

PERSONALIDAD Y FACTORES CLÁSICOS DE RIESGO EN LA PREDICCIÓN DE LA ENFERMEDAD SOMÁTICA: UN ANÁLISIS DE LA VALIDEZ CONVERGENTE Y DISCRIMINANTE DEL MODELO DE EYSENCK Y GROSSARTH-MATICEK EN SUJETOS ANÁLOGOS

A. Martínez Correa

A. Reyes del Paso

Universidad de Jaén

RESUMEN

El modelo de Eysenck y Grossarth-Maticek asume que la relación entre factores psicosociales y enfermedad puede ser entendida según seis tipos de personalidad. Algunos tipos están predisuestos a enfermedades específicas (tipo 1 al cáncer y tipo 2 a la enfermedad coronaria), mientras otros (tipo 4) están preservados. El objetivo de este estudio ha sido evaluar la validez convergente y discriminante del modelo en una muestra de estudiantes universitarios (estudio con análogos) mediante el análisis de la relación de los tipos con otros constructos psicológicos y con la sintomatología somática autoinformada. Los principales resultados indican: 1) los tipos 1 y 2 están positivamente relacionados con estrés y afectividad negativa; 2) los tipos 1 y 5 correlacionan positivamente con la personalidad tipo C; 3) el tipo 2 está asociado a Hostilidad-Ira-Agresión; 4) el tipo 1 muestra carencia de apoyo social y un estilo atribucional característico de la indefensión aprendida; 5) los tipos 2 y 6 mantienen estilos de vida nocivos para la

salud (tabaco y drogas); 6) el tipo 3 correlaciona con histrionismo y el tipo 6 con personalidad antisocial; 7) los tipos 1 y 2 están relacionados con sintomatología somática; 8) el tipo 4 está vinculado negativamente con estrés, afectividad negativa, Hostilidad-Ira-Agresión, sintomatología somática y presenta un estilo atribucional contrario a la indefensión aprendida; y 9) los tipos de personalidad presentan una mayor vinculación con la sintomatología somática que los factores clásicos de riesgo. Los resultados indican, en general, la aceptable validez convergente y discriminante del modelo. Sin embargo, han aparecido una serie de datos contradictorios que pueden ser explicados por la deficiente definición operativa de los tipos propuestos, especialmente el solapamiento entre el tipo 4 y los tipos 1-2. Con respecto a la validez predictiva, los tipos 1 y 2 están asociados a las mismas categorías sintomáticas, no permitiendo la predicción diferencial de la enfermedad.

Palabras clave: MODELO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK Y GROSSARTH-MATICEK, ESTRÉS, AFECTIVIDAD NEGATIVA, ESTILO ATRIBUTIVO, FACTORES CLÁSICOS DE RIESGO, SÍNTOMAS SOMÁTICOS AUTOINFORMADOS.

SUMMARY

The Eysenck and Grossarth-Maticek model on the relationships between psychosocial factors and illness postulates six personality types. Some of these types are hypothesized to be predisposed to specific diseases (type 1 to cancer and type 2 to coronary artery disease), while others (type 4) are considered to be preserved from illness. The aim of this study is to evaluate the convergent and divergent validity of this personality model in a university student sample (analog study) through the analysis of the relationships of these personality types with other hypothesized psychological related constructs and different categories of self-informed somatic symptoms. The main results indicate: 1) types 1 and 2 are positively related to measures of stress and negative affectivity; 2) types 1 and 5 correlate in a positive way with the type C personality; 3) type 2 is associated to measures of Hostility-Anger-Aggression; 4) lower social support and a learned helplessness attributive style are found in type 1; 5) types 2 and 6 are associated to more risk behavior (smoking, drugs); 6) type 3 correlates with histrionic and

type 6 with antisocial personality; 7) types 1 and 2 are associated with the presence of different categories of somatic symptoms; 8) type 4 is negatively associated with stress, negative affectivity, Hostility-Anger-Aggression, the presence of somatic symptomatology, and present a attributive style contrary to learned helplessness; and 9) personality types are more associated to somatic symptomatology than classical risk factors. In general, the results indicate an acceptable convergent and divergent validity of the model. However, there are some contradictory results than can be explained by the deficient operative definition of the personality types, especially the overlapping between type 4 and types 1-2. With respect to predictive validity, types 1 and 2 are equally associated to somatic symptoms, and do not permit differential prediction of illness.

Key words: EYSENCK AND GROSSARTH-MATICEK PERSONALITY MODEL, STRESS, NEGATIVE AFFECTIVITY, ATTRIBUTIVE STYLE, CLASSICAL RISK FACTORS, SELF-INFORMED SOMATIC SYMPTOMS.

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente existe consenso en torno a la idea de que ciertos estilos de vida (consumo excesivo de alcohol, tabaquismo, dieta alimenticia inadecuada, sedentarismo, etc.), junto con el estrés y las variables de predisposición genética, son potenciales factores de riesgo para el desarrollo de patologías orgánicas, como la enfermedad coronaria y el cáncer (Bayés, 1991). El tema de debate ya no se centra tanto en identificar las variables que facilitan la aparición de estos trastornos, sino en conocer cuál es el poder predictivo de cada una de ellas, así como las posibles interacciones entre las mismas en el origen y desarrollo de la enfermedad (Eysenck, 1994).

Desde que en 1978 la *American Psychological Association* fundara la División 38 (Psicología de la Salud), los teóricos de esta área disciplinar han mantenido la creencia de que ciertos tipos de personalidad muestran una mayor vulnerabilidad al desarrollo de la enfermedad física. Dentro de este enfoque, algunos autores argu-

mentan que está más justificado hablar de la existencia de una personalidad predispuesta al "distress", con tendencia a exhibir síntomas de malestar emocional, y proclive a la enfermedad física en general, que de trastornos somáticos concretos asociados a tipos de personalidad específicos (Watson y Pennebaker, 1989; Booth-Kewley y Friedman, 1987). En cambio, otras propuestas asumen que algunos tipos de personalidad, que utilizan en contextos determinados ciertas estrategias de afrontamiento poco adaptativas o eficaces, responden al estrés con reacciones fisiológicas y neuroendocrinas específicas que, a largo plazo, les predisponen a patologías orgánicas concretas (Contrada y cols., 1990; Solomon, 1987; Eysenck, 1985). Tal es el caso de la Hostilidad-Ira-Agresión (componente cardiotoxico del patrón de conducta tipo A), que está relacionada con el incremento en la incidencia de la enfermedad coronaria (Siegman y cols., 2000). Con respecto a la interrogante de cuáles son los mecanismos que mediatizan el efecto de dicho constructo sobre el origen y desarrollo de la cardiopatía isquémica, se han propuesto una serie de modelos explicativos, que a pesar de partir de planteamientos distintos, no deben ser considerados como mutuamente excluyentes (ver García-León y Reyes del Paso, 2002):

- Uno de estos enfoques, el *modelo de vulnerabilidad psicosocial*, postula que el mayor riesgo de enfermedad coronaria que muestran los sujetos hostiles es debido, principalmente, a un déficit de éstos en sus relaciones sociales con los demás. Con ello se está afirmando que el constructo Hostilidad-Ira-Agresión está asociado a un perfil psicosocial negativo caracterizado por poca cohesión, poco apoyo social y gran cantidad de conflictos interpersonales dentro del ambiente familiar, social y laboral (Benotsch y cols., 1997). Así, Smith y cols. (1988) han encontrado que los sujetos hostiles muestran una carencia de apoyo social dentro del seno familiar, además de experimentar más estresores diarios y más conflictos interpersonales, así como menos satisfacción social.

- Por su parte, el *modelo de reactividad psicofisiológica* afirma que el constructo Hostilidad-Ira-Agresión ejerce su efecto patogénico sobre el sistema cardiovascular mediante el incremento en la reactividad cardiovascular (Guylly y Contrada, 1998; Smith, 1992). De esta forma, numerosos estudios muestran que la hostilidad está vinculada no

sólo con episodios más intensos de reactividad cardiovascular, sino también con una mayor frecuencia, consistencia temporal y tiempo de recuperación de los niveles iniciales de tales episodios (Felsten y Leitten, 1993; Lai y Linden, 1992). Con respecto a la génesis de esta mayor reactividad, distintos estudios han destacado la importancia del sistema simpático-adreno-medular. En efecto, la evidencia confirma que, durante el desempeño de una diversidad de tareas, los sujetos hostiles presentan mayores niveles de adrenalina y/o noradrenalina (Suárez y cols., 1998).

☛ - Desde el *modelo de salud conductual* se defiende la idea de que el mayor riesgo de los sujetos hostiles para padecer la enfermedad coronaria, y otros tipos de enfermedad, se debe fundamentalmente a que éstos mantienen hábitos y estilos de vida poco saludables (Cohen y cols., 1994). Esta hipótesis ha sido corroborada por algunos estudios de carácter correlacional en los que se ha constatado que los sujetos hostiles realizan menos ejercicio físico y dedican menos tiempo al cuidado personal (Everson y cols., 1997; Siegler, 1994), consumen una mayor cantidad de alimentos ricos en sal (Miller y cols., 1998), fuman más y consumen más alcohol, conducen de forma temeraria y tienen un mayor peso corporal (Whiteman y cols., 2000; Everson y cols., 1997).

- Por último, el *modelo transaccional*, partiendo de una perspectiva interaccionista, sintetiza los diferentes postulados de los modelos anteriores, considerándose como premisa fundamental la afirmación de que la relación entre Hostilidad-Ira-Agresión y enfermedad coronaria solamente puede ser explicada a partir de la compleja interrelación de diferentes componentes (reactividad psicofisiológica, factores psicosociales, factores clásicos de riesgo, etc.). Sin embargo, las propias dificultades asociadas con el tipo de interacciones que se proponen desde este enfoque, han hecho complicado su estudio e investigación empírica. De cualquier forma, esta última aproximación mantiene una estrecha similitud con el *modelo biopsicosocial* de Engel (1977), según el cual el concepto de enfermedad debe ser analizado desde un *paradigma de variables múltiples* en el que se considere la acción conjunta de factores de diversa naturaleza (factores biológicos, psicológicos y sociales), si bien, en la actualidad, desde la investigación centrada en esta

perspectiva, tampoco se disponen de datos fiables que constaten el porcentaje de varianza total de salud/enfermedad que es explicado por cada una de dichas variables.

En relación con las variables psicosociales que se asocian al desarrollo del cáncer, debe ser destacada la personalidad tipo C (ver Cardenal-Hernández, 2001). En líneas generales, se puede definir al constructo tipo C como aquel patrón de conducta opuesto a la personalidad tipo A, caracterizado por la inhibición y negación de reacciones emocionales negativas (ansiedad, agresividad e ira), y por la expresión acentuada de la emoción de desesperanza/indefensión y de conductas consideradas positivas y deseables socialmente, tales como la excesiva tolerancia, extrema paciencia, aceptación estoica de los problemas y actitudes de conformismo en todos los ámbitos de la vida (Temoshok, 1987). Los estudios que han constatado la asociación del tipo C con la enfermedad cancerosa son de diversa naturaleza: estudios prospectivos en los que se realiza la valoración de los factores de personalidad antes de padecer la enfermedad (Grossarth-Maticek y cols., 1985); estudios cuasipropectivos en los que se comparan las características psicológicas de grupos de pacientes (sanos y enfermos) que esperan el resultado de una biopsia (Fernández-Ballesteros y cols., 1998); y estudios retrospectivos en los que se evalúa el perfil de personalidad de los participantes después del diagnóstico de la enfermedad (López y cols., 2002; Cano-Vindel y cols., 1994).

Se ha considerado que las dos características definitorias del tipo C que están vinculadas con la incidencia del cáncer son, por un lado, la mayor presencia del estado emocional de *desesperanza/indefensión* y, por otro, la manifestación del estilo de afrontamiento denominado *evitación emocional* (Contrada y cols., 1990). En lo referente a la desesperanza/indefensión, algunos estudios han constatado que, en efecto, dicho estado emocional se encuentra consistentemente relacionado con la incidencia de cáncer (Temoshok y cols., 1985), además de predecir el resultado de biopsias (Antoni y Goodkin, 1988), la recurrencia del cáncer de mama (Jensen, 1987), y el desarrollo de esta enfermedad en estudios prospectivos (Grossarth-Maticek y cols., 1982). Con respecto a la evitación emocional, se ha demostrado que la expresión de emociones como la ira y la cólera

han frenado el posterior curso y evolución del cáncer (Levy y Heiden, 1990; Greer y cols., 1979), y, en cambio, las personas que han aceptado estoicamente la enfermedad, manifestando conductas de resignación y de inhibición de las emociones, han acelerado el proceso neoplásico de forma irreversible (Pettingale y cols., 1985).

Dentro de este segundo posicionamiento de especificidad en la relación entre personalidad y enfermedad puede enmarcarse el modelo de Eysenck y Grossarth-Maticek (1985), que asume que la predisposición que aportan ciertos factores psicosociales a la aparición y desarrollo de enfermedades como el cáncer y la cardiopatía isquémica puede ser contemplada bajo la consideración de 6 tipos de personalidad estrechamente vinculados con la *"Teoría del Gradiente de Aproximación/Evitación"* de Miller (1959):

- La personalidad tipo 1, con predisposición al cáncer, muestra una excesiva dependencia emocional con respecto a un objeto (persona o situación), al que considera como la condición más importante para su felicidad y bienestar personales. La pérdida o ausencia de tal objeto provoca en estos sujetos un gran estrés, siendo incapaces de distanciarse emocionalmente del mismo. Tienen a reaccionar con sentimientos de desesperanza, indefensión, depresión y evitación de las reacciones emocionales.

- Las personas del tipo 2, predispuestas a la enfermedad coronaria, manifiestan una tendencia continuada a considerar un objeto de gran importancia emocional como la causa más importante de su infelicidad e infortunio personales. El fracaso en distanciarse afectivamente de ese objeto es experimentado de manera estresante. Ante ello tienden a reaccionar mediante la ira e irritación crónicas.

- El tipo 3 o histérico, relativamente protegido del cáncer y de la cardiopatía isquémica, se caracteriza por la ambivalencia o alternancia entre las dos formas generales de reacción indicadas para los tipos 1 y 2.

- El tipo 4, considerado el más saludable, se caracteriza por la autonomía personal, y en ciertos aspectos muestra similitud con la personalidad tipo B de la tipología de Friedman-Rosenman (1974).

- La personalidad tipo 5 o racional-antiemocional, con predisposición al cáncer, a la artritis reumatoide y a la depresión endógena,

presenta una tendencia a reprimir la expresión de emociones y sentimientos negativos (depresión, ansiedad e ira) mediante la emisión de reacciones racionales y antiemocionales.

- El tipo 6 o personalidad antisocial muestra una inclinación al consumo de drogas y a reaccionar mediante conductas psicopáticas.

