme del problema			4. Hago paso a paso lo que tiene que hacerse			
5. Elaboro un plan de acción para deshacerme del problema			6. Me pongo a pensar más en los pasos a seguir para solucionar el problema			
7. Dejo de lado otras actividades para concentrarme en el problema			8. Me alejo de otras actividades para concentrarme en el problema			
9. Me esfuerzo esperando el momento apropiado para enfrentar el problema			10. Me aseguro de no crear problemas peores por actuar muy pronto			
11. Pregunto a personas que han tenido experiencias similares sobre lo que hicieron			12. Hablo con alguien para averiguar más sobre el problema			
13. Hablo con alguien sobre mis sentimientos			14. Converso con alguien sobre lo que me está sucediendo			
15. Busco algo bueno de lo que está pasando			16. Aprendo algo de la experiencia			
17. Aprendo a convivir con el problema			18. Me acostumbro a la idea de que el problema ya ha sucedido			
19. Busco la ayuda de Dios			20. Trato de encontrar consuelo en mi religión			
21. Emocionalmente me perturbo y libero mis emociones niego a aceptar que el ' problema ha ocurrido.			22. Siento mucha perturbación emocional y expreso esos sentimientos a otros			
23. Me niego a aceptar <b>que</b> el problema ha ocurrido			24. Me comporto como si no hubiese ocurrido el problema			
25. Dejo de lado mis metas			26. Acepto que puedo enfrentar al problema y lo dejo de lado			
27. Me dedico a trabajar o realizar otras actividades para alejar el problema de mi ' mente			28. Sueño despierto con otras cosas que no se relacionen al problema			
29. Concentro mis esfuerzos para hacer algo sobre el problema			30. Actúo directamente para controlar el problema			
31. Elaboro un plan de acción			32. Pienso en la mejor maneara de controlar el problema			
33. Me dedico a enfrentar el problema, y si es necesario dejo de lado otras actividades			34. rato que otras cosas no interfieran en los esfuerzos que pongo para enfrentar el problema			
35. Me mantengo alejado del problema sin hacer nada, hasta que la situación lo permita			36. Me abstengo de hacer algo demasiado pronto			
37. Trato de obtener el consejo de otros para saber quehacer con el problema			38. Hablo con alguien que podría hacer algo concreto sobre el problema			
39. Busco el apoyo emocional de amigos o familiares			40. Busco la simpatía y la comprensión de alguien			
41. Trato de ver el problema en forma positiva			42. Trato de desarrollarme como una persona a consecuencia de la experiencia			
43. Acepto que el problema ha ocurrido y no podrá ser cambiado			44. Acepto que el problema ha sucedido			
45. Deposito mi confianza en Dios			46. Rezo más de lo usual			
47. Libero mis emociones			48. Me perturbo emocionalmente y estoy atento al problema			
49. Actúo como si el problema no hubiera sucedido realmente			50. Me digo a mí mismo : "Esto no es real"			
51. Dejo de perseguir mis metas			52. Disminuyo los esfuerzos que pongo para solucionar el problema			
53. Voy al cine o miro la TV, para pensar menos en el problema			54. Duermo más de lo usual			

## ESCALA DE CLIMA FAMILIAR

Lea las frases que aparecen a continuación. Ud. tiene que decir si le parecen verdaderas o falsas en relación con su familia. Si Ud. cree que, respecto a su familia, la frase es verdadera o casi siempre verdadera, marcará con una X el espacio correspondiente a la V (verdadero); si cree que es falsa o casi siempre falsa, marcará con una X el espacio correspondiente a la F (Falso).

1. En mi familia nos ayudamos y apoyamos realmente unos a otros.	V	F
2. Los miembros de la familia guardan, a menudo, sus sentimientos para sí mismos.	V	F
3. En nuestra familia discutimos mucho.	V	F
4. En general, ningún miembro de la familia decide por su cuenta.	V	F
5. Creemos que es importante ser los mejores en cualquier cosa que hagamos.	V	F
6. A menudo hablamos de temas políticos o sociales.	V	F
7. Pasamos en casa la mayor parte de nuestro tiempo libre.	V	F
8. Los miembros de mi familia asistimos con bastante regularidad a los cultos de la Iglesia.	V	F
9. Las actividades de nuestra familia se planifican cuidadosamente.	V	F
10. En mi familia tenemos reuniones obligatorias muy pocas veces.	V	F
11. Muchas veces da la impresión de que en casa solo estamos “pasando el rato”.	V	F
12. En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos.	V	F
13. En mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enojos.	V	F
14. En mi familia nos esforzamos mucho para mantener la independencia de cada uno.	V	F
15. Para mi familia es muy importante triunfar en la vida.	V	F
16. Casi nunca asistimos a conferencias, funciones o conciertos.	V	F
17. Frecuentemente vienen amigos a comer en casa, o a visitarnos.	V	F
18. En mi casa no rezamos en familia.	V	F
19. En mi casa somos muy ordenados y limpios.	V	F
20. En nuestra familia hay muy pocas normas que cumplir.	V	F
21. Todos nos esforzamos mucho en lo que hacemos en casa.	V	F
22. En mi familia es difícil “desahogarse” sin molestar a todo el mundo.	V	F
23. En casa a veces nos enfadamos tanto que golpeamos o rompemos algo.	V	F
24. En mi familia cada uno decide sus propias cosas.	V	F
25. Para nosotros no es muy importante el dinero que gane cada uno.	V	F
26. En mi familia es muy importante aprender algo nuevo o diferente.	V	F
27. Alguno de mi familia práctica habitualmente deportes: fútbol, baloncesto, etc.	V	F
28. A menudo hablamos del sentido religioso de la Navidad, Pascua y otras fiestas.	V	F
29. En mi casa, muchas veces resulta difícil encontrar las cosas cuando las necesitamos.	V	F
30. En mi casa una sola persona toma la mayoría de las decisiones.	V	F
31. En mi familia hay un fuerte sentimiento de unión.	V	F
32. En mi casa comentamos nuestros problemas personales.	V	F



