

# RELACIÓN ENTRE VARIABLES DE PERSONALIDAD. ACTITUDES HACIA LA SALUD Y ESTILO DE VIDA

**\*RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, A.M.; \*\*LEMOS GIRALDEZ, S. Y \*\*\*CANGA ALONSO, A.**  
Universidad de Oviedo

\*Servicio Universitario de asistencia Psicológica

\*\*Departamento de Psicología

\*\*\*Servicio de Prevención

## Resumen

En el artículo que se presenta se ha estudiado la relación de las actitudes hacia la salud y de diferentes variables de personalidad como son el Sentido de Coherencia (Antonovsky, 1987), los tipos de personalidad postulados por Grossarth-Maticek y Eysenck (1990), la Afectividad Negativa (Watson and Clark, 1984) y la Dimensión Cordialidad postulada por Costa y McCrae (1985), con el estilo de vida de los sujetos en una muestra de 209 personas.

Los resultados obtenidos arrojan algunas dudas sobre las relaciones existentes entre las variables de personalidad y el estilo de vida, a la vez que ponen de manifiesto la importancia de las actitudes hacia la salud y de las creencias que las personas tienen acerca de su salud (especialmente del control sobre ésta) en la determinación de dichos estilos de vida.

**Palabras clave:** personalidad, actitudes, estilo de vida.

## Abstract

**Abstract:** In this study the relation between health attitudes and several personality variables, such as sense of coherence (Antonovsky, 1987), personality types proposed by Grossarth-Maticek and Eysenck (1990), negative affectivity (Watson and Clark, 1984), agreeableness (Costa and McCrae, 1985), and healthy lifestyle were analysed in a 209 subjects sample. Results cast some doubt on personality variables as determinants of lifestyles, but highlighted the important role of attitudes and beliefs towards health in the implementation of healthy lifestyles.

**Key words:** Personality, attitudes, lifestyles.

## INTRODUCCIÓN

Actualmente, la mayoría de los autores coinciden en que los factores de riesgo de las principales causas de muerte están constituidos, además de por las variables clásicas de riesgo, por factores comportamentales (Pérez, Robles y Vila, 1996). Lo anterior ha dado lugar que los modelos de salud-enfermedad hayan pasado de estar basados únicamente en la salud física de los sujetos a ser modelos multifactoriales.

En términos generales, estos nuevos modelos de salud-enfermedad hacen referencia al estilo de vida, que se ha definido como el modo general de vivir que tiene una persona y que se basa en la interacción entre las condiciones de su ambiente y sus características personales. Esta interacción estimularía unas pautas individuales de conducta (Porter, Earls y Montgomery, 1988). Se trata, por lo tanto, de un concepto que abarca un grupo heterogéneo de factores; como pueden ser el grado de preocupación por la salud, conductas de riesgo para la salud, creencias de la persona acerca de su salud, la capacidad de afrontamiento de estrés o hábitos como fumar, beber, hacer ejercicio, patrones de sueño, etc. Estos factores se unirían a los determinantes biológicos y a otras características psicológicas de las personas a la hora de actuar sobre el estado de salud de los individuos.

En el caso de los trastornos cardiovasculares; en 1976 Brand, Rosenman, Scholtz y Friedman ya habían señalado que los factores clásicos de riesgo (colesterol, hipertensión, diabetes, etc.), incluso cuando se consideraban juntos, sólo explicaban la mitad de la varianza en la predicción de dichos trastornos. Muchos otros autores han puesto de relieve que aproximadamente la mitad de los casos de nueva aparición no podían explicarse sobre la base de los factores de riesgo clásicos como la hipertensión, el colesterol y el consumo de tabaco (Krantz et al., 1989; Denollet, 1996).

Incluso en las proliferas discusiones sobre cuáles de los componentes del patrón de conducta tipo A son responsables de la propensión de estos sujetos a la enfermedad coronaria se hace referencia a los estilos de vida, ya que se ha señalado que la hostilidad podría afectar al riesgo de enfermedad coronaria a través de su influencia sobre factores de riesgo como el consumo de tabaco y alcohol (Whiteman, Fowkes, Deary y Lee, 1997)

En las últimas décadas ha habido un resurgimiento del interés sobre la influencia que determinadas características de personalidad pueden tener sobre el estado de salud de los individuos. La Psicología de la Salud está teniendo cada vez más en cuenta estos aspectos. La noción de que la personalidad tiene un importante papel en el desarrollo de la enfermedad cuenta con un importante respaldo. (Kobasa, Maddi y Kanh, 1982; Watson y Clark, 1984; Antonovsky, 1987; Friedman y Booth-Kewley, 1987; Ribes, 1990; Friedman et al., 1995; Denollet, 1996; Low et al., 1998; Suárez, Bates y Harralson, 1999).