En definitiva, lo que se postula se basa en la idea de que los tipos 1 y 5 están estrechamente relacionados con la personalidad tipo C, el tipo 2 se asemeja al patrón de conducta tipo A, y el tipo 4 mantiene similitud con la personalidad tipo B (Grossarth-Maticek y cols., 1988a). Los autores del modelo sometieron a análisis estas afirmaciones teóricas en dos estudios de carácter prospectivo, desarrollados en la localidad yugoslava de Crvenka y en la ciudad alemana de Heidelberg. Tras llevarse a cabo un seguimiento de diez años en una amplia muestra de población, los resultados confirmaron en gran medida las predicciones de modelo, es decir, una mayor incidencia de cáncer en el tipo 1 y de enfermedad coronaria en el tipo 2, en comparación con los tipos 3 y 4, cuyas menores tasas de mortalidad estuvieron asociadas a factores ajenos a estas enfermedades. Esta diferencia significativa en las tasas de ocurrencia de cáncer y cardiopatía isquémica entre los diferentes tipos se hizo más patente en la muestra de sujetos que se encontraban en una situación personal de alto estrés. Ello confirma la idea sobre la interacción de estos rasgos con el estrés en la aparición y desarrollo de los trastornos físicos, lo que quiere decir que la predisposición a la enfermedad en los tipos 1 y 2 se manifiesta principalmente en aquellas condiciones potencialmente estresantes en las que se produce la elicitación y larga perduración del estado emocional negativo (desesperanza, ansiedad y/o ira) (Grossarth-Maticek y Eysenck, 1991; Eysenck y Grossarth-Maticek, 1991; Grossarth-Maticek y Eysenck, 1990a; Grossarth-Maticek y Eysenck, 1990b; Eysenck, 1990a; Eysenck 1990b; Eysenck, 1988a). También se pudo verificar la vulnerabilidad del tipo 5 a padecer depresión endógena y artritis reumatoide, y la no predisposición del tipo 6 a la enfermedad somática y su inclinación a la drogodependencia. En relación con las variables relacionadas con el estilo de vida (tabaco, tensión sanguínea, y nivel de colesterol en sangre), se constató que el porcentaje de varianza de la enfermedad somática que explicaban era inferior al pronosticado

por las variables de personalidad. No obstante, se halló evidencia de que estos factores físicos incrementaban de manera multiplicativa la incidencia de casos de cáncer y enfermedad coronaria en los tipos 1 y 2, respectivamente, en comparación con el tipo 4 en el que no se produjo dicho aumento. Esto indica que existe una interacción sinérgica entre los factores de riesgo clásicos y los factores psicosociales en la predicción de los trastornos físicos (Grossarth-Maticek y Eysenck, 1989; Eysenck, 1988b; Grossarth-Maticek y cols., 1988b; Grossarth-Maticek y cols., 1983; Grossarth-Maticek, 1980).

El objetivo básico del estudio que a continuación se presenta ha sido realizar una revisión psicométrica del modelo de Eysenck y Grossarth-Maticek en una muestra de estudiantes universitarios (estudio con análogos) a partir del análisis de la validez convergente y discriminante de los tipos de personalidad propuestos. Para ello, se ha evaluado:

- 1) Relación de los tipos de personalidad con los informes de estrés (estrés asociado a sucesos vitales y estrés diario). El modelo postula la presencia de estados emocionales perjudiciales para la salud, generados a partir de la interacción entre los tipos de personalidad y la gestión del estrés. Por ello hipotetizamos que los tipos 1, 2, 3 y 6 deben mostrar una relación positiva con los informes de estrés, siendo negativa en el caso del tipo 4. El tipo 5, con su estilo de afrontamiento caracterizado por la evitación emocional, debe mostrar una relación negativa con los informes de estrés, dada su tendencia a no comunicar sus experiencias negativas. También se ha tenido en cuenta la asociación de los tipos de personalidad con la incidencia de los sucesos vitales pertenecientes a las categorías "sucesos que predisponen a la ira" y "sucesos que predisponen a la desesperanza/indefensión". A partir de la revisión efectuada, predecimos una mayor frecuencia de "sucesos que predisponen a la desesperanza/indefensión" en el tipo 1 y de "sucesos que predisponen a la ira" en el tipo 2. Por otro lado, se han evaluado las relaciones entre los tipos de personalidad e informes de estrés diario. A pesar de que no se ha encontrado ningún estudio previo que analice la vinculación de ambas variables, nuestra hipótesis de trabajo tendrá la misma dirección que en el caso del estrés asociado a sucesos vitales.

2) Relación de los tipos de personalidad con los informes de emociones negativas (depresión, ansiedad e ira). Atendiendo a la afirmación del modelo de que la influencia de los tipos de personalidad sobre la incidencia de la enfermedad física se debe a la mediación de un proceso de afectividad negativa, cabe esperar una relación positiva del tipo 1 (especialmente con la depresión), tipo 2 (especialmente con la ira), así como de los tipos 3 y 6 (ambivalencia emocional) con los informes de emociones negativas. Por su parte, el tipo 4 debe asociarse negativamente con las emociones negativas (eficacia en la gestión del estrés), al igual que el tipo 5 por la característica definitoria de la evitación emocional.

3) Relación de los tipos de personalidad con el constructo Hostilidad-Ira-Agresión. Según las predicciones del modelo, la personalidad tipo 2 y el patrón de conducta tipo A mantienen similitud. Teniendo en cuenta que el constructo Hostilidad-Ira-Agresión ha sido identificado como el componente cardiotoxico del tipo A, éste debe mostrar una relación significativamente superior con el tipo 2 en comparación con los restantes tipos.

4) Relación de los tipos de personalidad con el patrón de conducta tipo C. De la misma forma, los tipos 1 y 5 deben mostrar una vinculación más estrecha con los componentes de la personalidad tipo C que los restantes tipos.

5) Relación de los tipos de personalidad con otros constructos. Otras relaciones teóricas que deben cumplirse son las del tipo 3 con la personalidad histriónica, la del tipo 6 con la personalidad antisocial, así como las de los tipos 1 y 5 con la deseabilidad social (característica tipo C). Otra cuestión evaluada ha sido la posible manifestación por parte del tipo 1 de un estilo atribucional propio de la indefensión aprendida, considerando que el estado emocional predominante propuesto para este tipo de personalidad es el de la desesperanza/indefensión. Por último, se ha evaluado la supuesta relación de los tipos 1 y 2 con la personalidad dependiente, ya que, según nuestro criterio, las definiciones operativas de éstos mantienen una conexión teórica en la medida en que mencionan la existencia de una dependencia emocional con respecto a un objeto, persona o situación, si bien no se ha encontrado ningún estudio previo que haya abordado estos temas.

6) Relación de los tipos de personalidad con el apoyo social percibido y el estilo de vida. El modelo de vulnerabilidad psicosocial postula que la vinculación del constructo Hostilidad-Ira-Agresión con la enfermedad coronaria puede estar fundamentada en el hecho de que los sujetos hostiles reciben menos apoyo social de las personas de su entorno. Según esta afirmación, los sujetos tipo 2 deben mostrar una asociación negativa con el apoyo social percibido. También es conveniente estudiar la relación de los tipos de personalidad con los factores clásicos de riesgo, atendiendo a las afirmaciones del modelo de salud conductual, según el cual los sujetos hostiles deben su mal estado de salud al mantenimiento de hábitos y estilos de vida poco saludables. Quiere ello decir que el tipo 2 debe presentar una relación positiva con el consumo de tabaco, alcohol y drogas, y negativa con la realización de ejercicio y regulación de la dieta. Por otro lado, cabe esperar una tendencia del tipo 6 al consumo de drogas.

7) Relación de los tipos de personalidad con la sintomatología somática autoinformada. La validez convergente y discriminante del modelo también se ha evaluado mediante el análisis de la vinculación de los tipos de personalidad con determinadas categorías de síntomas autoinformados. Si las predicciones del modelo se cumplen, los tipos 1 y 2 deben informar, de manera general, de un peor estado de salud que los tipos 3, 4 (preservado de la enfermedad) y 6. Específicamente, la incidencia de los síntomas inmunológicos debe ser mayor en el tipo 1 (vulnerabilidad al cáncer) y la de los síntomas cardiovasculares en el tipo 2 (vulnerabilidad a la enfermedad coronaria). Esta asociación entre los tipos de personalidad y la sintomatología debe mantenerse después de haberse controlado la influencia de los factores clásicos de riesgo (tabaco, alcohol, ejercicio, dieta y drogas).

8) Análisis diferencial de la vinculación asociativa y de la capacidad predictiva de los factores físicos y los factores psicosociales respecto a la sintomatología somática autoinformada. Uno de los postulados del modelo se basa en la afirmación de que las variables de personalidad tienen un mayor peso específico en la predicción de la enfermedad que los propios factores físicos asociados al estilo de vida. Según esto, en nuestro estudio, debe darse la condición

de que los tipos de personalidad mantengan una relación significativamente superior con la incidencia de los síntomas autoinformados que los factores clásicos de riesgo, además de explicar un mayor porcentaje de varianza del estado de salud/enfermedad. En este último caso (capacidad predictiva), se considerarán los modelos de regresión que explican un mayor porcentaje de sintomatología somática autoinformada con los tipos de personalidad y los factores clásicos de riesgo como variables predictoras.

9) Validez de constructo estructural del modelo. Para ello se ha llevado a cabo un análisis factorial exploratorio rotado con todas las variables incluidas en el estudio. Atendiendo a la definición operativa del tipo B como diferente a las de los tipos A y C, cabe esperar que el tipo 4 sature en un factor diferente del que conforman los tipos 1 y/o 2. Además, el factor o factores que comprenden estos rasgos de personalidad relacionados con el tipo C y con el constructo hostilidad-ira-agresión deben también abarcar los pesos factoriales de variables de estrés (estrés asociado a sucesos vitales y estrés diario) y afectividad negativa (depresión, ansiedad e ira). En este sentido, se debe considerar el postulado teórico referente a la mediación de procesos de estrés y emotividad negativa en la vinculación entre personalidad y enfermedad somática. Por otro lado, se hace necesario atender a la evaluación realizada de la enfermedad física, basada en la cuantificación mediante una escala de síntomas autoinformados, y tener en cuenta, además, la opinión de algunos autores de que la medición realizada a partir de estos instrumentos puede estar sesgada en el sentido de abarcar un componente de afectividad negativa, que puede llevar a exagerar o "inflar" el grado de vinculación entre los trastornos orgánicos y los rasgos de personalidad (Watson y Pennebaker, 1989). Por consiguiente, la estructura factorial obtenida puede ser interpretada, a su vez, en términos de un índice de la consistencia de las correlaciones entre los tipos y los informes sobre quejas somáticas. Según esto, la validez de la medición de la sintomatología autoinformada debe establecerse en la medida en que las diferentes categorías sintomáticas saturan en un factor diferente del que forman parte el estrés, la afectividad negativa y los rasgos de personalidad.

2. MÉTODO

2.1 Participantes

La muestra disponible estuvo formada por 213 estudiantes (voluntarios) del último curso de la diplomatura de Magisterio y de las licenciaturas de Psicología y Psicopedagogía de la Universidad de Jaén (166 mujeres y 47 varones), con edades comprendidas entre los 21 y 25 años.

2.2 Instrumentos

Todos los participantes respondieron a las siguientes pruebas:

- Versión española del *Inventario abreviado de reacciones interpersonales* (SIRI) de Eysenck y Grossarth-Maticek (Sandín y cols., 1992). Contiene 70 ítems dicotómicos que miden los seis tipos de personalidad propuestos en el modelo de Eysenck y Grossarth-Maticek. La consistencia interna del cuestionario se sitúa por encima de .70, con la excepción de la escala de la personalidad tipo 5 que no alcanza el .60. Los análisis factoriales efectuados con este cuestionario han revelado la existencia de dos factores, estando configurado el primero de ellos por los tipos 1 y 2, mientras que el segundo está más determinado por los tipos 3 y 6 (Sandín y cols., 1992).

- *Escala de sucesos vitales para estudiantes-revisada* (ESVE-R) (Martínez-Correa y Reyes del Paso, 2003). Se trata de la versión española modificada de la *Life Events Students Scale* (LESS) de Clements y Turpin (1996). Está formada por 44 eventos vitales, representativos de los estresores que habitualmente afectan al sector estudiantil universitario, que evalúan el estrés asociado a sucesos vitales sufrido durante el último año. Algunos de los sucesos vitales de la escala han sido clasificados en torno a dos categorías: "sucesos que predisponen a la desesperanza/indefensión" (muerte de un padre, accidente o enfermedad graves, etc.), y "sucesos que predisponen a la ira" (disputa severa con los padres o con el compañero sentimental, falta de apoyo o traición de los amigos, etc.).

Con ello se ha pretendido analizar hasta qué punto la ocurrencia de dichos eventos es dependiente del comportamiento asociado a una determinada tipología de personalidad. La fiabilidad test-retest de la escala es de .77 (correlación de las unidades de cambio vital señaladas en ambas fases) y del 74% (porcentaje de concordancia de los sucesos señalados en ambas fases). La escala muestra una aceptable validez convergente (relación con la incidencia de la sintomatología somática autoinformada) y discriminante (ausencia de confusión de medidas con respecto a ciertos rasgos de personalidad y categorías de síntomas autoinformados).

- *Cuestionario de estrés diario* (CED-44) de Santed y cols. (1996). Consta de 44 ítems con formato de respuesta tipo Likert que miden el estrés sufrido en las últimas semanas en diversas situaciones de la vida cotidiana ("ocio e intimidad", "trabajo", "aspectos sociales e intelectuales", "pareja y hogar", "tareas", "aspectos económicos y familiares" y "aspectos medioambientales"). Estas 7 subescalas, elaboradas mediante una solución factorial, presentan una consistencia interna superior a .80 (exceptuando la referida a "pareja y hogar" con un alfa de .75). En nuestro estudio solamente se ha considerado la puntuación total del cuestionario.

- *Escalas de distimia, personalidad dependiente, personalidad histriónica, personalidad antisocial, y abuso de drogas del Inventario clínico multiaxial-II* (MCMI-II) de Millon (1999). Estas escalas son utilizadas como instrumentos de cribado (*screening*) para la detección de posibles casos clínicos de los respectivos trastornos que miden, tomando como punto de referencia el criterio diagnóstico del DSM-III-R al respecto. La fiabilidad test-retest de las distintas escalas (calculada en muestras no clínicas y en muestras de pacientes) oscila entre .43 y .78 en la distimia, .67 y .85 en la personalidad dependiente, .74 y .81 en la personalidad histriónica, .64 y .88 en la personalidad antisocial, y .66 y .85 en el abuso de drogas. La consistencia interna es de .95 en la distimia, .88 en la personalidad dependiente, .90 en la personalidad histriónica, .88 en la personalidad antisocial, y .87 en el abuso de drogas.

- Versión española del *Inventario de ansiedad estado/rasgo* (STAI) de Spielberger y cols. (Seisdedos, 1982). Sólo se evaluó la ansiedad rasgo (20 ítems con formato de respuesta tipo Likert). En la versión

española, la fiabilidad par-impar es de .94 en el estado y de .86 en el rasgo. La consistencia interna, calculada con diferentes grupos de edad, oscila entre .90 y .93 en el estado, y entre .84 y .87 en el rasgo.