33. Los miembros de mi familia casi nunca mostramos nuestros enfados.	V	F
34. Cada uno entra y sale en casa cuando quiere.	V	F
35. Nosotros aceptamos que haya competición y “que gane el mejor”.	V	F
36. Nos interesan poco las actividades culturales.	V	F
37. Vamos a menudo al cine, a competiciones deportivas, excursiones, etc.	V	F
38. No creemos en el cielo ni en el infierno.	V	F
39. En mi familia la puntualidad es muy importante.	V	F
40. En casa las cosas se hacen de una forma establecida.	V	F
41. Cuando hay que hacer algo en casa, es raro que se ofrezca algún voluntario.	V	F
42. En casa, si a alguno se le ocurre de momento hacer algo, lo hace sin pensarlo más.	V	F
43. Las personas de nuestra familia nos criticamos frecuentemente unas a otras.	V	F
44. En mi familia; las personas tienen poca vida privada o independiente.	V	F
45. Nos esforzamos en hacer las cosas cada vez un poco mejor.	V	F
46. En mi casa casi nunca tenemos conversaciones intelectuales.	V	F
47. En mi casa, todos tenemos una o dos aficiones.	V	F
48. Las personas de mi familia tenemos ideas muy precisas sobre lo que está bien o mal	V	F
49. En mi familia cambiamos de opinión frecuentemente.	V	F
50. En mi casa se da mucha importancia a cumplir las normas.	V	F
51. Las personas de mi familia nos apoyamos de verdad unas a otras.	V	F
52. En mi familia cuando uno se queja siempre hay otro que se siente afectado.	V	F
53. En mi familia a veces nos peleamos a golpes.	V	F
54. Generalmente, en mi familia cada persona sólo confía en sí misma cuando surge un problema.	V	F
55. En casa, nos preocupamos poco por los ascensos en el trabajo o las calificaciones escolares.	V	F
56. Algunos de nosotros toca un instrumento musical.	V	F
57. Ninguno de la familia participa en actividades recreativas, fuera del trabajo o de la escuela.	V	F
58. Creemos que hay algunas cosas en las que hay que tener fe.	V	F
59. En casa nos aseguramos de que nuestras habitaciones quedan limpias.	V	F
60. En las decisiones familiares todas las opiniones tienen el mismo valor	V	F
61. En mi familia hay poco espíritu de grupo.	V	F
62. En mi familia los temas de pagos y dinero se tratan abiertamente.	V	F
63. Si en la familia hay desacuerdo, todos nos esforzamos para suavizar las cosas y mantenerla paz.	V	F
64. Las personas de la familia se animan firmemente unos a otros a defender sus propios derechos.	V	F
65. En nuestra familia apenas nos esforzamos para tener éxito.	V	F
66. Las personas de mi familia vamos con frecuencia a las bibliotecas.	V	F
67. Los miembros de la familia asistimos a veces a cursos o clases particulares por afición o por interés.	V	F
68. En mi familia cada persona tiene ideas distintas sobre lo que está bien o mal.	V	F
69. En mi familia están claramente definidas las tareas de cada persona.	V	F
70. En mi familia cada uno puede hacer lo que quiera.	V	F
71. Realmente nos llevamos bien unos con otros.	V	F
72. Generalmente tenemos cuidado con lo que nos decimos.	V	F
73. Los miembros de la familia estamos enfrentados unos con otros.	V	F
74. En mi casa es difícil ser independiente sin herir los sentimientos de los demás.	V	F

75. “Primero el trabajo, luego la diversión”, es una norma en mi familia.	V	F
76. En mi casa, ver la televisión es más importante que leer	V	F
77. Las personas de nuestra familia salimos mucho a divertirnos.	V	F
78. En mi casa, leer la Biblia es algo muy importante.	V	F
79. En mi familia el dinero no se administra con mucho cuidado.	V	F
80. En mi casa las normas son bastante inflexibles.	V	F
81. En mi familia se concede mucha atención y tiempo a cada uno.	V	F
82. En mi casa expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y espontáneo.	V	F
83. En mi familia creemos que no se consigue mucho elevando la voz	V	F
84. En mi casa no hay libertad para expresar claramente lo que se piensa.	V	F
85. En mi casa hacemos comparaciones sobre nuestra eficacia en el trabajo o el estudio.	V	F
86. A los miembros de mi familia nos gusta realmente el arte, la música o la literatura.	V	F
87. Nuestra principal forma de diversión es ver televisión o escuchar la radio.	V	F
88. En mi familia creemos que el que comete una falta tendrá su castigo.	V	F
89. En mi casa, normalmente, la mesa se recoge inmediatamente después de comer.	V	F
90. En mi familia uno no puede salirse con la suya.	V	F