Uno de los modelos explicativos de la conexión existente entre personalidad y enfermedad que Suls y Rittnerhouse (1990) mencionan tras una amplia revisión de la literatura está estrechamente relacionado con los estilos de vida, ya que entiende la personalidad como un precipitante de conductas de riesgo. Los rasgos de personalidad aumentarían el riesgo de enfermedad al influir en el estilo de vida del sujeto, el cual, si reúne determinados rasgos, se expondría más a situaciones y/o conductas arriesgadas. Así, habría personas en las que los episodios de activación serían más frecuentes que en otras. Lo fundamental para este modelo no es el grado en que se produce la activación fisiológica, sino el número de episodios de activación, aunque también considera la intensidad de la misma. Se propone la posibilidad de que lo que proporciona riesgo de enfermedad podría ser la combinación de diversos hábitos que configuran un determinado patrón de conducta (exposición a situaciones estresantes, tabaco, alcohol, etc.) y no solo un comportamiento aislado. El modelo también asume que determinados rasgos producen estilos de vida estresantes, por lo que no se pueden separar los sucesos vitales estresantes de las características del individuo a la hora de investigar las relaciones entre personalidad-enfermedad, ya que los sucesos vitales estresantes serán más probables en determinadas personas.

La investigación aporta cada vez mayor evidencia que confirma la hipótesis de que los estilos de vida y los hábitos no saludables pueden ser considerados como factores de riesgo de enfermedad, al menos de determinados tipos de enfermedades. También existe suficiente evidencia de las relaciones que los acontecimientos vitales estresantes, los estresores crónicos, las inadecuadas estrategias de afrontamiento que poseen algunas personas, así como los rasgos de personalidad guardan respecto a los estados de salud o enfermedad de los individuos. (Belloch, Breslow y Hochstim, 1971; Puska, Vineola, Kotthe, Salomen y Neittaanmäk, 1981; Winkelstein y Marmot 1981; Snell, Johnson, Lloyd y Hoover, 1991; Bermúdez, Sánchez-Elvira y Pérez, 1993; Friedman et al., 1995).

Este trabajo pretende esclarecer las relaciones existentes entre las variables de personalidad y los estilos de vida, así como entre éstos y las actitudes hacia la salud que presentan los sujetos.

## **METODO**

### **Sujetos**

La muestra del estudio estuvo formada por un total de 209 sujetos de ambos sexos divididos en dos submuestras. La primera de ellas formada por 100 personas (46 hombres y 54 mujeres) que han sido extraídas aleatoriamente del censo de la Universidad y a las que se les han enviado los cuestionarios de evaluación por correo. La media de edad de esta muestra era de 26 años, con una desviación típica de 7,5 años. La segunda muestra, la compusieron 109 sujetos pertenecientes al personal de la Universidad de Oviedo que se han sometido al reconocimiento médico en el Servicio de Prevención de dicha universidad durante el periodo de recogida de datos. Se trata de 58 hombres y 51 mujeres con una media de edad de 38 años y una desviación típica de 7,3 años.

### **Diseño.**

Se trata de un estudio de carácter analítico-descriptivo sobre las relaciones existentes entre las variables de personalidad y el estilo de vida.

### **Materiales e Instrumentos**

Los cuestionarios utilizados en la medida de variables psicológicas y conductuales son los que siguen:

*Cuestionario de salud.* Con el que se han obtenido los datos sociodemográficos, algunos indicadores de salud como el número de consultas al médico, días en cama por enfermedad, etc. En la segunda de las muestras se contó además con indicadores de salud más objetivos como son las variables biológicas (colesterol, tensión arterial, etc.)

Se ha evaluado también diversas conductas de salud como el consumo de tabaco y alcohol, horas de descanso al día, etc.

*Actitud general hacia la salud.* Valora la actitud de la persona hacia diversas conductas de salud. El sujeto señala en una escala Lickert de 1 a 7 la importancia que para él tienen 17 conductas diferentes. Posteriormente se elaboró la variable "actitud general hacia la salud" como la suma de la puntuación de los sujetos en cada una de las 17 conductas de orientación hacia la salud.

### *Medidas de personalidad.*

Mediante el *Short Disease-Proneness Inventory* de Grossarth-Maticek y Eysenck (1990), se obtendrán características de la personalidad consideradas factores de riesgo para el desarrollo de determinadas enfermedades somáticas. El inventario representa la forma psicométrica abreviada del PSQ formulada por estos autores para evaluar los tipos de reacción al estrés psicosocial.