- Versión española de la *Escala de hostilidad* (Ho) de Cook y Medley (García-León, 1999). Contiene 57 ítems dicotómicos que evalúan algunos componentes del constructo Hostilidad-Ira-Agresión, si bien su estructura factorial no ha sido definida. Se han evaluado los componentes de cinismo, una subescala compuesta por la suma de las puntuaciones en cinismo, sentimiento hostil y respuestas agresivas, y una puntuación total en hostilidad. La consistencia interna de las distintas adaptaciones oscila en torno a .80 (García-León, 1999; Bermúdez y cols., 1994). En las adaptaciones españolas, la fiabilidad par-impar oscila entre .68 y .87. La fiabilidad test-retest de la versión original oscila entre .77 y .89 (Bishop y Quah, 1998). La Ho ha mostrado asociaciones consistentes con la enfermedad coronaria, la arteriosclerosis coronaria y la hipertensión (Littman y cols., 1993). También ha demostrado estar relacionada con diversas medidas de reactividad cardiovascular como la presión sanguínea sistólica y diastólica durante condiciones de hostigamiento (Christensen y Smith, 1993). Una combinación de los elementos incluidos en las subescalas de cinismo, sentimiento hostil y respuestas agresivas es un predictor de las respuestas cardiovasculares exageradas, mayor probabilidad de isquemia cardiaca y muerte (Helmers y cols., 1993).

- Versión española del *Cuestionario de agresión* (CDA) de Buss y Perry (García-León y cols., 2002). Consta de 29 ítems con formato de respuesta tipo Likert que miden algunos componentes del constructo hostilidad-ira-agresión (ira con resentimiento, agresión verbal, agresión física y sospecha). Los datos procedentes de estudios realizados en diferentes países confirman la estructura factorial propuesta por los autores (García-León y cols., 2002; Ando y cols., 1999). La consistencia interna de las subescalas oscila entre .39 (sospecha) y .73 (ira con resentimiento) con la versión española (García-León y cols., 2002). La fiabilidad par-impar oscila entre .63 (agresión verbal) y .82 (ira con resentimiento). La consistencia temporal se sitúa entre .57 (sospecha) y .88 (ira con resentimiento)

(García-León y cols., 2002). Los estudios existentes parecen apoyar la utilidad del CDA para predecir los cambios en la reactividad cardiovascular en situaciones de interacción social negativa (García-León, 1999).

- *Inventario de hostilidad-ira* (STAXI) de Spielberger (1988). Formado por 47 ítems con formato de respuesta tipo Likert que miden algunos componentes del constructo Hostilidad-Ira-Agresión (ira rasgo, ira estado, ira interna, ira externa, control de la ira y expresión de la ira). Los estudios sobre la estructura factorial del cuestionario, llevados a cabo en diferentes países, confirman la solución factorial propuesta por el autor (Kassinove y cols., 1997; Miguel-Tobal y cols., 1997). Los valores de consistencia interna oscilan entre .88 y .95 para la ira estado, .81 y .92 para la ira rasgo (Spielberger y cols., 1983), .80 para la ira externa, .76 para la ira interna y .90 para el control de la ira (Everson y cols., 1998). Con respecto a la fiabilidad test-retest, las puntuaciones oscilan entre .82 (ira interna) y .74 (ira rasgo), con la excepción de la puntuación en la subescala de ira estado que fue de .01 (Bishop y Quah, 1998). La puntuación de ira interna correlaciona positivamente con la incidencia de angina de pecho en hombres de mediana edad con nivel socioeconómico bajo (Mendes de Leon, 1992), y con los niveles de agregación plaquetaria (Waziri y Wallace, 1997). Con respecto a la reactividad cardiovascular, las subescalas de ira rasgo, ira externa e ira interna muestran una relación positiva con la misma (Vagg y Spielberger, 1999).

- *Cuestionario de personalidad tipo C* de López y cols. (2002). Formado por 26 ítems dicotómicos que miden los 5 componentes de la personalidad tipo C (racionalidad, represión emocional, comprensión, control emocional y necesidad de armonía). La consistencia interna de las escalas del cuestionario oscila entre .70 (necesidad de armonía) y .83 (represión emocional). Algunas de estas escalas (control emocional, necesidad de armonía y racionalidad) han discriminado entre pacientes aquejados de cáncer y sujetos sanos.

- Versión española de la *Escala de deseabilidad social* (CRP) de Marlowe y Crowne (Ávila y Tomé, 1981). Contiene 33 ítems dicotómicos que evalúan el sesgo de la deseabilidad social o la tendencia del sujeto a responder de manera idealizada a los instru-

mentos de evaluación. La escala ha sido validada en distintas muestras de sujetos con características sociodemográficas diferenciales (estudiantes de farmacia, personal militar y funcionarios estatales). La consistencia interna oscila entre .75 y .80. El instrumento muestra una aceptable validez convergente, correlacionando significativamente con la escala de "distorsión motivacional" del 16 PF de Cattell.

- *Cuestionario de estilo atribucional (ASQ)* de Peterson y cols. (1982). Formado por 12 ítems que miden las tres dimensiones de la atribución causal (internalidad-externalidad, estabilidad-inestabilidad, y globalidad-especificidad) para situaciones positivas y negativas. La consistencia interna oscila entre .44 y .69 para las puntuaciones de las diferentes dimensiones atribucionales, mientras que en las puntuaciones compuestas fue .75 para las situaciones positivas y .72 para las negativas. La fiabilidad test-retest oscila entre .58 y .70 para las situaciones positivas, y entre .57 y .69 para las negativas.

- Versión española de la *Escala de apoyo social (SS-B)* de Vaux y cols. (Jiménez y cols., 1994). Formada por 45 ítems con formato de respuesta tipo Likert que miden el apoyo social (percibido) recibido de familiares y amigos. Además, permite diferenciar entre diferentes formas de apoyo social (apoyo emocional, socialización, asistencia práctica, asistencia económica, consejo/ayuda). En nuestro estudio, se ha calculado solamente la puntuación total en las subescalas de familiares y amigos. En relación con las propiedades psicométricas de la versión inglesa, se han encontrado niveles aceptables de validez convergente y discriminante (relación con otras formas de apoyo social), así como de validez factorial (constatación de la existencia de las 5 subescalas mencionadas a partir de un análisis factorial confirmatorio) (Vaux y cols., 1987). También se han aportado datos sobre las propiedades psicométricas de la versión española, corroborándose las conclusiones obtenidas en la validación de la versión inglesa (Jiménez y cols., 1994).

- *Cuestionario de historial médico y estilos de vida*. Se trata de un cuestionario que consta de 7 preguntas de tipo abierto relacionadas con el historial médico del sujeto (enfermedades físicas y

mentales sufridas a lo largo de la vida), con el patrón hereditario de dichas patologías (si algún miembro de la familia ha padecido la misma enfermedad), así como con los hábitos o estilos de vida (consumo de alcohol y tabaco, realización de ejercicio físico y regulación de la dieta).

- *Escala de síntomas somáticos-revisada* (ESS-R) de Sandín y Chorot (1991). Contiene 90 ítems con formato de respuesta tipo Likert, relacionados con la incidencia en el último año de determinadas categorías de síntomas somáticos autoinformados (inmunológico general, cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal, neurosensorial, músculo-esquelético, piel-alergia, genito-urinario y reproductor femenino). En cuanto a sus propiedades psicométricas, se han encontrado niveles aceptables de consistencia interna para cada subescala, y una alta validez predictiva (relación con otros indicadores de salud física, tales como autoinformes sobre enfermedades graves y leves, y criterios externos de salud como diagnósticos clínicos).

2.3 Procedimiento

Justo antes de la entrega de los cuestionarios en clase, los participantes recibieron una charla en la que se trataron aspectos como la explicación de los principales objetivos del estudio, fijación del plazo de entrega de los cuestionarios debidamente cumplimentados (3 días después), así como recomendaciones sobre la forma más adecuada de responder a dichos instrumentos de evaluación. Asimismo, se les indicó que no escribieran su nombre, siendo suficiente con que memorizaran el código numérico que se les había asignado. El anonimato evitaría que se produjese un sesgo de "deseabilidad social". Los participantes recibieron un cuadernillo que contenía los cuestionarios descritos en el anterior apartado.

El análisis estadístico de los resultados se ha realizado mediante correlaciones bivariadas de Pearson, correlaciones parciales de Pearson para el control de terceras variables, el estadístico *t* para el contraste de hipótesis de diferencias entre coeficientes de

correlación con muestras dependientes con el propósito de analizar si existen diferencias significativas entre las correlaciones de dos variables predictoras con respecto a una tercera, análisis de regresión de pasos sucesivos (asociación conjunta de los tipos de personalidad y los factores físicos en la predicción de los informes de las diferentes categorías sintomáticas autoinformadas), y análisis factorial exploratorio rotado (método de los componentes principales y rotación varimax) de todas las variables incluidas en el estudio. El nivel de significación se ha fijado en $p < .01$.

3. RESULTADOS

3.1. Relación de los tipos de personalidad con los informes de estrés

En cuanto a la puntuación de estrés asociado a sucesos vitales, se han obtenido correlaciones positivas significativas para los tipos 1 ($r = .17$), 3 ($r = .22$) y 6 ($r = .28$), mientras que para el tipo 4 esta correlación es negativa ($r = -.19$). No se ha encontrado ninguna correlación significativa entre la personalidad y los sucesos vitales que predisponen a la desesperanza/indefensión, y sólo el tipo 6 muestra una correlación significativamente positiva respecto a los sucesos vitales que predisponen a la ira ($r = .18$). Respecto a la puntuación de estrés diario, se han obtenido correlaciones positivas significativas para los tipos 1 ($r = .20$), 2 ($r = .28$), 3 ($r = .28$) y 6 ($r = .22$), mientras que para el tipo 4 esta correlación es negativa ($r = -.24$). El tipo 5 no muestra ninguna correlación significativa con los informes de estrés.

El estadístico t para el contraste de hipótesis de diferencias entre coeficientes de correlación entre los tipos 1 y 2 y los restantes tipos de personalidad en la predicción de la puntuación de estrés asociado a sucesos vitales ($t_{.01, 210} = -2,345$ y $t_{.99, 210} = 2,345$, $p < .01$) indica que dichas diferencias son significativas en las comparaciones entre los tipos 1 y 4 ($t = 3,03$), y 1 y 5 ($t = 2,90$); también son significativas las diferencias en el caso de las comparaciones entre los tipos 1 y 4 ($t = 3,74$), 2 y 4 ($t = 4,44$), y 2 y 5 ($t = 2,40$), en la predicción de la puntuación de estrés diario.

3.2. Relación de los tipos de personalidad con los informes de emociones negativas

Se han encontrado correlaciones positivas significativas entre las puntuaciones en distimia, ansiedad e ira y los tipos 2 ($r = .58$, $.55$ y $.32$, respectivamente), 3 ($r = .33$, $.27$ y $.36$, respectivamente) y 6 ($r = .35$, $.29$ y $.35$, respectivamente). El tipo 1 se asocia a mayor puntuación en la escala de distimia ($r = .60$) y ansiedad ($r = .50$), pero no a ira. Las puntuaciones en el tipo 4 se asocian negativamente a la puntuación en distimia ($r = -.69$), ansiedad ($r = -.71$) e ira ($r = -.28$). En el tipo 5 no se ha encontrado ninguna asociación.

El estadístico t para el contraste de hipótesis de diferencias entre coeficientes de correlación entre los tipos 1 y 2 y los restantes tipos de personalidad en la predicción de la puntuación en las diferentes emociones negativas, refleja que dichas diferencias son significativas en las comparaciones entre los tipos 1 y 3 ($t = 4,13$), 1 y 4 ($t = 15,75$), 1 y 5 ($t = 8,10$), 1 y 6 ($t = 3,78$), 2 y 3 ($t = 4,10$), 2 y 4 ($t = 14,93$), 2 y 5 ($t = 7,09$), y 2 y 6 ($t = 3,68$), en relación con las puntuaciones en distimia; tipos 1 y 3 ($t = 3,21$), 1 y 4 ($t = 14,39$), 1 y 5 ($t = 7,41$), 1 y 6 ($t = 2,88$), 2 y 3 ($t = 4,45$), 2 y 4 ($t = 14,94$), 2 y 5 ($t = 7,82$), y 2 y 6 ($t = 4,02$), en relación con las puntuaciones en ansiedad rasgo; tipos 1 y 2 ($t = 3,61$), 1 y 3 ($t = 3,32$), 1 y 4 ($t = 3,27$), 1 y 6 ($t = 3,29$), 2 y 4 ($t = 5,18$), y 2 y 5 ($t = 5,20$), en relación con las puntuaciones en ira rasgo.

3.3. Relación de los tipos de personalidad con los componentes del constructo Hostilidad-Ira-Agresión

En la *Tabla 1* quedan recogidas las correlaciones de los tipos de personalidad con los componentes de Hostilidad-Ira-Agresión. Se pueden apreciar las correlaciones significativas del tipo 1 con cinismo, puntuación total de hostilidad, ira con resentimiento, ira interna y sospecha; correlaciones significativas del tipo 2 con casi todas las escalas, exceptuando la agresión verbal, la agresión física y el control de la ira; correlaciones significativas del tipo 3 con todas las escalas, exceptuando el control de la ira; correlaciones significativas nega-

Tabla 1.- Correlaciones de los tipos de personalidad con los componentes del constructo Hostilidad-Ira-Agresión.

	Cin	Hoc	Hot	Ire	Av	Af	So	I-R	I-E	I-I	C-I	E-I
Tipo 1	.24*	.24*	.34*	.29*	-.17*	.02	.26*	.10	-.08	.43*	.06	.12
Tipo 2	.37*	.45*	.54*	.48*	.15	.15	.31*	.32*	.20*	.37*	-.08	.30*
Tipo 3	.42*	.45*	.49*	.38*	.32*	.21*	.28*	.35*	.33*	.33*	-.07	.34*
Tipo 4	-.24*	-.26*	-.34*	-.46*	-.04	-.07	-.21*	-.28*	-.18*	-.29*	.29*	-.37*
Tipo 5	.10	.15	.18*	-.03	-.05	-.01	.16	-.10	-.15	.25*	.22*	-.08
Tipo 6	.41*	.45*	.47*	.36*	.35*	.33*	.19*	.35*	.40*	.28*	-.22*	.42*

Nota. Cin = escala de cinismo de Ho, Hoc = escala compuesta de Ho (cinismo, sentimiento hostil y respuestas agresivas), Hot = puntuación total de Ho, Ire = escala de ira con resentimiento de CDA, Av = escala de sospecha de CDA, Af = escala de agresión física de CDA, So = escala de sospecha de CDA, I-R = escala de ira rasgo de STAXI, le = escala de ira externa de STAXI, li = escala de ira interna de STAXI, Ci = escala de control de la ira de STAXI, Ei = escala de expresión de la ira de STAXI. * $p < .01$

tivas del tipo 4 con todos los componentes, exceptuando la agresión verbal y la agresión física; correlaciones significativas del tipo 5 con la puntuación total de hostilidad, ira interna y control de la ira; y correlaciones significativas del tipo 6 con todas las escalas.