Consta de 70 ítems de dos alternativas (Si-No) y permite evaluar los seis tipos definidos por los autores. El tipo 1 es el de predisposición al cáncer; el tipo 2 es el de predisposición a enfermedades cardíacas; el tipo 3 se caracteriza por la conducta histérica, pero es poco probable que fallezca de cáncer o enfermedades cardíacas; el tipo 4 es el tipo sano, caracterizado por un comportamiento autónomo; el tipo 5, que presenta tendencias racionales y anti-emocionales, sería propenso a la depresión y al cáncer; y el tipo 6, es claramente antisocial, propenso a la adicción a drogas.

En el SDPI hay dos conjuntos de preguntas del tipo 4, unas formuladas en forma positiva y otras en forma negativa, para poder someter a prueba la aquiescencia.

Los tipos 3,4 y 6 pueden ser considerados globalmente como relativamente saludables, en oposición a los tipos 1,2 y 5, que serían insanos.

Schmitz (1992) en una investigación cuyo objetivo fue determinar las relaciones que las variables de personalidad y la forma de reaccionar ante determinadas situaciones estresantes podrían guardar con la enfermedad somática, concluye en apoyo de que los tipos que señalan Grossarth-Maticek y Eysenck (1991) están relacionados con diferentes estilos de afrontamiento y con distintas enfermedades somáticas.

Según los autores del SDPI, la fiabilidad test-retest supera siempre el valor 0,80 y los estudios de validez predictiva que realizaron confirman ampliamente las predicciones al comprobarse que el diagnóstico de cáncer guardó relación con el tipo 1, las enfermedades coronarias con el tipo 2, los tipos 3 y 4 apenas se asocian con enfermedades somáticas, aunque el tipo 3 guardó relación con adicciones; el tipo 5 se relacionó con depresión endógena y con el diagnóstico de artritis reumatoide; y el tipo 6 guarda importante relación con las adicciones.

El *Orientation to Life Questionnaire* (OLQ) de Antonovsky, permite valorar el factor sentido de coherencia (SOC), a través de sus tres componentes, comprensibilidad (el grado en que el sujeto percibe los estímulos que pueden afectarle como estructurados, ordenados y explicables), manejabilidad (el grado en que el sujeto cree poder hacer frente a las demandas de los estímulos) y significado (el grado en que la persona siente que la vida tiene sentido emocional para él y tiene el convencimiento de que merece la pena invertir energía e implicarse en superar algunos problemas y demandas de la vida).

El OLQ consta de 29 ítems medidos mediante una escala Lickert de 7 puntos (aunque existe una versión abreviada de 13 ítems). Los coeficientes de variación de este instrumento indican que la heterogeneidad en las respuestas es considerable (de 0'10 a 0'20), incluso para muestras homogéneas. El alto valor del coeficiente Alpha de Cronbach (0'82-0'95) indica un considerable grado de consistencia y fiabilidad de dicho instrumento. Las relativamente bajas correlaciones (0,54) test-retest no dejan de ser considerables, mostrando una cierta estabilidad de las medidas en un periodo de dos años.

Se utilizó también la dimensión cordialidad del *Neuroticism, Extraversion, Openness-Personality Inventory* (NEO-C) (Costa y Mc Crae, 1985). Esta escala mide el factor sensibilidad a las relaciones interpersonales que hace referencia a la forma en que el individuo se relaciona con los demás, es decir, la orientación positiva o negativa hacia los otros (Avia, 1992; Sánchez-Bernardos, 1992). Este factor se ha postulado como relacionado con la propensión a enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades físicas (Stone y Costa, 1990). Cuanto mayor es la puntuación del sujeto en esta escala menor es su sensibilidad a dichas relaciones (menor su grado de cordialidad).

La medida de la afectividad negativa se lleva a cabo utilizando la *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS) (Watson, Clark y Tellegen, 1988).

Varias investigaciones han señalado que la experiencia emocional estaría determinada por dos dimensiones diferentes e independientes, la afectividad positiva y la afectividad negativa, por lo que es importante estudiar ambas cuando pretendemos comprender las relaciones existentes entre la experiencia emocional y cualquier otro fenómeno (Diener y Emmons, 1984; Watson, 1988; Sandín et al., 1999), como puede ser, en el caso del presente trabajo, el estilo de vida.

Cada uno de los dos grupos de 10 ítems representan únicamente el polo correspondiente a ese factor. No hay ítems referidos explícitamente a los niveles bajos en afectividad positiva o negativa.

Huebner y Dew (1995) en un estudio de validación de la escala PANAS destacaron su elevada validez de constructo. El estudio más reciente de Sandín et al. (1999) no solamente confirma esa elevada validez de constructo en la versión española del PANAS, sino también su elevada fiabilidad y su validez transcultural.