El estadístico t para el contraste de hipótesis de diferencias entre coeficientes de correlación entre el tipo 2 y los restantes tipos de personalidad en la predicción de la puntuación en los diferentes componentes de Hostilidad-Ira-Agresión, muestra que dichas diferencias son significativas en las comparaciones entre los tipos 2 y 4 ($t = 5,35$), y 2 y 5 ($t = 3,35$), en relación con el componente de cinismo (Ho); tipos 2 y 1 ($t = 3,67$), 2 y 4 ($t = 8,52$), y 2 y 5 ($t = 4,95$), en relación con la puntuación total de hostilidad (Ho); tipos 2 y 1 ($t = 3,34$), 2 y 4 ($t = 9,02$), y 2 y 5, en relación con el componente de ira con resentimiento (CDA); tipos 2 y 1 ($t = 5,25$), 2 y 3 ($t = 2,38$), y 2 y 6 ($t = 2,74$), en relación con el componente de agresión verbal (CDA); tipos 2 y 6 ($t = 2,44$), en relación con el componente de agresión física (CDA); tipos 2 y 4 ($t = 4,46$), en relación con la puntuación de la escala de sospecha (CDA); tipos 2 y 1 ($t = 3,60$), 2 y 4 ($t = 5,19$), y 2 y 5 ($t = 5,19$), en relación con la ira rasgo (STAXI); tipos 2 y 1 ($t = 4,53$), 2 y 4 ($t = 3,17$), 2 y 5 ($t = 4,20$), y 2 y 6 ($t = 2,80$), en relación con la ira externa (STAXI); tipos 2 y 4 ($t = 5,81$), en relación con la ira interna (STAXI); tipos 2 y 4 ($t = 3,17$), y 2 y 5 ($t = 3,58$), en relación con el control de la ira (STAXI); y tipos 2 y 1 ($t = 2,91$), 2 y 4 ($t = 5,91$), y 2 y 5 ($t = 4,64$), en relación con la expresión de la ira (STAXI).

3.4. Relación de los tipos de personalidad con los componentes de la personalidad Tipo C

El componente de racionalidad sólo correlaciona con el tipo 5 ($r = .53$). La necesidad de armonía correlaciona positivamente con los tipos 1 ($r = .22$) y 2 ($r = .23$) y negativamente con el tipo 4 ($r = -.19$). El componente de control emocional se asocia a los tipos 4 ($r = .22$) y 5 ($r = .38$). La represión emocional sólo aparece en los tipos 1 ($r = .21$) y 5 ($r = .28$). El componente de compresión sólo se asocia al tipo 1 ($r = .21$).

El estadístico t para el contraste de hipótesis de diferencias entre coeficientes de correlación entre los tipos 1 y 5 y los restantes tipos de personalidad en la predicción de la puntuación en los diferentes componentes de la personalidad tipo C, indica que dichas diferencias son significativas en las comparaciones entre los tipos 1 y 5 ($t = 6,44$), 5 y 2 ($t = 6,97$), 5 y 3 ($t = 6,97$), 5 y 4 ($t = 5,67$), y 5 y 6 ($t = 7,51$), en relación con el componente de racionalidad; tipos 1 y 5 ($t = 2,54$), 1 y 3 ($t = 2,57$), 1 y 4 ($t = 3,48$), 1 y 6 ($t = 2,36$), y 5 y 2 ($t = 2,49$), en relación con el componente de necesidad de armonía; tipos 1 y 5 ($t = 3,88$), 5 y 2 ($t = 5,41$), 5 y 3 ($t = 5,51$), y 5 y 6 ($t = 5,64$), en relación con el componente de control emocional; tipos 1 y 3 ($t = 2,69$), 1 y 6 ($t = 3,10$), 5 y 3 ($t = 3,18$), y 5 y 6 ($t = 3,36$), en relación con el componente de represión emocional; y tipos 1 y 3 ($t = 2,96$), 1 y 4 ($t = 2,56$), y 1 y 6 ($t = 2,87$), en relación con el componente de comprensión.

3.5. Relación de los tipos de personalidad con otros constructos de personalidad

La dependencia se asocia positivamente a los tipos 1 ($r = .36$) y 2 ($r = .27$) y negativamente al tipo 4 ($r = -.23$). El histrionismo correlaciona negativamente con los tipos 1 ($r = -.26$) y 5 ($r = -.17$) y positivamente con los tipos 3 ($r = .30$) y 6 ($r = .32$). La personalidad antisocial correlaciona positivamente con los tipos 3 ($r = .34$) y 6 ($r = .39$). Por último, la deseabilidad social se asocia negativamente a los tipos 3 ($r = -.31$) y 6 ($r = -.28$) y positivamente al tipo 4 ($r = .26$).

El contraste de hipótesis de diferencias entre coeficientes de correlación entre los tipos 1 y 2 y los restantes tipos de personalidad en la predicción de la puntuación en la personalidad dependiente, muestra que dichas diferencias son significativas en las comparaciones entre los tipos 1 y 3 ($t = 3,07$), 1 y 4 ($t = 5,22$), 1 y 5 ($t = 3,85$), 1 y 6 ($t = 5,01$), 2 y 4 ($t = 4,25$), 2 y 5 ($t = 2,39$), y 2 y 6 ($t = 4,17$). El contraste entre el tipo 3 y los restantes tipos de personalidad en la predicción de la puntuación en histrionismo, informa de que dichas diferencias son significativas en las comparaciones

entre los tipos 3 y 1 ($t = 7,53$), 3 y 2 ($t = 3,91$), y 3 y 5 ($t = 5,29$). El contraste entre el tipo 6 y los restantes tipos de personalidad en la predicción de la puntuación en la personalidad antisocial, indica que dichas diferencias son significativas en las comparaciones entre los tipos 6 y 1 ($t = 6,31$), 6 y 2 ($t = 3,62$), 6 y 4 ($t = 3,15$), y 6 y 5 ($t = 4,14$).

En cuanto a las relaciones entre los tipos de personalidad y el estilo atribucional, el tipo 1 se asocia negativamente a la internalidad del éxito ($-.26$, tendencia a considerar el éxito como una consecuencia del azar o factores externos), positivamente con la internalidad del fracaso ($.25$, tendencia a considerar los factores internos personales como causa del fracaso) y la generalización de las experiencias de fracaso ($.28$). El tipo 2 se asocia positivamente a la internalización del fracaso ($.18$) y la generalización de éste ($.19$). El tipo 3 se asocia a inestabilidad atribucional respecto al fracaso ($.17$). Por último, el tipo 4 se relaciona negativamente con la internalidad ($-.17$) y generalización ($-.27$) del fracaso.

El contraste de hipótesis de diferencias entre coeficientes de correlación entre el tipo 1 y los restantes tipos de personalidad en la predicción de la puntuación en las diferentes dimensiones del estilo atribucional, muestra que dichas diferencias son significativas en las comparaciones entre los tipos 1 y 2 ($t = 3,38$), 1 y 3 ($t = 3,99$), 1 y 4 ($t = 3,08$), y 1 y 6 ($t = 3,99$), en el componente de externalidad para el éxito; tipos 1 y 3 ($t = 2,71$), 1 y 4 ($t = 3,58$), y 1 y 6 ($t = 2,52$), en el componente de internalidad para el fracaso; y tipos 1 y 3 ($t = 3,62$), 1 y 4 ($t = 4,77$), y 1 y 5 ($t = 4,71$), en el componente de generalización del fracaso.

3.6. Relación de los tipos de personalidad con el apoyo social percibido y el estilo de vida

La única asociación significativa encontrada respecto al apoyo social hace referencia a la correlación negativa entre el tipo 1 y el apoyo social familiar ($r = -.24$). El contraste de hipótesis de diferencias entre coeficientes de correlación entre el tipo 1 y los restantes tipos en la predicción del apoyo social familiar indica que dichas

diferencias son significativas en las comparaciones entre los tipos 1 y 2 ($t = 3,27$), 1 y 3 ($t = 3,01$), 1 y 4 ($t = 2,72$), y 1 y 6 ($t = 2,67$). El uso de drogas se asocia positivamente a las puntuaciones en los tipos 2 ($r = .22$), 3 ($r = .42$) y 6 ($r = .46$). Además, el tipo 6 se relaciona con un mayor uso del tabaco ($r = .18$). El contraste de hipótesis de diferencias entre coeficientes de correlación de los tipos 2, 3 y 6 y los restantes tipos en la predicción del consumo de drogas indica que dichas diferencias son significativas en las comparaciones entre los tipos 1 y 2 ($t = 3,28$), 1 y 3 ($t = 5,21$), 1 y 6 ($t = 6,04$), 2 y 3 ($t = 2,77$), 2 y 5 ($t = 3,09$), 2 y 6 ($t = 3,66$), 3 y 4 ($t = 4,50$), 3 y 5 ($t = 5,22$), 4 y 6 ($t = 5,12$), y 5 y 6 ($t = 5,68$). El contraste de hipótesis de diferencias entre coeficientes de correlación entre el tipo 6 y los restantes tipos en la predicción del consumo de tabaco indica que dichas diferencias son significativas en las comparaciones entre los tipos 1 y 6 ($t = 2,67$), 2 y 6 ($t = 2,65$), y 5 y 6 ($t = 3,00$).

3.7. Relación de los tipos de personalidad con la sintomatología somática autoinformada

El uso del tabaco se ha relacionado positivamente en nuestra muestra con los síntomas cardiovasculares ($r = .21$) y respiratorios ($r = .22$), mientras que el consumo de drogas correlaciona con los síntomas inmunológicos ($r = .20$), respiratorios ($r = .22$), y gastrointestinales ($r = .16$).

Las relaciones de los tipos de personalidad con las diferentes categorías de síntomas somáticos aparecen reflejadas en la *Tabla 2* (correlaciones bivariadas sin controlar el efecto de una tercera o terceras variables, y correlaciones parciales controlándose la influencia de los factores físicos y el apoyo social percibido), observándose, de manera general, las correlaciones significativas de los tipos 1 y 2 con la mayoría de las categorías de síntomas somáticos (exceptuando la sintomatología dérmico-alérgica y menstrual en el tipo 1 —en el caso de la menstrual solamente en las correlaciones bivariadas—, y la sintomatología dérmico-alérgica y genito-urina en el tipo 2). El tipo 3 correlaciona significativamente con la incidencia de los síntomas inmunológicos (correlaciones bivariadas), y el tipo 6 con los

Tabla 2.- Correlaciones bivariadas y parciales (controlándose el efecto de los factores físicos de riesgo – tabaco, alcohol, ejercicio físico, dieta y drogas- y el apoyo social –apoyo social familiar y apoyo social de amigos-) de los tipos de personalidad con diferentes categorías de síntomas somáticos.

	IG	CV	RS	GI	NS	ME	PA	GU	RF
Tipo 1	.21*	.28*	.21*	.24*	.32*	.31*	.12	.18*	.14
	.24*	.29*	.23*	.26*	.32*	.33*	.14	.22*	.20*
Tipo 2	.20*	.26*	.21*	.33*	.25*	.18*	.10	.16	.20*
	.17*	.24*	.19*	.31*	.23*	.18*	.12	.14	.20*
Tipo 3	.16*	.09	.13	.20*	.07	.06	.03	.08	.15
	.09	.02	.04	.14	.03	.02	.03	.04	.12
Tipo 4	-.29*	-.28*	-.22*	-.31*	-.27*	-.20*	-.12	-.18*	-.16
	-.29*	-.28*	-.25*	-.31*	-.27*	-.21*	-.13	-.20*	-.19*
Tipo 5	-.06	.11	.02	-.03	.11	.02	.06	-.06	-.21*
	-.05	.14	.05	-.02	.13	.06	.09	-.04	-.17
Tipo 6	.15	.12	.18*	.11	.07	.06	.05	.03	.15
	.07	.05	.07	.04	.01	.01	.04	-.02	.09

Nota. IG = síntomas inmunológicos, CV = síntomas cardiovasculares, RS = síntomas respiratorios, GI = síntomas gastrointestinales, NS = síntomas neurosensoriales, ME = síntomas músculo-esqueléticos, PA = síntomas dérmico-alérgicos, GU = síntomas genito-urinarios, RF = síntomas del aparato reproductor femenino (menstruales). Las correlaciones parciales están señaladas en negrita. * $p < .01$

respiratorios (correlaciones bivariadas). El tipo 4 se asocia de manera negativa con la incidencia de las categorías sintomáticas, si bien dicha relación no es significativa en el caso de los síntomas dérmico-alérgicos (tanto en las correlaciones bivariadas como en las parciales), y en los síntomas menstruales (en las correlaciones bivariadas). La personalidad tipo 5 correlaciona negativamente con la sintomatología menstrual (correlación bivariada).

El contraste de hipótesis de diferencias entre coeficientes de correlación entre los tipos 1 y 2 y los restantes tipos de personalidad en la predicción de las diferentes categorías de síntomas somáticos, indica que dichas diferencias son significativas en las comparaciones entre los tipos 1 y 4 ($t = 4,59$), 1 y 5 ($t = 3,73$), 2 y 4 ($t = 3,91$), y 2 y 5 ($t = 2,58$), en la sintomatología inmunológica; tipos 1 y 3 ($t = 3,37$), 1 y 4 ($t = 4,97$), 1 y 6 ($t = 2,91$), 2 y 3 ($t = 3,01$), 2 y 4 ($t = 4,43$), y 2 y 6 ($t = 2,51$), en la sintomatología cardiovascular; tipos 1 y 4 ($t = 4,12$), y 2 y 4 ($t = 3,71$), en la sintomatología respiratoria; tipos 1 y 4 ($t = 4,97$), 1 y 5 ($t = 3,60$), 1 y 6 ($t = 2,64$), 2 y 3 ($t = 2,37$), 2 y 4 ($t = 5,39$), 2 y 5 ($t = 4,02$), y 2 y 6 ($t = 3,65$), en la sintomatología gastrointestinal; tipos 1 y 3 ($t = 3,66$), 1 y 4 ($t = 5,17$), 1 y 5 ($t = 2,48$), 1 y 6 ($t = 3,80$), 2 y 3 ($t = 2,73$), 2 y 4 ($t = 4,25$), y 2 y 6 ($t = 2,91$), en la sintomatología neurosensorial; tipos 1 y 2 ($t = 2,45$), 1 y 3 ($t = 3,93$), 1 y 4 ($t = 4,72$), 1 y 5 ($t = 3,54$), 1 y 6 ($t = 3,94$), y 2 y 4 ($t = 3,26$), en la sintomatología músculo-esquelética; tipos 1 y 4 ($t = 3,57$), 1 y 5 ($t = 3,32$), y 1 y 6 ($t = 2,86$), en la sintomatología genito-urinaria; y tipos 1 y 4 ($t = 2,90$), 1 y 5 ($t = 4,25$), 2 y 4 ($t = 2,87$), y 2 y 5 ($t = 3,93$), en la sintomatología menstrual.

3.8. Análisis diferencial de la vinculación asociativa y de la capacidad predictiva de los factores físicos y de los factores psicosociales en relación con la sintomatología somática autoinformada

El contraste de hipótesis de diferencias entre coeficientes de correlación entre los factores físicos y los factores psicosociales en la predicción de las distintas categorías de síntomas somáticos, indica que los tipos de personalidad presentan una mayor asociación

con los informes de sintomatología somática en las comparaciones entre el tipo 1 y alcohol ($t = 2,37$), tipo 4 y alcohol ($t = 3,21$), tipo 1 y tabaco ($t = 2,43$), tipo 4 y tabaco ($t = 3,13$), tipo 4 y ejercicio físico ($t = 3,02$), y tipo 4 y dieta ($t = 2,72$), en la sintomatología inmunológica; tipo 1 y alcohol ($t = 3,17$), tipo 2 y alcohol ($t = 2,43$), tipo 4 y alcohol ($t = 3,22$), tipo 1 y ejercicio físico ($t = 2,57$), tipo 4 y ejercicio físico ($t = 2,59$), tipo 1 y dieta ($t = 3,29$), tipo 2 y dieta ($t = 2,64$), y tipo 4 y dieta ($t = 3,41$), en la sintomatología cardiovascular; tipo 1 y ejercicio físico ($t = 2,39$), y tipo 4 y ejercicio físico ($t = 2,65$), en la sintomatología respiratoria; tipo 1 y alcohol ($t = 2,38$), tipo 2 y alcohol ($t = 2,88$), tipo 4 y alcohol ($t = 3,11$), tipo 2 y tabaco ($t = 2,62$), tipo 4 y tabaco ($t = 2,61$), tipo 2 y ejercicio físico ($t = 2,59$), tipo 4 y ejercicio ($t = 2,70$), tipo 2 y dieta ($t = 2,48$), y tipo 4 y dieta ($t = 2,62$), en la sintomatología gastrointestinal; tipo 1 y alcohol ($t = 3,38$), tipo 4 y alcohol ($t = 2,85$), tipo 1 y tabaco ($t = 2,61$), tipo 1 y ejercicio ($t = 2,99$), tipo 4 y ejercicio físico ($t = 2,44$), y tipo 1 y dieta ($t = 2,77$), en los síntomas neurosensoriales; y tipo 1 y alcohol ($t = 3,30$), y tipo 1 y dieta ($t = 3,53$), en la sintomatología músculo-esquelética.

Se ha encontrado que los factores físicos presentan una mayor asociación con los informes de la sintomatología somática que los factores psicosociales en las comparaciones entre el tabaco y el tipo 3 en la sintomatología cardiovascular ($t = 2,39$), drogas y tipo 3 en la sintomatología neurosensorial ($t = 2,47$), y drogas y tipo 6 en la sintomatología neurosensorial ($t = 2,62$).

El análisis de regresión (método de pasos sucesivos) referente a la asociación conjunta de los factores físicos y los tipos de personalidad en la predicción de las diferentes categorías de síntomas somáticos (r^2 corregida; $p < .01$), muestra que los modelos que explican un mayor porcentaje de varianza de sintomatología (ordenados de menor a mayor peso predictivo en relación con cada categoría sintomática) son aquellos que incluyen las variables (ordenadas dentro de cada modelo de mayor a menor aportación al porcentaje de varianza explicado) tipo 4 ($r^2 = .081$), y tipo 4-drogas ($r^2 = .114$), en la sintomatología inmunológica; tipo 1 ($r^2 = .090$), tipo 1-tabaco ($r^2 = .130$), y tipo 1-tabaco-tipo 4 ($r^2 = .153$), en la sintomatología cardiovascular;

tabaco ($r^2 = .048$), tabaco-tipo 4 ($r^2 = .097$), tabaco-tipo 4-drogas ($r^2 = .125$), en la sintomatología respiratoria; tipo 2 ($r^2 = .104$), tipo 2-tipo 4 ($r^2 = .122$), en la sintomatología gastrointestinal; tipo 1 ($r^2 = .095$), tipo 1-drogas ($r^2 = .109$), en la sintomatología neurosensorial; tipo 1 ($r^2 = .095$), tipo 1-tabaco ($r^2 = .110$), en la sintomatología músculo-esquelética; tipo 4 ($r^2 = .030$), en la sintomatología genito-urinaria; y tipo 5 ($r^2 = .032$), tipo 5-tipo 2 ($r^2 = .084$), en la sintomatología menstrual.

3.9. Análisis de la validez de constructo estructural del modelo

El análisis factorial rotado (tabla 3), llevado a cabo con todas las variables incluidas en el estudio, indica la existencia de 7 factores ortogonales: el factor 1 está formado por las categorías de síntomas autoinformados; en el factor 2 saturan la deseabilidad social (peso factorial negativo), así como algunos componentes del constructo Hostilidad-Ira-Agresión como la ira con resentimiento, agresión verbal, agresión física, ira rasgo, ira externa, control de la ira (peso factorial negativo) y expresión de la ira; el factor 3 abarca la puntuación en distimia, personalidad dependiente, ansiedad rasgo, necesidad de armonía de la personalidad tipo C, y los tipos de personalidad 1, 2, 3, 4 (peso factorial negativo) y 6; el factor 4 está compuesto por algunos componentes del constructo Hostilidad-Ira-Agresión como cinismo, escala compuesta de Ho (cinismo, sentimiento hostil y respuestas agresivas), puntuación total de Ho, ira con resentimiento, sospecha, ira rasgo e ira interna; el factor 5 aglomera la puntuación en personalidad antisocial, personalidad histriónica, el abuso de drogas y el tipo 6; el factor 6 comprende el estrés asociado a sucesos vitales, así como las categorías de eventos vitales "sucesos que predisponen a la ira" y "sucesos que predisponen a la desesperanza/indefensión"; y el factor 7 lo conforman los pesos factoriales del tipo 5 y de algunos componentes de la personalidad tipo C (racionalidad, control y represión emocional). Todas las demás variables han quedado excluidas de la estructura factorial.

Tabla 3.- Matriz de saturaciones perteneciente al análisis factorial rotado de todas las variables incluidas en el estudio.

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Factor 7
Tipo 1			.70				
Tipo 2			.71				
Tipo 3			.38				
Tipo 4			-.77				
Tipo 5							.49
Tipo 6		.40			.38		
Estrés v						.83	
Nºsd						.87	
Nºsi						.84	
Estrés d							
Dist			.80				
Ansiedad			.74				
Cin				.81			
Hoc				.84			
Hot				.82			
Ire				.47			
Av		.51					
Af		.66					
So		.57					
I-R				.64			
I-E		.51		.56			
I-I		.78					
C-I				.39			
E-I		-.75					
Rac		.83					
Nec arm			.31				.66
Contr							.79
Repr							.59
Compr							
Dep			.39				
Histr					.75		
Antisoc					.86		
D soc		-.45					

Tabla 3.- (Continuación)

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Factor 7
I exit							
I frac							
NE exit							
NE frac							
G exit							
G frac							
AS fam							
AS am							
Alcohol							
Tabaco							
Ejercicio							
Dieta							
Drogas					.87		
IG	.73						
CV	.67						
RS	.70						
GI	.59						
NS	.80						
ME	.75						
PA	.59						
GU	.73						
RF	.55						

Nota. Estrés v = estrés asociado a sucesos vitales, N°sd = número de sucesos de predisponen a la desesperanza/indefensión, N°si = número de sucesos que predisponen a la ira, Estrés d = estrés diario, Dist = distimia, Ansiedad = ansiedad rasgo, Cin = cinismo, Hoc = escala compuesta de Ho (cinismo, sentimiento hostil y respuestas agresivas), Hot = puntuación total de Ho, Ire = ira con resentimiento, Av = agresión verbal, Af = agresión física, So = sospecha, I-R = ira rasgo, I-E = ira externa, I-I = ira interna, C-I = control de la ira, E-I = expresión de la ira, Rac = racionalidad, Nec arm = necesidad de armonía, Contr = control emocional, Repr = represión emocional, Compr = comprensión, Dep = personalidad dependiente, Histr = personalidad histriónica, Antisoc = personalidad antisocial, D soc = deseabilidad social, I exit = internalidad del éxito, I frac = internalidad del fracaso, NE exit = inestabilidad del éxito, NE frac = inestabilidad del fracaso, G exit = globalización del éxito, G frac = globalización del fracaso, AS fam = apoyo social de familiares, AS am = apoyo social de amigos, IG = síntomas inmunológicos, CV = síntomas cardiovasculares, RS = síntomas respiratorios, GI = síntomas gastrointestinales, NS = síntomas neurosensoriales, ME = síntomas músculo-esqueléticos, PA = síntomas dérmico-alérgicos, GU = síntomas genito-urinarios, RF = síntomas del aparato reproductor femenino. Se han omitido los pesos factoriales inferiores a .30. La varianza total explicada es del 71%.

Tabla 4. Matriz de correlaciones entre los tipos de personalidad.

	tipo 1	tipo 2	tipo 3	Tipo 4	tipo 5	tipo 6
tipo 1						
tipo 2	.56*					
tipo 3	.26*	.40*				
tipo 4	-.55*	-.58*	-.24*			
tipo 5	.31*	.21*	.05	.04		
tipo 6	.22*	.36*	.49*	-.36*	-.10	

Nota. * $p < .01$

4. DISCUSIÓN

El objetivo básico de este estudio ha sido el análisis de la validez convergente y discriminante de la tipología psicosocial del modelo de Eysenck y Grossarth-Maticek en una muestra de estudiantes universitarios mediante un estudio con análogos. No obstante, la finalidad de esta investigación no se ha limitado únicamente a la validación psicométrica de dichos rasgos de personalidad. Se han tratado aspectos teóricos que no han sido suficientemente esclarecidos ni por sus autores, ni en revisiones posteriores, como la relación de los tipos de personalidad con el afrontamiento del estrés diario y con la dependencia o independencia de ocurrencia de determinadas categorías de sucesos vitales.

Al analizarse la vinculación de los tipos de personalidad con los informes de estrés asociado a sucesos vitales, se puede afirmar que los resultados se ajustan tan sólo parcialmente a la propuesta teórica. Si bien existen correlaciones positivas significativas entre los informes de estrés y la puntuación en los tipos 1, 3 y 6, y negativa con el tipo 4, no se ha encontrado una asociación significativa con el tipo 2 (aunque el coeficiente de correlación queda en el borde de la significatividad, $r = .16$, $p < .05$). Sin embargo, el estadístico t evidencia que el tipo 1 muestra una mayor vinculación con los informes de estrés asociado a sucesos vitales en comparación con los tipos 4 y 5. La ausencia de diferencias significativas en las correlaciones entre el tipo 1, y los tipos 3 y 6 con dicho estrés puede ser aclarada atendiendo a la característica de la ambivalencia emocional que presentan los sujetos histriónicos y antisociales. Quiere ello decir que la no predisposición de los tipos 3 y 6 al cáncer y a la enfermedad coronaria puede ser entendida no por la ausencia de estrés en estos individuos, y sí por la rápida alternancia de distintas emociones negativas (ansiedad, ira y depresión) como consecuencia de cambios bruscos y repentinos en el estado de ánimo (Eysenck, 1994).

Un punto que no ha sido tratado por el modelo plantea la interrogante de si la frecuencia de ocurrencia de determinadas categorías de sucesos vitales ("sucesos que predisponen a la ira" y "sucesos que predisponen a la desesperanza/indefensión") es una variable cuyo valor depende del tipo de personalidad presentado. Las

correlaciones de los rasgos de personalidad con dichos eventos muestran que el tipo 6 mantiene una relación significativa con la incidencia de los sucesos que predisponen a la ira, sugiriendo ello que estos sujetos mantienen un mayor número de conflictos y altercados como efecto de su conducta antisocial.

Otro de los aspectos que no ha sido suficientemente esclarecido por el modelo, surge del carácter exclusivo de la vinculación de la tipología de personalidad con el estrés asociado a sucesos vitales, no habiéndose presentado ninguna evidencia que asocie estos factores psicosociales con la intensidad percibida de otras dimensiones del estrés. Por otro lado, si se considera la opinión de algunos autores de que los sucesos vitales perturban la salud no sólo mediante mecanismos directos, sino también de forma indirecta, potenciando y/o generando la evaluación negativa de los eventos cotidianos (Sandín, 1999), el análisis de la relación entre el estrés diario y los tipos de personalidad queda justificado. De hecho, se ha sugerido que este tipo de estresores podrían ser mejores predictores de las patologías orgánicas que los propios sucesos vitales mayores (Martínez-Correa y Reyes del Paso, 2002; Kanner y cols., 1981). En nuestro estudio, se ha encontrado evidencia indirecta que apoya esta idea, al mostrar el informe de estrés diario un mayor número de correlaciones significativas con los tipos de personalidad predispuestos a la enfermedad, en comparación con el estrés asociado a sucesos vitales. Además, la diferencia entre dichas correlaciones es significativa en el caso de las comparaciones entre el tipo 1 y 4, y entre el tipo 2 y los tipos 4 y 5. De nuevo, se debe recurrir a la ambivalencia emocional de los tipos 3 y 6 para poder explicar su relación significativa con el estrés diario. Por su parte, la inexistencia de correlaciones significativas del tipo 5 con las puntuaciones en ambos tipos de estrés puede ser explicada atendiendo a la conexión teórica de este rasgo con los componentes de racionalidad y evitación emocional de la personalidad tipo C, lo que conllevaría la evitación de cualquier manifestación, expresión o comunicación de carácter emocional (Nyklicek y cols., 1998; Eysenck, 1994; Contrada y cols., 1990).

En cuanto a la relación de los tipos de personalidad con los informes de emociones negativas, los datos muestran una asocia-

ción más estrecha que en el caso del estrés. En efecto, se han encontrado correlaciones significativas de los tipos 1, 2, 3, 4 (negativa), y 6 con la puntuación en distimia, ansiedad-rasgo e irasgo. Debemos tener presente que la predisposición de ciertos tipos de personalidad al desarrollo de patologías orgánicas se fundamenta en la elicitación y larga perduración de los estados emocionales negativos. En este sentido, el estadístico *t* corrobora el postulado teórico de que los estados emocionales negativos se manifiestan mayormente en los tipos 1 y 2. Lo demuestra el hecho de que las correlaciones de los tipos 1 y 2 con las puntuaciones en las emociones negativas son significativamente superiores a las presentadas por los restantes tipos. En este caso, la superioridad de la vinculación de los tipos 1 y 2 con la emotividad negativa informada, en comparación con los tipos 3 y 6 (algo que no ocurría en el caso del estrés), puede entenderse si se considera de nuevo la naturaleza ambivalente del histrionismo y la personalidad antisocial, que impediría la larga duración de un estado emocional específico al ser sustituido por otro dada la alternancia anteriormente comentada. La ausencia de correlaciones significativas entre el tipo 5 y las puntuaciones en las distintas emociones negativas puede ser explicitada, otra vez, considerando el comportamiento defensivo/racional característico de los sujetos con alta puntuación en este rasgo.

De cualquier forma, cabe preguntarse la razón por la cual los tipos de personalidad correlacionan mejor con las puntuaciones en las emociones negativas que con los informes de estrés, algo que a primera vista puede parecer contradictorio si se tiene en cuenta la premisa del modelo de que la evocación de dicha afectividad se produce a partir de la evaluación de la intensidad de un evento vital estresante. Una posible argumentación podría radicar en el hecho de que tanto la medida de estrés asociado a sucesos vitales como la de estrés diario están circunscritas a un intervalo temporal concreto (estrés asociado a sucesos vitales sufrido en el último año y estrés diario percibido en el último mes), cuando la causa que activa la emoción negativa, en este caso, puede hacer referencia a un período o época más lejanos. Ello equivale a decir que estos sujetos (tipos 1 y 2) podrían estar bajo el influjo de una condición de estrés crónico. Otro dato incongruente, respecto a la vinculación de los

factores psicosociales con la emotividad, se fundamenta en el hecho de que el tipo 1 no muestra una correlación con la puntuación en distimia significativamente superior a la presentada por el tipo 2, considerando la afirmación sobre la mayor presencia del estado emocional de desesperanza/indefensión por parte del primero de estos rasgos. Por su parte, la personalidad tipo 2 presenta una mayor asociación con la ira rasgo que los tipos 1 y 5 (que no correlacionan significativamente con dicho componente emocional), lo que está en consonancia con el carácter hostil de estos sujetos, y con su predisposición al desarrollo de la enfermedad coronaria.