El *Índice de Estilo de Vida* (IEV), al que posteriormente haremos referencia en este trabajo, es una variable compuesta en la que se han incluido el consumo de tabaco, consumo de alcohol, horas de sueño al día, nivel de actividad física y las actitudes hacia la salud.

### Procedimiento

Los sujetos de la primera de las muestras fueron extraídos aleatoriamente de entre los estudiantes de la Universidad de Oviedo a través del censo.

La recogida de información se ha llevado a cabo mediante el envío por correo a 225 personas de las pruebas acompañadas de una carta que explica el objetivo del estudio.

En la segunda de las muestras, los sujetos cumplieron los cuestionarios de forma individual el día en que acuden al reconocimiento médico. No se puso tiempo límite para la realización de los cuestionarios. En esta muestra se añadió una medida psicológica con la que no contábamos en la primera; se trata de la afectividad negativa, que también se ha revelado en algunas investigaciones como un predictor de enfermedad somática.

Para el análisis de los datos se ha utilizado el paquete estadístico SPSS.

## RESULTADOS

Para comprobar si los tipos evaluados a través del SDPI pueden predecir estilos de vida diferentes se ha hecho un análisis de regresión múltiple en el que se han tomado como predictores los seis tipos del SDPI y como criterio el índice de estilo de vida (IEV) y otras variables relacionadas con el estilo de vida como son la cantidad de sucesos vitales estresantes y la capacidad de afrontamiento de estrés. El mismo análisis de regresión se ha repetido, en vez de con los tipos del SDPI, con las demás medidas de personalidad que habíamos obtenido: NEO-C (cordialidad), OLQ (comprensibilidad, manejabilidad, significado) y PANAS (afectividad positiva y afectividad negativa)

Al utilizar como predictores los tipos del SDPI se ha observado que ninguno de ellos explicó un porcentaje significativo de la varianza cuando la variable criterio (VD) era el IEV. Cuando la variable criterio fue el grado de estrés percibido por los sujetos, el tipo 2 del SDPI predijo un 11% de la varianza de dicha variable criterio y los tipos 4 y 1 explicaron un 20 y un 11% respectivamente de la varianza en la capacidad de afrontamiento, con lo que un 31% de la varianza quedaría explicado por los tipos del SDPI. (Ver tabla 1).

### VARIABLE DEPENDIENTE: ESTRÉS

Predictores	r	beta	t	p	Incremento R <sup>2</sup>	C.Contrib.	C. Contrib. %
SDPI TIPO 2	0,33	0,335	5,02	0,000	0,112	0,11	11%

### VARIABLE DEPENDIENTE: CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO

Predictores	r	beta	t	p	Incremento R <sup>2</sup>	C.Contrib.	C. Contrib. %
SDPI TIPO 4	0,50	0,406	6,37	0,000	0,260	0,20	20%
SDPI TIPO 1	-0,42	-0,262	-4,10	0,000	0,317	0,11	11%

**TABLA 1: Relación de los tipos del SDPI con el estilo de vida. Análisis de Regresión (Stepwise).**

Cuando se han utilizado como predictores las variables de personalidad diferentes a los tipos del SDPI que anteriormente hemos señalado se ha observado que la varianza en el IEV sí se ve explicada, aunque en un porcentaje muy pequeño, por la subescala de significado del OLQ. La afectividad negativa y la dimensión de comprensibilidad del OLQ explicaban un 15 y 8% respectivamente de la varianza de la variable criterio estrés. (Ver tabla 2).

VARIABLE DEPENDIENTE: IEV							
Predictores	r	beta	t	p	Incremento R <sup>2</sup>	C.Contrib.	C. Contrib. %
SIGNIFICADO	-0,19	-0,220	-2,32	0,022	0,048	0,04	4%
VARIABLE DEPENDIENTE: ESTRÉS							
Predictores	r	beta	t	p	Incremento R <sup>2</sup>	C.Contrib.	C. Contrib. %
AFEC. NEG	0,44	0,333	3,52	0,001	0,19	0,15	15%
COMPENSIB.	-0,36	-0,239	-2,52	0,13	0,23	0,08	8%

**TABLA 2: Relación de variables de personalidad con el estilo de vida. Análisis de Regresión (Stepwise)**

Con el fin de someter a prueba en qué medida las variables de personalidad predicen las conductas de salud de los sujetos se han llevado a cabo cuatro análisis de regresión en los que se ha utilizado como predictores las diferentes medidas de personalidad y como criterio el consumo de tabaco, consumo de alcohol, actividad física y horas de sueño durante la noche respectivamente.

Se ha observado que las características de personalidad no predicen ningún porcentaje de la varianza entre los sujetos en el consumo de tabaco, consumo de alcohol, ni en el nivel de actividad física, que son las tres variables conductuales que más se han asociado con la salud. Solamente los tipos 4 y 1 del SDPI predicen un 3 y un 2% respectivamente de la varianza en el número de horas que los sujetos descansan durante la noche, variable ésta bastante menos relacionada con el estado de salud que las tres anteriores.

Para comprobar las relaciones entre las actitudes hacia la salud y las conductas de salud y el estilo de vida se han llevado a cabo varios análisis de regresión con las actitudes hacia la salud como predictores, con el fin de someter a prueba si las actitudes predicen las conductas de salud de los sujetos. Las variables dependientes utilizadas fueron el consumo de tabaco, consumo de alcohol, actividad física y horas de sueño por la noche.

En los resultados, que se exponen en la tabla 3, el número de horas que los sujetos duermen realmente se ve predicho por la importancia que éstos dan a esa variable para la conservación de un buen estado de salud.

La actividad física que los sujetos realizan queda explicada principalmente (en un 15% de su varianza) por la importancia que estos dan a la realización de ejercicio físico, aunque otras actitudes han entrado en la ecuación de regresión, el porcentaje de la varianza que explican es considerablemente menor.

La varianza en el consumo de tabaco y alcohol también se ven predichas por lo importante que las personas consideran que es el no fumar y el no beber respectivamente. En el caso del tabaco, la varianza de la conducta que queda explicada por la actitud es del 9% y para el caso del alcohol del 3%.

Es importante señalar que en todos los análisis, además de la actitud directamente relacionada con una conducta de salud determinada, entran también otras actitudes que explican parte de la varianza en la conducta.

**TABLA 3: Relación de actitudes hacia la salud con conductas de salud. Análisis Regresión (Stepwise)**

VARIABLE DEPENDIENTE: HORAS DE SUEÑO							
Predictores	r	beta	t	p	Incremento R <sup>2</sup>	C.Contrib.	C. Contrib. %
Dormir 7/8 horas	-0,30	-0,303	-4,47	0,000	0,092	0,09	9%
VARIABLE DEPENDIENTE: ACTIVIDAD FÍSICA							
Predictores	r	beta	t	p	Incremento R <sup>2</sup>	C.Contrib.	C. Contrib. %
Ejercicio regular	0,34	0,457	6,74	0,000	0,122	0,15	15%
Comprobar tensión anualmente	-0,14	-0,253	-3,58	0,000	0,183	0,03	3%
Domir 7/8 horas	-0,15	-0,174	-2,65	0,008	0,203	0,02	2%
Medidas para reducir el estrés	0,05	0,172	2,47	0,014	0,223	0,008	0,8%
Beber poco alcohol	-0,05	-0,138	-1,99	0,047	0,239	0,006	0,6%
VARIABLE DEPENDIENTE: CONSUMO DE TABACO							
Predictores	r	beta	t	p	Incremento R <sup>2</sup>	C.Contrib.	C. Contrib. %
No fumar	-0,30	-0,304	-4,44	0,000	0,091	0,09	9%
Ejercicio físico regular	-0,18	-0,140	-2,05	0,041	0,164	0,03	3%
Desayunar todos los días	0,13	0,170	2,59	0,010	0,146	0,02	2%
Familiares y amigos íntimos	0,13	0,170	2,58	0,010	0,122	0,02	2%
VARIABLE DEPENDIENTE: CONSUMO DE ALCOHOL							
Predictores	r	beta	t	p	Incremento R <sup>2</sup>	C.Contrib.	C. Contrib. %
Usar cinturón de seguridad	-0,19	-0,176	-2,57	0,010	0,083	0,03	3%
Beber poco alcohol	-0,22	-0,163	-2,30	0,022	0,049	0,03	3%
No fumar	-0,21	-0,156	-2,21	0,028	0,106	0,03	3%

## DISCUSIÓN

En nuestros resultados se ha visto que ninguno de los tipos del SDPI predicen significativamente las diferencias en el índice de estilo de vida (IEV) en el que, como se recordará, hemos incluido el consumo de tabaco, consumo de alcohol, horas de sueño al día, nivel de actividad física y actitudes hacia la salud. Estudios anteriores habían señalado que las correlaciones entre las características de personalidad y los estilos de vida eran más bien débiles (Vingerhoets et al., 1990) y que en los casos en que éstas alcanzaban la significación sus valores eran bajos (0,24 la más alta). Sin embargo, algunos de los tipos del SDPI predicen significativamente dos de las variables psicosociales relacionadas con la salud y con el estilo de vida, como son el grado de estrés percibido por los sujetos (compuesto por la suma del número de sucesos vitales estresantes

y la impresión de vivir en tensión habitualmente) y la capacidad de afrontamiento de estrés. La varianza obtenida en el grado de estrés percibido se ve explicada en un 11% por el tipo 2 del SDPI y la capacidad de afrontamiento de estrés queda explicada por el tipo 4 en un 20% y por el tipo 1 en un 11%.