En cuanto a las relaciones de los tipos de personalidad con los componentes hostilidad-ira-agresión, aunque los resultados confirman en parte las predicciones del modelo, es decir, el tipo 2 correlaciona con la mayoría de las escalas de dicho constructo (exceptuando las agresiones verbal y física, y control de la ira), existen datos discordantes. Tal es el caso de las altas puntuaciones de los tipo 1 y tipo 5 (especialmente el primero de estos rasgos) en algunos de estos componentes (puntuación total en hostilidad, cinismo, ira con resentimiento, ira interna y sospecha), si bien este hecho puede explicarse con respecto a la ira interna atendiendo a la represión emocional manifestada por estos sujetos.

Como ocurriera con la hostilidad-ira-agresión, las correlaciones de los tipos de personalidad con las escalas del tipo C, pese a mostrar evidencia que en cierta medida apoya las predicciones del modelo (correlación del tipo 1 con necesidad de armonía y represión emocional, y correlación del tipo 5 con racionalidad, control emocional y represión emocional), la relación significativa del tipo 2 con el componente de necesidad de armonía sugiere otro punto de controversia. Si además se considera el hecho de que ésta última correlación no es significativamente inferior a la presentada por el tipo 1 con esta misma escala, cabe cuestionarse, al igual que ocurriera con la vinculación de este último rasgo con cinismo y sospecha, el por qué de esta inconsistencia. Este planteamiento se hace más evidente si se atiende a la definición operativa del constructo tipo C como un rasgo de personalidad opuesto al patrón de conducta tipo A y asociado a los tipos 1 y 5, y además se parte de la presunción de que la Hostilidad-Ira-Agresión muestra similitud con el

tipo 2. Aunque la “búsqueda de armonía” no es una característica intrínseca a la naturaleza del tipo 2, en nuestra opinión, el ambiente conflictivo al que se encuentran expuestos los individuos hostiles, provocado por su comportamiento cínico y desconfiado hacia los demás, podría desencadenar en estos sujetos actitudes o deseos de una cierta “necesidad de armonía” como un intento de reconciliación con el entorno social. Otra posible justificación de la relación del tipo 2 con necesidad de armonía, así como de la asociación del tipo 1 con cinismo y sospecha, puede entenderse atendiendo al criterio de algunos autores sobre la deficiente definición operativa de los tipos de personalidad propuestos en el modelo (Terada y cols., 2000). De cualquier forma, retomaremos esta crítica en el apartado de conclusiones, describiéndose con mayor profundidad esta problemática.

Las correlaciones de los tipos de personalidad con constructos con los que supuestamente mantienen conexiones teóricas se ajustan en la mayoría de las ocasiones a lo postulado por el modelo. Se han encontrado correlaciones significativas de los tipos 3 y 6 con las puntuaciones en histrionismo y personalidad antisocial, y negativas con deseabilidad social, lo cual está en acuerdo con el comportamiento tendente a la trasgresión de las normas establecidas que manifiestan estos sujetos (Eysenck, 1994). No obstante, no se ha hallado evidencia alguna de que los tipos 1 y 5 presenten una conducta encaminada principalmente a la aceptación y cumplimiento de normas y convenciones sociales, a pesar de que se ha considerado la deseabilidad social como un atributo definitorio de la personalidad tipo C (Temoshok, 1987). También se ha cumplido nuestra predicción de que los tipos 1 y 2 mantendrían vinculación con la puntuación en la personalidad dependiente, en la medida en que sus definiciones teóricas presentan la característica común de una dependencia emocional con respecto a una persona, objeto o situación. Asimismo, el estilo atribucional presentado por la personalidad tipo 1 (locus de control interno y global para los fracasos y externo para los éxitos), confirma la idea de que los sentimientos depresivos manifestados por los sujetos con alta puntuación en este rasgo son más propios del estado de desesperanza/indefensión que del trastorno propiamente dicho (Eysenck, 1994). Por su parte, el

tipo 2 muestra un locus de control caracterizado por atribuciones internas y globales para el fracaso, algo que sería congruente con las afirmaciones de algunos autores de que si bien los sujetos hostiles en un principio mantienen creencias generalizadas de control interno, la acumulación sucesiva de fracasos les puede generar una sensación de incontrolabilidad, indefensión y pasividad (Matthews y Glass, 1984), lo que podría explicar la alta correlación de este rasgo de personalidad con la puntuación en distimia. Los sujetos tipo 4, con sus atribuciones externas y específicas para el fracaso, estarían preservados de los sentimientos de desesperanza/indefensión, lo que también quedaría reflejado en la relación negativa mostrada con respecto a la emotividad depresiva.

Según el Modelo de Vulnerabilidad Psicosocial, el constructo Hostilidad-Ira-Agresión está asociado a un perfil psicosocial negativo, caracterizado por un déficit en la cohesión y apoyo social, y gran cantidad de conflictos interpersonales dentro del ambiente familiar, social y laboral (Benotsch y cols., 1997; Barefoot y cols., 1983). En este sentido, sería lógico cuestionarse si la supuesta relación causal del tipo 2 con la enfermedad coronaria puede deberse no sólo a su ineficacia en el afrontamiento del estrés, sino a la evocación de situaciones de enemistad con los demás, que serían una consecuencia de su comportamiento cínico y desconfiado, y que se reflejarían en la mayor incidencia de altercados y carencia de apoyo social. Sin embargo, los resultados muestran la ausencia de relación significativa entre el tipo 2 y los sucesos que predisponen a la ira, no cumpliéndose la predicción de que este rasgo de personalidad pudiera correlacionar significativamente con dichos eventos que están referidos a condiciones de enfrentamiento social. Tampoco parece corroborarse lo afirmado por el Modelo de Vulnerabilidad Psicosocial de que la hostilidad (tipo 2) conllevaría una reducción del apoyo social prestado por las personas del entorno, al no existir una relación negativa significativa entre ambas variables, algo que si ocurre en el tipo 1 con respecto al apoyo familiar.

Al analizarse las relaciones entre los tipos de personalidad y la predisposición a padecer patologías como el cáncer o la cardiopatía isquémica, se tuvo en cuenta que los participantes, por su corta edad (21-25 años), no estaban incluidos dentro del sector poblacional de

riesgo. Por tanto, se hacía necesaria la administración de un instrumento que midiera aspectos sintomáticos, que siendo compatible con el rango de edad, fuera un indicador de los mecanismos patofisiológicos subyacentes que están en la base del origen de tales enfermedades y permitiera así un estudio con sujetos análogos. Por esa razón, fue utilizada la Escala de síntomas somáticos-revisada (ESS-R) (Sandín y Chorot, 1991), pudiéndose observar, de manera general, que si bien, tal y como predice el modelo, los tipos 1 y 2 informan de una mayor ocurrencia de los síntomas incluidos en el cuestionario, en comparación con los restantes tipos, dicha "predisposición" no se manifiesta de manera diferencial entre las diferentes categorías sintomáticas. Si partimos de la premisa de que la mayor incidencia de cáncer en los sujetos tipo C tiene su fundamentación psicobiológica en el correlato fisiológico del estado emocional de la desesperanza/indefensión (incremento en la secreción de corticoides por la activación del eje pituitario-adrenocortical) y en el sustrato biológico de la evitación/represión emocional (disminución de la actividad del eje simpático-adrenomedular), los cuales inhiben las funciones del sistema inmunitario (Contrada y cols., 1990), cabría esperar que los sujetos tipo 1 de nuestro estudio informaran de un mayor número de síntomas inmunológicos en comparación con los restantes tipos. Por su parte, teniendo en cuenta que, según el Modelo de Reactividad Psicofisiológica, uno de los mecanismos mediante los cuales el constructo Hostilidad-Ira-Agresión ejerce su efecto patogénico sobre el sistema cardiovascular es el aumento de la reactividad cardiovascular (Suárez y cols., 1998; Felsten y Leitten, 1993; Lai y Linden, 1992), se debería cumplir la condición de que los sujetos tipo 2 informaran de una mayor incidencia de síntomas cardiovasculares. En contraposición a ello, la personalidad tipo 1 muestra una vinculación con la sintomatología cardiovascular no inferior al aportado por el tipo 2, ocurriendo algo similar con las puntuaciones en sintomatología inmunológica. Estos datos resultan incongruentes con la afirmación de que aquellos sujetos que estén predispuestos a la enfermedad coronaria no pueden estarlo con respecto al cáncer, y viceversa (Eysenck, 1985). De cualquier forma, la vinculación del tipo 1 con la sintomatología cardiovascular autoinformada podría tener su justificación, en parte, en la estrecha

relación de este rasgo de personalidad con la puntuación en distimia. De hecho, diversos estudios muestran que el estado emocional depresivo puede ser considerado como un precursor a medio plazo de las manifestaciones agudas de la enfermedad coronaria (Schins y cols., 2003; Irvine y cols., 1999; Kopp y cols., 1998).

Por otro lado, los datos evidencian que la preservación de ciertos tipos de personalidad al desarrollo de síntomas somáticos se hace patente solamente en el tipo 4 (al mantener correlaciones negativas con la mayoría de las categorías somáticas). Estas asociaciones entre los tipos de personalidad y la sintomatología somática autoinformada se mantienen después de controlar la influencia del apoyo social y los factores físicos de riesgo. La conveniencia de controlar el efecto de las variables asociadas al estilo de vida se hacía necesaria teniendo en cuenta que el consumo de drogas y tabaco se asocian en nuestro estudio al informe de la incidencia de síntomas inmunológicos, respiratorios y neurosensoriales, y de síntomas cardiovasculares y respiratorios, respectivamente. Por otro lado, los tipos 3 y 6 han correlacionado significativamente con el consumo de tabaco y drogas. El tipo 2 también se ha asociado a la drogodependencia, corroborando ello, en cierta medida, la afirmación del Modelo de Salud Conductual de que los sujetos hostiles muestran un repertorio de hábitos nocivos para la salud (Cohen y cols., 1994). En definitiva, la ausencia de discriminación en la predicción de las diferentes categorías sintomáticas por parte de los tipos 1 y 2 apoya la postura teórica de aquellos autores que defienden la idea de que está más justificado hablar de la existencia de una personalidad con vulnerabilidad a la enfermedad física en general, que de trastornos físicos concretos asociados a tipos de personalidad específicos (Watson y Pennebaker, 1989; Booth-Kewley y Friedman, 1987).

Como se comentó en la parte introductoria de este artículo, uno de los hallazgos más relevantes obtenidos en los estudios prospectivos de Crvenka y Heidelberg se basa en la constatación de que los tipos de personalidad explican un mayor porcentaje de varianza de la enfermedad somática (cáncer y cardiopatía isquémica) que los factores físicos de riesgo, tales como el tabaco, la tensión sanguínea, y el nivel de colesterol en sangre (Eysenck 1994; Eysenck, 1988a),

aunque estas afirmaciones han sido matizadas en publicaciones más recientes en las que se atribuye a las variables del estilo de vida una mayor capacidad predictiva en relación con la incidencia del cáncer de mama (Grossarth-Maticek y cols., 2000). Con el propósito de verificar esta afirmación en la muestra de nuestro estudio, se han efectuado comparaciones entre los coeficientes de correlación de los tipos de personalidad y de las variables asociadas al estilo de vida, por separado, así como una serie de análisis de regresión referentes a la relación conjunta de los factores físicos y los tipos de personalidad, con respecto a cada una de las categorías de síntomas somáticos autoinformados,

Los resultados obtenidos a partir del estadístico *t* evidencian la superioridad en la predicción de los tipos 1, 2 y 4 en comparación con los factores físicos tabaco, alcohol, ejercicio físico y dieta, en relación con los informes sobre la ocurrencia de síntomas inmunológicos, cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales, neurosensoriales, y músculo-esqueléticos (no, en cambio, en los síntomas dérmico-alérgicos, genito-urinarios y menstruales), lo que parece apoyar en gran medida las predicciones teóricas del modelo. No obstante, esta mayor relación de los factores psicosociales con los informes de síntomas no parece cumplirse en los tipos 3, 5, y 6, cuya peso predictivo de la sintomatología somática es inferior. En el caso de la personalidad racional-antiemocional este hecho puede aclararse, de nuevo, considerando la tendencia de estos sujetos a la ocultación o no comunicación de experiencias estresantes, en esta ocasión informes sobre su estado de salud.

Respecto a los resultados de los análisis de regresión, los datos apuntan, de manera general, en la misma dirección que los obtenidos a partir del estadístico *t*. Así, el tipo 4 se ha mostrado como el rasgo de personalidad que explica un mayor porcentaje de sintomatología somática, al quedar incluido como variable predictora (de preservación) en un mayor número de modelos (síntomas inmunológicos, cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales y genito-urinarios), en comparación con los restantes tipos. Esta superioridad predictiva se hace más patente con respecto a los tipos 3 y 6, que han sido excluidos totalmente de las soluciones estadísticas. Un resultado aparentemente contradictorio hace referencia a

la eliminación de los tipos 1 y 2 de una buena parte de los modelos de regresión (incluidos los síntomas inmunológicos en el primer caso y los cardiovasculares en el segundo), con los que, según el análisis correlacional, mantienen relaciones significativas. La definición operativa del tipo B (tipo 4) se ha entendido tradicionalmente como un rasgo de personalidad diferente (que no contrario) a los tipos A (tipo 2) y C (tipo 1) (Grossarth-Maticek y cols., 1988a). Sin embargo, nuestro estudio evidencia una relación negativa del tipo 4 con los tipos 1 ($r = -.55$) y 2 ($r = -.59$) (ver Tabla 4). Dada esta estrecha vinculación negativa, la aportación de los tipos 1 y 2 al porcentaje de varianza explicado de cada categoría sintomática queda supuesta a partir de la inclusión del tipo 4 en el modelo. De este modo, se justifica la exclusión de los tipos 1 y 2 de los modelos de regresión según el método de pasos sucesivos. Dicho de otra manera, muchas de las categorías de síntomas somáticos se pueden predecir mejor a partir de la ausencia de características tipo 4 que de la presencia de características tipo 1 o 2. En cuanto a las implicaciones respecto a la definición operativa de los tipos del modelo, estos resultados, contrariamente a las argumentaciones de los autores, sugieren que los tipos 1 y 2 no deben ser considerados como "diferentes" y sí como contrarios en parte al tipo 4. Por tanto, no sería aconsejable, ni apropiado, seguir manteniendo el postulado teórico de que los tipos 1 y 2 son independientes (ausencia de semejanza) del tipo 4, en la medida en que los datos apuntan, en cierta medida, a que podrían formar parte de un mismo constructo unidimensional. Uno de sus extremos estaría caracterizado por una alta puntuación en el tipo 4, mientras que el polo inverso vendría definido en términos de ausencia de la manifestación de dicho rasgo de personalidad, o de forma semejante, un repertorio comportamental característico de la personalidad tipo 1 o tipo 2.