Que el grado de estrés referido por los sujetos esté relacionado con el tipo 2 de predisposición a la enfermedad coronaria, explicando éste una proporción considerable de su varianza (11%), parece lógico si consideramos la descripción que hace Eysenck (1991) de las personas en las que predomina este tipo de personalidad como sujetos que exageran las perturbaciones que pudieran provocar los sucesos vitales estresantes, haciendo que aumenten los niveles de tensión y malestar (que nosotros hemos considerado como la suma de los acontecimientos vitales estresantes y la impresión de vivir en tensión). Desde el modelo de Eysenck (1991) se supondría, por tanto, que la cantidad de estresores que refieren los sujetos vendría determinada por su personalidad, pero nada impediría suponer que, por el contrario, un gran número de sucesos vitales estresantes fuesen los que provocaran las puntuaciones elevadas de los sujetos en el tipo 2.

Por otra parte, que el tipo 1 de predisposición al cáncer explique el 11% de la varianza en la capacidad de afrontamiento de estrés tampoco es extraño. El postulado de Grossarth- Maticsek y Eysenck (1990) se ve corroborado por estos resultados y las correlaciones negativas que se dan entre las dos variables.

También era de esperar que el tipo 4 (sano) explicara una parte importante de la varianza en la capacidad de afrontamiento (20%) y que la correlación entre ellos fuese significativa y positiva, ya que según el modelo se trataría de personas que reaccionan de forma realista ante los sucesos vitales.

De lo anterior podemos concluir que los ítems del cuestionario de salud que hacen referencia a la cantidad de sucesos vitales estresantes, a la impresión de vivir en tensión y a la capacidad de afrontamiento tienen validez externa cuando se utilizan como criterio los tipos 1, 2 y 4 postulados por Grossarth- Maticsek y Eysenck (1990). Sin embargo, los datos no confirman la hipótesis de que estos tipos de personalidad puedan predecir actitudes o conductas relacionadas con la salud.

Lo que sí puede concluirse es que los sujetos tipo 1 y tipo 2 presentan patrones psicológicos diferenciales de reacción al estrés .

Por lo que se refiere a los demás tipos del SDPI (3, 5 y 6) no se encontró relación significativa alguna con las variables relacionadas con la salud incluidas en el IEV anteriormente señaladas.

Cuando se han utilizado como predictores variables de personalidad diferentes a los tipos del SDPI se ha observado que la varianza en el índice global de estilo de vida (IEV) solamente se ve explicada en parte por la escala de "Significado" del OLQ. Las demás relaciones que se presentan tienen que ver de nuevo con el nivel de estrés percibido por los sujetos, del que la afectividad negativa explicaría el 15% y la dimensión comprensibilidad del OLQ el 8%.

A la luz de nuestros resultados, parece lógico suponer que quizás el papel de las variables de personalidad en el posterior estado de salud de los sujetos no sea tan determinante como a menudo se ha dicho, ya que las actitudes hacia la salud han revelado una mayor relación con las conductas de salud que los sujetos llevan a cabo. Así, las creencias sobre la salud pasarían a un primer plano. La creencia que las personas tienen sobre el control o no de su propia salud (locus de control de la salud) podría ser también un elemento importante, sin necesidad de considerar esta característica como un rasgo de personalidad de carácter inamovible, sino como un modo que los sujetos tienen de enfrentarse a los factores que pueden influir en su estado de salud, percibiéndolos como algo que pueden o no controlar. Como ha señalado Wallston (1992), aplicado al campo de la salud, tener una competencia personal percibida alta (locus de control interno) consiste, en primer lugar, en valorar la salud como un bien muy importante, en segundo lugar, creer que los hábitos de uno pueden influir positivamente en la salud y, en tercer lugar y más importante, creer que se es capaz de realizar esas conductas saludables (Clark, Dodge, 1999).

Todo lo anterior parece tener más que ver con el terreno de las actitudes que con el de las características de personalidad estables.

El estrés percibido y la capacidad de afrontamiento del mismo serán variables ciertamente importantes, pero probablemente determinadas por las anteriores. Las actitudes de los sujetos hacia la salud serían las responsables de que éstos desarrollen un determinado estilo de vida que puede conllevar, entre otras cosas, el que se den más o menos sucesos vitales que la persona perciba como estresantes o el que se desarrollasen un mayor o menor número de factores físicos de riesgo en función de las conductas que el sujeto llevase o no a cabo. En este sentido, nuestros resultados apoyarían los de aquellas investigaciones que abogan a favor de la importancia que las actitudes tienen sobre el estado de salud de las personas y que han encontrado la existencia de relaciones bastante estrechas entre las actitudes y las conductas que las personas llevan a cabo (Bentler y Speckart, 1981; Speckart y Bentler, 1982; Wittenbraker, Gibbs y Kahle, 1983; Fazio y Williams, 1986; Basch, DeCicco y Malfetti, 1989; Kuhner y Raetzke, 1989; Kubicka, Kozeny y Roth, 1990; Wardle y Steptoe, 1991; Steptoe y Wardle, 1992; Meininger, Hayman, Coates y Gallagher, 1998) y específicamente entre las creencias sobre la importancia de las conductas saludables (actitudes hacia la salud) y la frecuencia y recurrencia de dichas conductas, ya que se ha comprobado una clara relación entre las actitudes de los sujetos y las conductas de salud, siendo siempre la actitud que se corresponde directamente con una determinada conducta la que predijo la mayor parte de su varianza. Lo que varias investigaciones en este campo no han demostrado es la existencia de demasiadas relaciones entre las conductas saludables y el conocimiento que tienen las personas sobre la influencia de determinados hábitos comportamentales en el proceso de enfermar (Avis, McKinlay y Smith, 1990; Pérez et al, 1996; Portell, Riba y Bayés, 1997). Lo anterior supone que a la hora de llevar a cabo un programa de prevención no tiene sentido mantenerse sólo en el nivel informativo, sino que éste debería estar apoyado en técnicas de modificación de conducta, ya que supondrían una alternativa más eficaz que las estrategias meramente informativas a las que habitualmente se recurre en las intervenciones preventivas.

Las actitudes, que guardarían relación e implicarían un determinado estilo de vida y, en definitiva, lo que le ocurre al sujeto podrían estar modelando lo que muy a menudo se ha propuesto como "causa"; es decir, las características de personalidad. Así estas últimas pasarían a ser un patrón de respuesta de los sujetos a los acontecimientos que les rodean (no necesariamente tan estables como a menudo se presupone) y no la causa de ellos.

Aún siendo cierto, como anteriormente se ha señalado, que son muchos los estudios que apoyan la tesis de la influencia determinante de las "características estables" de personalidad sobre los estilos de vida y sobre las variables biológicas de riesgo (Rosenman et al., 1975; Matthews, Glass, Rosenman y Bortner, 1977; Haynes, Feinleib y Kannel, 1980; Eysenck, 1987; Friedman y Booth-Kewley, 1987; Eysenck, 1988, 1989; Grossarth-Maticek y Eysenck, 1990; Temoshok y Dreher, 1992; Friedman et al., 1995), los resultados en este campo son, cuando menos, contradictorios. Algunos estudios longitudinales recientes, como el de Twisk, Snel, Kemper y Van Mechelen (1998) que cuenta con un seguimiento de 15 años, han señalado que cuando se estudia la influencia de las características de personalidad en el posterior estado de las variables biológicas y de estilo de vida las relaciones son realmente débiles. En la misma línea concluyeron Sanderman y Ranchor (1997) tras una revisión de la literatura sobre la influencia de la personalidad en el inicio y el curso de la enfermedad coronaria. Lo mismo podríamos decir a la vista de nuestros resultados.