Las implicaciones de esta última reflexión resultan congruentes con la trayectoria que han seguido los últimos estudios de los autores del modelo, que se han centrado en la influencia del rasgo unidimensional de personalidad denominado "autorregulación" (self-regulation), tanto en la preservación (repertorio conductual característico de dicho rasgo) como en la predisposición (ausencia de dicho rasgo) del cáncer, la enfermedad coronaria y otras enfermedades

(Grossarth-Maticek y Eysenck, 1995). En este sentido, cabe plantearse la estrecha relación de las definiciones operativas de la autorregulación y de la personalidad tipo 4, en la medida en que ambas hacen mención explícita a un eficaz afrontamiento del estrés basado en la "autonomía o independencia emocional" con respecto a personas, objetos o situaciones afectivamente importantes. Por otro lado, también sería razonable considerar el hecho de que la ausencia de autorregulación podría identificarse con el patrón de comportamiento tipo 1 o tipo 2. De cualquier forma, atendiendo al intento del modelo de establecer una conexión teórica entre su tipología de personalidad y los denominados "patrones del abecedario", cabe interpretar los resultados de nuestro estudio como una constatación más a favor de la carente validez de las definiciones operativas de los tipos de personalidad, que vendría determinada, según nuestro criterio, por un "solapamiento" de los elementos de las mismas. Es decir, algunos componentes de la personalidad tipo 4 serían comunes a los tipos 1 o 2, si bien en sentido inverso. Tomando como criterio el Inventario abreviado de reacciones interpersonales, valga el ejemplo de sus ítems 25 ("Cuando fracaso en el logro de mis objetivos, puedo fácilmente cambiar de rumbo") y 65 ("Puedo expresar claramente mis objetivos y deseos, pero siento que es prácticamente imposible llevarlos a cabo"), referidos respectivamente a los tipos 4 y 2, y donde se hace mención expresa al concepto de "ilusión de control".

En relación con los factores físicos de riesgo, tan sólo el consumo de drogas (síntomas inmunológicos, respiratorios y neurosensoriales) y tabaco (síntomas cardiovasculares, respiratorios y músculo-esqueléticos) parecen estar relacionados con el incremento de los informes de quejas somáticas.

Otro hecho a tener en cuenta se basa en la constatación de que el porcentaje de varianza de cada categoría sintomática explicado por la conjunción de los tipos de personalidad y los factores físicos es relativamente bajo (un máximo de 15,3% de sintomatología cardiovascular explicado por los tipos 1 y 4 y el tabaco, y un mínimo de un 3% de sintomatología genito-urinaria explicada por el tipo 4). En este sentido, se debe atender a la supuesta capacidad predictora que atribuyen los autores del modelo a tales rasgos, y por otro, a

la representatividad de las variables del estilo de vida seleccionadas en nuestro estudio, que tradicionalmente han sido consideradas de riesgo para el desarrollo de la enfermedad somática (Schneiderman y Skyler, 1996; Bayés, 1991).

Una posible argumentación a este resultado puede fundamentarse en la opinión de algunos autores de que el análisis de las causas que originan la aparición de los trastornos físicos debe realizarse desde la perspectiva de un paradigma de variables múltiples en el que se considere la red de factores interrelacionados que pueden estar determinando dicha incidencia (Eysenck, 1994). Quiere ello decir que en nuestro estudio se pueden estar obviando u omitiendo ciertas variables de especial interés en la comprensión de este fenómeno multicausal (p. ej., predisposición genética). No obstante, según nuestro criterio, la modesta capacidad predictiva de los modelos de regresión propuestos radica en las características de la muestra utilizada, formada por sujetos jóvenes, en los que los procesos patofisiológicos que desencadenan la enfermedad podrían estar poco desarrollados o consolidados. Además, la discreta aportación de los factores físicos en la identificación de los determinantes del status de salud/enfermedad tendría su justificación en el corto período de influencia de dichas variables sobre el organismo (debido a la corta edad de los participantes). En definitiva, se hace necesario subrayar las afirmaciones que enfatizan la importancia del estilo de vida y/o de los factores psicosociales en la aparición y desarrollo de las patologías orgánicas tras un largo mantenimiento de tales hábitos nocivos y/o de dicho repertorio comportamental (Bayés, 1991; Eysenck, 1994).

Por último, y en relación con el análisis factorial llevado a cabo, cabe decir que, a efectos de interpretación, si bien no se dispone actualmente de ninguna prueba estadística que determine el nivel de significación de un peso factorial rotado, hemos adoptado el criterio de .30 (generalmente aceptado para soluciones ortogonales) para la inclusión de una variable como componente de un determinado factor (Comrey, 1985). Según esto, los resultados verifican, en buena medida, la validez de constructo estructural del modelo, como lo constata el hecho de la saturación de los tipos de personalidad (exceptuando el tipo 5) en el mismo factor del que forman parte las

variables de afectividad negativa (distimia y ansiedad-rasgo) (factor 3), excluyendo la ira rasgo, así como los pesos factoriales del tipo 6 en el factor que aglomera a la personalidad antisocial y el abuso de drogas (factor 5), y del tipo 5 en el factor conformado por algunos componentes de la personalidad tipo C como la racionalidad, control emocional y represión emocional (factor 7). Otro dato a tener en cuenta se basa en la evidencia de que las variables referidas al estrés asociado a sucesos vitales saturan en un factor diferente (factor 6) al constituido por los tipos de personalidad y las emociones negativas, corroborando ello los resultados, anteriormente comentados, concernientes a la activación emocional de algunos de estos rasgos (tipos 1, 2, 3 y 6) independientemente de la ocurrencia simultánea o contigua de determinados eventos vitales (estrés crónico). Por otro lado, el elevado peso factorial negativo del tipo 4 en el mismo factor del que forman parte los tipos 1 y 2, confirma la existencia del solapamiento de las definiciones operativas de dichos rasgos de personalidad, anteriormente comentado. Este hecho se hace más patente si se atiende a la considerable saturación positiva de los tipos 1 y 2 (supuestamente antagónicos) en dicho factor, si bien algunos autores justifican este último resultado considerando la supuesta vinculación teórica de estos dos rasgos de personalidad, definida en términos de "pre-disposición a la enfermedad" (Sandín y cols., 1992).

Una limitación de nuestro estudio se sustenta en la evaluación realizada de la enfermedad física, basada en la cuantificación mediante una escala de síntomas autoinformados. Como señalan algunos autores, la medición realizada a partir de estos instrumentos puede estar sesgada en el sentido de abarcar un componente de afectividad negativa, que puede llevar a exagerar o "inflar" el grado de vinculación entre los síntomas y los rasgos de personalidad (Watson y Pennebaker, 1989). Sin embargo, la resolución del análisis factorial indica que las categorías sintomáticas forman parte de un factor (factor 1) en el que no saturan los tipos de personalidad, el estrés asociado a sucesos vitales y la emotividad negativa. Ello indica la ausencia de confusión de medidas por parte de la Escala de síntomas somáticos-revisada, lo que, a su vez, confirma, en este caso, la consistencia de las correlaciones entre los tipos de personalidad y la sintomatología autoinformada.

5. CONCLUSIONES

Resumiendo, los datos de los diferentes análisis reflejan la aceptable validez convergente y discriminante de la tipología psicosocial del modelo, como muestran las correlaciones significativas de estos rasgos con medidas de estrés, emotividad negativa, Hostilidad-Ira-Agresión, personalidad tipo C, y las puntuaciones en histrionismo y personalidad antisocial. A su vez, e interpretando los resultados en sentido opuesto, la constatación de todas estas asociaciones es un indicador que reafirma, en buena medida, la validez de las medidas de todos estos cuestionarios cuya relación con el Inventario Abreviado de Reacciones Interpersonales se ha tratado de analizar. También se ha obtenido evidencia que corrobora que algunos de los tipos personalidad están relacionados con una mayor presencia de quejas somáticas, si bien la "predisposición" (tipos 1 y 2) o "preservación" (tipo 4) no se manifiesta de manera diferencial en las diferentes categorías sintomáticas autoinformadas, apoyando estos resultados las afirmaciones de que la personalidad puede predisponer a la enfermedad de manera general, más que a patologías orgánicas específicas. Por otro lado, se ha constatado que los tipos de personalidad, de manera general, presentan una mayor vinculación con la sintomatología somática que las variables asociadas al estilo de vida, tal y como predice la teoría. Además, se han aportado aspectos novedosos al modelo como la vinculación de los tipos 1 y 2 con el estrés diario, con las puntuaciones en personalidad dependiente y con un estilo atribucional característico de la indefensión aprendida. Sin embargo, existen una serie de resultados incongruentes, como las correlaciones significativas del tipo 1 con Hostilidad-Ira-Agresión, o la ausencia de relación de los tipos 1 y 5 con la deseabilidad social. Estos datos pueden ser explicados atendiendo a las características de las definiciones operativas de los tipos de personalidad, calificadas como vagas e imprecisas, crítica que ya había sido formulada por otros autores con antelación (Terada y cols., 2000), y que puede tener su justificación en un solapamiento de los componentes de las mismas. En este sentido, y partiendo de las consideraciones y argumentos expuestos, creemos que se hace necesaria para la validación

del modelo, no sólo la replicación de los hallazgos de los estudios prospectivos de Crvenka y Heidelberg, sino también desde una perspectiva psicométrica la realización de una revisión y reformulación de las definiciones de los tipos de personalidad, que delimite y profile de forma más exhaustiva dichos constructos. Ello aportaría no sólo una mayor convergencia con medidas con las que mantienen una conexión teórica, sino también un incremento de la capacidad discriminatoria con respecto a aquellas otras con las que, según las predicciones del modelo, deberían divergir o no asemejarse.

Finalmente, siguiendo un modelo interactivo *biopsicosocial*, las relaciones entre personalidad y salud a través de la generación de estados emocionales negativos no pueden ser contempladas según una relación simple unidireccional. Los estados emocionales, resultantes de la interacción entre el rasgo de personalidad y la situación medioambiental, no afectan unidireccionalmente a la fisiología, sino que en este camino pueden interaccionar con otros muchos factores. En nuestra opinión, uno de los factores mediadores más relevantes de esta relación puede ser la *especificidad o estereotipia individual*-tendencia consistente a responder en la mayoría de las situaciones de forma máxima con el mismo patrón o sistema de respuesta fisiológico- (Lacey y Lacey, 1958). Aunque existe una *especificidad situacional* que vincula motivacionalmente los sentimientos de hostilidad-ira-agresión a la reactividad cardiovascular y los sentimientos de indefensión-desesperanza al aumento de cortisol (inmunosupresión), la magnitud de estos efectos fisiológicos va a estar modulada por el nivel de *especificidad individual* de la persona. Una personalidad tipo 2, si no presenta especificidad de respuesta individual a nivel cardiovascular (reactividad cardiovascular a través de las situaciones), aunque esté sometida a niveles altos de estrés, probablemente no desarrollará trastornos cardiovasculares. De la misma forma, de nada nos servirá una personalidad tipo 1 en la predicción de cáncer, sino no presenta al mismo tiempo consistencia en responder con incrementos de cortisol frente al estrés medioambiental. La no consideración del papel mediador de este factor puede obviamente disminuir las relaciones de tipo directo entre personalidad y salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Ando, A., Soga, S., Yamasaki, K., Shimai, S., Shimada, H., Utsuki, N., Oashi, O. y Sakai, A. (1999). Development of the Japanese versión of the Buss-Perry Agression Questionnaire (BAQ), *Shinrigaku Kenkyu*, 70, 384-392.
- Antoni, M.H. y Goodkin, K. (1988). Host moderator variables in the promotion of cervical neoplasia: I. Personality facets, *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 327-338.
- Ávila, A., y Tomé, C. (1989). Evaluación de la deseabilidad social y correlatos defensivos y emocionales. En A. Echebarría y D. Páez (Eds.), *Emociones: Perspectivas psicosociales*, Madrid, Fundamentos.
- Barefoot, J.C., Dahlstrom, W.G., y Williams, R.B., Jr. (1983). Hostility, CHD incidence, and total mortality: A 25 year follow-up study of 255 physicians, *Psychosomatic Medicine*, 45, 59-63.
- Bayés (1991). *Psicología Oncológica*, Barcelona, Martínez-Roca.
- Benetsch, E.G., Christensen, A.J., y McKelvey, L. (1997). Hostility, social support, and ambulatory cardiovascular activity, *Journal of Behavioral Medicine*, 2, 163-176.
- Bermúdez, J., Sánchez-Elvira, A. y Fernández, E. (1994). Contenido del inventario de hostilidad de Cook y Medley (ICM): Implicaciones procoronarias. *Comunicación presentada al IV Congreso de Evaluación Psicológica, Santiago de Compostela, España*.
- Bishop, G.D. y Quah, S. (1998). Reliability and validity of measures of anger/hostility in Singapore: Cook and Medley Ho Scale, STAXI and Buss-Durkee Hostility Inventory, *Personality and Individual Differences*, 6, 867-878.
- Booth-Kewley, S., y Friedman, H. (1987). Psychological predictors of heart disease: A quantitative review, *Psychological Bulletin*, 101, 343-362.
- Buss, A.H. y Perry, M. (1992). The Agression Questionnaire, *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 452-459.
- Cano-Vindel, A., Sirgo, A. y Pérez-Manga, G. (1994). Cáncer y estilo represivo de afrontamiento, *Ansiedad y Estrés*, 0, 101-112.
- Cardenal-Hernández, V. (2001). Estilos psicológicos y enfermedad física: Variables psicosociales -el estilo de evitación emocional- y su influencia en el cáncer, *Escritos de Psicología*, 5, 36-52.
- Christensen, A.J. y Smith, T.W. (1993). Cynical hostility and cardiovascular reactivity during self-disclosure, *Psychosomatic Medicine*, 55, 193-202.
- Clements, K. y Turpin, G. (1996). The Life Events Scale for Students: Validation for Use with British Samples, *Personality and Individual Differences*, 20, 747-751.

- Cohen, S., Kaplan, J.R., y Manuck, S.B.** (1994). Social support and coronary heart disease. Underlying psychological and biological mechanism. En S.A. Shumaker y S.M. Czajkowski (Eds.), *Social support and cardiovascular disease*, New York, Plenum Press.
- Comrey, A.L.** (1985). Manual de análisis factorial, Madrid, Cátedra.
- Contrada, R.J., Leventhal, H., y O'leary, A.** (1990). Personality and Health. En Pervin (Ed.), *Handbook of Personality*, New York, Oxford University Press.
- Cook, W. y Medley, D.** (1954). Proposed hostility for pharisaic-virtue skills of the MMPI, *Journal of Applied Psychology*, 38, 414-418.
- Engel, G.L.** (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine, *Science*, 196, 129-136.
- Everson, S.A., Goldberg, D.E., Kaplan, G.A., Julkunen, J. y Salonen, J.T.** (1998). Anger Expression and incident hypertension, *Psychosomatic Medicine*, 60, 730-735.
- Everson, S.A., Kauhanen, J., Kaplan, G.A., Goldberg, D.E., Julkunen, J., Tuomilehto, J. y Salonen, J.T.** (1997). Hostility and increases risk of mortality and acute myocardial infarction. The mediating role of behavioural risk factors, *American Journal of Epidemiology*, 146, 142-152.
- Eysenck, H. J.** (1994). Tabaco, Personalidad y Estrés, Barcelona, Herder.
- Eysenck, H.J. y Grossarth-Maticek, R.** (1991). Creative novation behaviour therapy as a prophylactic treatment for cancer and coronary heart disease. II: Effects of treatment, *Behaviour Research and Therapy*, 29, 17-31.
- Eysenck, H.J.** (1990a). The prediction of death from cancer by means of personality/stress questionnaire: Too good to be true?, *Perceptual and Motor Skills*, 71, 216-218.
- Eysenck, H.J.** (1990b). Type A behavior and coronary heart disease: The third stage, *Journal of Social Behavior and Personality*, 5, 25-44.
- Eysenck, H.J.** (1988a). Behavior therapy as an aid in the prevention of cancer and coronary heart disease, *Scandinavian Journal of Behavior Therapy*, 17, 171-188.
- Eysenck, H.J.** (1988b). The respective importance of personality, cigarette smoking and interaction effects for the genesis of cancer and coronary heart disease, *Personality and Individual Differences*, 9, 453-464.
- Eysenck, H.J.** (1985). Personality, Cancer and Cardiovascular Disease: A Causal Analysis, *Personality and Individual Differences*, 6, 535-556.
- Felsten, G., y Leitten, C.L.** (1993). Expressive, but not neurotic hostility is related to cardiovascular reactivity during a hostile competitive task, *Personality and Individual Differences*, 14, 805-813.

- Fernández-Ballesteros, R., Ruiz, M.A. y Garde, S. (1998). Emotional expression in healthy women and those with breast cancer, *British Journal of Health Psychology*, 3, 41-50.
- Friedman, M. y Rosenman, R. (1974). *Type A behavior and your heart*, New York, Knopf.
- García-León A., y Reyes del Paso, G.A. (2002). Una revisión de los modelos explicativos de la relación entre el constructo Hostilidad-Ira-Agresión y la enfermedad coronaria, *Anales de Psicología*, 18, 61-76.
- García-León, A., Reyes, G.A., Vila, J., Pérez, N., Robles, H., y Ramos, M.M. (2002). The Agression Questionnaire: A Validation Study in Student Samples, *The Spanish Journal of Psychology*, 5, 45-53.
- García-León, A. (1999). *Efectos de la hostilidad/ira sobre la reactividad cardiovascular en paradigmas tónicos y fásicos* (la Respuesta Cardíaca de Defensa), Jaén, España: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Jaén.
- Greer, S., Morris, T. y Pettingale, K.W. (1979). Psychological response to breast cancer. Effect on outcome, *Lancet*, 785-787.
- Grossarth-Maticek, R., Eysenck, H.J., Boyle, G.J., Heeb, J., Costa, S.D., y Diel, J. (2000). Interaction of psychosocial and physical risk factors in the causation of mammary cancer, and its prevention through psychological methods of treatment, *Journal of Clinical Psychology*, 56, 33-50.
- Grossarth-Maticek, R. y Eysenck, H.J. (1995). Self-Regulation and mortality from cancer, coronary heart disease, and other causes: A prospective study, *Personality and Individual Differences*, 19, 781-795.
- Grossarth-Maticek, R. y Eysenck, H.J. (1991). Creative novation behaviour therapy as a prophylactic treatment for cancer and coronary heart disease. I: Description of treatment, *Behavioral Research and Therapy*, 29, 1-16.
- Grossarth-Maticek, R. y Eysenck, H.J. (1990a). Personality, stress and disease: Description and validation of a new inventory, *Psychological Reports*, 66, 355-373.
- Grossarth-Maticek, R. y Eysenck, H.J. (1990b). Prophylactic effects of Psychoanalysis on cancer-prone and coronary heart disease-prone probands, as a compared with control groups and behaviour therapy groups, *Journal Behavioural Therapy and Experimental Psychiatry*, 21, 91-99.
- Grossarth-Maticek, R. y Eysenck, H.J. (1989). Is media information that smoking causes illness a self- fulfilling prophecy?, *Psychological Reports*, 65, 177-178.
- Grossarth-Maticek, R., Eysenck, H.J., y Vetter, H. (1988a). Personality type, smoking habit and their interaction as predictors of cancer and coronary heart disease, *Personality and Individual Differences*, 9, 479-495.

- Grossarth-Maticek, R., Eysenck, H.J., Vetter, H. y Schmidt, P.** (1988b). Psychosocial types and chronic diseases: Results of the Heidelberg prospective psychosomatic intervention study. En S. Maes, C. Spielberg, P. Defares y I.G. Sarason (Eds.), *Topics in health psychology*, Wiley and Sons, Londres.
- Grossarth-Maticek, R., Bastiaans, J. y Kanazir, D.T.** (1985). Psychosocial factors as strong predictors of mortality from cancer, ischaemic heart disease and stroke: The Yugoslav prospective study, *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 167-176.
- Grossarth-Maticek, R., Kanazir, D.T., Vetter, H. y Jankovic, M.** (1983). Smoking as a risk factor lung cancer and cardiac infarct as mediated by psychosocial variables, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 39, 94-105.
- Grossarth-Maticek, R., Kanazir, D.T., Schmidt, P. y Vetter, H.** (1982). Psychosomatic factors in the process of carcinogenesis, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 38, 284-302.
- Grossarth-Maticek, R.** (1980). Synergistic effects of cigarette smoking, systolic blood pressure and psychosocial risk factors for lung cancer, cardiac infarct and Apoplexy Cerebri, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 34, 267-272.
- Guyll, M. y Contrada, R.J.** (1998). Trait hostility and ambulatory cardiovascular activity: Responses to social interaction, *Health Psychology*, 17, 30-39.
- Helmers, K., Krantz, D., Howell, R., Klein, J., Bairey, N. y Rozanski, A.** (1993). Hostility and myocardial ischemia in coronary artery disease patients: Evaluation by gender and ischemic index, *Psychosomatic Medicine*, 50, 29-36.
- Irvine, J., Basinski, A., Baker, B., Jandciu, S., Paquette, M., Cairns, J., Connolly, S., Roberts, R., Gent, M., y Dorian, P.** (1999). Depression and Risk of Sudden Cardiac Death After Acute Myocardial Infarction: Testing for the Confounding Effects of Fatigue, *Psychosomatic Medicine*, 61, 729-737.
- Jensen, M.R.** (1987). Psychobiological factors predicting the course of breast cancer, *Journal of Personality*, 55, 317-342.
- Jiménez, M.P., Sandín, B., Chorot, P. y Santed, M.A.** (1994). Perceived social support: Relationship with life events and health, *23rd International Congress of Applied Psychology*, 17-22 de Julio, Madrid, España.
- Kanner, A.D., Coyne, J.C., Schaefer, C., y Lazarus, R.S.** (1981). Comparison or two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events, *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 1-39.
- Kassinove, H., Sukhodolsky, D.G., Eckhardt, C.I. y Tsytsarev, S.V.** (1997). Development of a Russian State-Trait Anger Expression Inventory, *Journal of Clinical Psychology*, 53, 543-557.

- Kopp, M.S., Falger, P.R.J., Appels, A.D. Szedmak, S.** (1998). Depressive Symptomatology and Vital Exhaustion Are Differentially Related to Behavioral Risk Factors for Coronary Artery Disease, *Psychosomatic Medicine*, 60, 752-758.
- Lacey, J.L. y Lacey, B.C.** (1958). Verification and extension of the principle of autonomic response stereotypy, *The American Journal of Psychology*, 71, 50-73.
- Lai, J.Y., y Linden, W.** (1992). Gender, anger expression style, and opportunity for anger release determinate cardiovascular reaction to and recovery from anger provocation, *Psychosomatic Medicine*, 54, 297-310.
- Levy, S.M. y Heiden, L.A.** (1990). Personality and social factors in cancer outcome. En H.S. Friedman (Ed.), *Personality and disease*, New York, Wiley.
- Littman, A.B., Fava, M., Mckool, K., Lamon-Fava, S. y Pegg, E.** (1993). Buspirone therapy for Type A behavior, hostility, and perceived stress in cardiac patients, *Psychotherapy Psychosomatic*, 59, 107-110.
- López, A.E., Ramírez, E., Esteve, R, y Anarte, M.T.** (2002). El constructo Tipo C: una contribución a su definición a partir de datos empíricos, *Psicología Conductual*, 10, 229-249.
- Marlowe, D. y Crowne, D.P.** (1961). Social desirability and response to perceived situational demands, *Journal of Consulting Psychology*, 25, 109-115.
- Martínez-Correa, A., y Reyes del Paso, G.A.** (2003). Desarrollo y validación de una escala de sucesos vitales para estudiantes universitarios, *Clínica y Salud*, 14(3), 281-299.
- Martínez-Correa, A., y Reyes del Paso, G.A.** (2002). *Comparación de la eficacia de diferentes métodos de medición del estrés en la predicción de la enfermedad somática*. IV Congreso Internacional de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés, 19-21 de septiembre, Benidorm, España.
- Matthews, K.A., y Glass, D.C.** (1984). Type A behavior, stressful life events, and coronary heart disease. En B.S. Dohrenwend y B.P. Dohrenwend (Eds.), *Stressful life events and their contexts*, USA, Rutgers University Press.
- Mendes De Leon, C.F.** (1992). Anger and impatience/irritability in patients of low socioeconomic status with acute coronary heart disease, *Journal of behavioral Medicine*, 15, 273-284.
- Miguel-Tobal, J.J., Casado, M.I., Cano-Vindel, A. y Spielberger, C.D.** (1997). El estudio de la ira en los trastornos cardiovasculares mediante el empleo del Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo –STAXI-, *Ansiedad y Estrés*, 3, 5-20.

- Miller, N.E.** (1959). Liberalization of basic S-R concepts: Extensions to conflict behaviour, motivation, and social learning. En S. Koch (Ed.), *Psychology: A Study of Science*, New York, McGraw-Hill.
- Miller, S.B., Friese, M., Dolgoy, L., Sita, A., Lavoie, K. Y Campbell, T.** (1998). Hostility, sodium consumption, and cardiovascular response to interpersonal stress, *Psychosomatic Medicine*, 60, 71-77.
- Millon, T.** (1999). *Manual del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II*, Madrid, TEA Ediciones.
- Nyklicek, I., Vingerhoets, A.J., Van Heck, G.L., y Van Limpt, M.C.** (1998). Defensive coping in relation to casual blood pressure and self-reproted daily hassles and life events, *Journal of Behavioral Medicine*, 21, 145-161.
- Peterson, C.R., Semmel, A., von Baeyer, C., Abransom, L.Y., Metalsky, G.I. y Seligman, M.E.P.** (1982). The Attributional Style Questionnaire, *Cognitive Therapy and Research*, 6, 287-299.
- Pettingale, K.W., Morris, T., Greer, S. y Haybittle, J.L.** (1985). Mental attitudes to cancer: An additional prognostic factor, *Lancet*, 1, 750.
- Sandín, B.** (1999). *Estrés Psicosocial*, Madrid, UNED.
- Sandín, B., Chorot, P., Navas, M.J. y Santed M.A.** (1992). Estrés y enfermedad: Inventario de Reacciones Interpersonales de Grossarth-Maticsek y Eysenck, *Revista de Psicología General y Aplicada*, 45, 391-396.
- Sandín, B., y Chorot, P.** (1991). Escala de Síntomas Somáticos. *III Congreso de Evaluación Psicológica*, Barcelona, España.
- Santed, M.A., Sandín, B., y Chorot, P.** (1996). Cuestionario de Estrés Diario (CED). Validez de constructo y el problema de la confusión de medidas, *Boletín de Psicología*, 51, 45-70.
- Schins, A., Honig, A., Crijns, H., Baur, L. y Hamulyak, K.** (2003). Increased Coronary Events in Depressed Cardiovascular Patients: 5-HT(2A) Receptor as Missing Link?, *Psychosomatic Medicine*, 65(5), 729-737.
- Schneiderman, N. y Skyler, J.S.** (1996). Insulin, metabolism, sympathetic nervous system regulation, and coronary heart disease prevention. En K. Orth-Gomér y N. Schneiderman (Eds.), *Behavioral Medicine Approaches to Cardiovascular Disease Prevention*, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates.
- Seisdedos, N.** (1982). *Manual del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo* (versión española), Madrid: TEA Ediciones.
- Siegler, I.C.** (1994). Hostility and risk: Demographic and life style variables. En A.W. Siegman y T.W. Smith (Eds.), *Anger, hostility, and the hearth*, Hillsdale, Lawrence Erlbaum Associates.
- Siegman, A.W., Townsend, S.T., Civelek, A.C., y Blumenthal, R.S.** (2000). Antagonistic Behavior, Dominance, Hostility, and Coronary Heart Disease, *Psychosomatic Medicine*, 62, 248-257.

- Smith, T.W. (1992). Hostility and health: Current status of a psychosomatic hypothesis, *Health Psychology*, 11, 139-150.
- Smith, T.W., Pope, M.K., Sanders, J.D., Allred, K.D. y O'Keeffe, J.L. (1988). Cynical hostility at home and work: Psychosocial vulnerability across domains, *Journal of Research in Personality*, 22, 525-548.
- Solomon, G. (1987). Psychoneuroimmunology: Interaction between central nervous system and immune system, *Journal of Neuroscience Research*, 18, 1-9.
- Spielberger, C.D. (1988). *State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI)*, Odessa, FL., Psychological Assessment Resources (PAR).
- Spielberger, C.D., Jacobs, G., Russell, S. y Crane, R.S. (1983). Assessment of anger: The State-Trait Anger Scale. En J.N. Butcher y C.D. Spielberger (Eds.), *Advances in personality assessment*, Hillsdale, Lawrence Erlbaum Associates.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., y Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*, Palo Alto, California, Consulting Psychologist Press.
- Suárez, E.C., Kuhn, C.M., Schanberg, S.M., Williams, R.B., y Zimmerman, E.A. (1998). Neuroendocrine, cardiovascular, and emotional responses of hostile men: The role of interpersonal challenge, *Psychosomatic Medicine*, 60, 78-88.
- Temoshock, L. (1987). Personality, coping style, emotion and cancer: Towards an integrative model, *Cancer Surveys*, 6, 545-567.
- Temoshock, L., Heller, B.W., Sagebiel, R.W., Blois, M.S., Sweet, D.M., Di Clemente, R.J. y Gold M.L. (1985). The relationship of psychosocial factors to prognostic indicators in cutaneous malignant melanoma, *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 139-154.
- Terada, K., Kawakami, N., Inaba, S., Takatsuka, N., y Shimizu, H. (2000). Rationality/Antiemotionality Personality and selected chronic diseases in a community population in Japan, *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 31-35.
- Vagg, P.R. y Spielberger C.D. (1999). *State-Trait Anger Expression Inventory*, Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Vaux, A., Riedel, S. y Stewart, D. (1987). Modes of social support: The Social Support Behaviors (SS-B) Scale, *American Journal of Community Psychology*, 15(2), 209-237.
- Watson, D., y Pennebaker, J. W. (1989). Health complaints, stress, and distress: exploring the central role of negative affectivity, *Psychological Review*, 96, 234-254.
- Waziri, R. y Wallace, R.K. (1997). Anger expression correlates with platelet aggregation, *Behavioral Medicine*, 22, 174-177.

Whiteman, M.C., Deary, I.J. y Fowkes, G.R. (2000). Personality and social predictors to atherosclerosis progression: Edinburgh Artery Study, *Psychosomatic Medicine*, 62, 703-714.