Algunas investigaciones ya habían concluido que los cambios en las actitudes de los sujetos iban muy a menudo asociados a cambios en sus conductas de salud (Calnan y Rutter, 1988; Meininger et al., 1998). Dada la relación que hemos visto en nuestro estudio entre actitudes hacia la salud y conductas de salud, lo anterior parece más que probable.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Avia, M.D. (1992). El enigma de los "Big five": ¿realidad o representación?. *Estudios de Psicología*, 47, 73-87.
- Avis, N.E., McKinlay, J.B. y Smith, K.W. (1990). Is cardiovascular risk factor knowledge sufficient to influence behavior?. *American Journal of Preventive Medicine*, 6, 137-144.
- Basch, C.A., DeCicco, I.M. y Malfetti, J.L. (1989). A focus group study on decision processes of young drivers: reasons that may support a decision to drink and drive. *Health Education Quarterly*, 16, 389-396.
- Belloc, N. B., Breslow, L y Hochstim, J. R: (1971). Measurement of physical health in a general population survey. *American Journal of Epidemiology*, 93, 328-336.
- Bentler, P.M. y Speckart, G. (1981). Attitudes "cause" behaviors: A structural equation analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 226-238.
- Bermúdez, J.; Sánchez-Elvira, A. y Pérez, A.M. (1993). ¿Puede la conducta ser un factor de riesgo coronario? .*A Distancia*, Vol. Otoño 1993.
- Brand, R.J., Rosenman, R.H., Scholtz, R.I. y Friedman, M. (1976). Multivariate prediction of coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study compared to the findings of the Framingham Study. *Circulation*, 53, 348-355.
- Calnan, M. y Rutter, D.R. (1988). Do health beliefs predict health behaviour?. A follow-up analysis of breast self-examination. *Social Science and Medicine*, 26, 463-465.
- Clark, N.M. y Dodge, J.A. (1999). Exploring self-efficacy as a predictor of disease management. *Health. Educ. Behav.*, 26, 72-89.
- Costa, P.T. y McCrae, R.R. (1985). *The NEO Personality Inventory Manual*. Psychological Assessment Resources. Odessa, F.L.
- Denollet, J. (1996). Personality, Emotional Distress and Coronary Heart Disease. *European Journal of Personality*, 11, 343-357.
- Diener, E. y Emmons, R.A. (1984). The independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 1105-1117.
- Eysenck, H. J. (1987). Personality as a predictor of cancer and cardiovascular disease, and the application of behaviour therapy in prophylaxis. *The European Journal of Psychiatry*, 1, 29-41.
- Eysenck, H.J. (1988). Personality, stress and cancer: Prediction and prophylaxis. *British Journal of Medical Psychology*, 61, 57-75.
- Eysenck, H. J. (1989). Psychological factors in the prognosis, prophylaxis and treatment of cancer and coronary heart disease. *Evaluación Psicológica*, 5, 181-198.
- Eysenck, H.J. (1991). Personality, stress and disease: An interactionist perspective. *Psychological Inquiry*, 2, 221-232.
- Fazio, R.H. y Williams, C.J. (1986). Attitude accessibility as a moderator of the attitude-perception and attitude-behavior relations: An investigation of the 1984 presidential election. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 505-514.
- Friedman, H.S y Booth-Kewley, S.(1987). The "disease prone personality". *American Psychologist*, 42, 539-555.
- Friedman, H.S., Tucker, J.S., Schawartz, J.E., Tomlinson-Keasey, C., Martin, L.R., Wingard, D.L. y Criqui, M.H. (1995). Psychosocial and behavioral predictors of longevity: The aging and death of the "Termites". *American Psychologist*, 50, 69-78.
- Grossarth- Maticeck, R. y Eysenk, H.J. (1990). Personality, stress and disease: description and validation of a new inventory. *Psychological Reports*, 66, 355-373.

- Grossarth- Maticeck, R. y Eysenk, H.J. (1991). Creative novation behavior therapy as a prophylactic treatment for cancer and coronary heart disease. Part I –Description of treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 1-16.
- Haynes, S.G., Feinleib, M. y Kannel, W.B. (1980). The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham Study: III. Eight year incidence of coronary heart disease. *American Journal of Epidemiology*, 111, 37-58.
- Kobasa, C. C., Maddi, S. R. y Kahn, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 168-177.
- Krantz, D. S., Schneiderman, N., Chesney, M. A., McCann, B. S., Reading, A. E., Roskies, E., Stoney, C.H. y Williams, R. B. (1989). Biobehavioural research on cardiovascular disorders. *Health Psychology*, 8, 737-746.
- Kubicka, L., Kozeny, J. y Roth, Z. (1990). Alcohol abuse and its psychosocial correlates in sons of alcoholics as young men in the general population of young men in Prague. *Journal of Studies on Alcohol*, 51, 49-58.
- Kuhner, N.K. y Raetzke, P.B. (1989). The effect of health beliefs on the compliance of periodontal patients with oral hygiene instructions. *Journal of Periodontology*, 60, 51-56.
- Low, K.G, Fleisher, C., Colman, R., Dionne, A, Casey. G. y Legendre, S. (1998) Psychosocial variables, age, and angiographically determined coronary artery disease in women. *Annals of Behavioral Medicine*, 20, 221-226.
- Matthews, K.A., Glass, D.C., Rosenman, R.H. y Bortner, R.W. (1977). Competitive drive, pattern A and coronary heart disease: a further analysis of some data from the “Western Collaborative Group Study”. *Journal of Chronic Diseases*, 30, 489-498.
- Meininger, J.C., Hayman, LL., Coates, P.M. y Gallagher, P.R. (1998). Genetic and environmental influences on cardiovascular disease risk factors in adolescents. *Nurse Research*, 47, 11-18.
- Pérez, M.N., Robles, H. y Vila, J. (1996). Importancia de las creencias frente al conocimiento en la práctica de conductas de salud (II): Tabaco, alcohol y otros factores de riesgo. *Revista de Psicología de la Salud*, 8, 113-132.
- Portell, M., Riba, M.D. y Bayés, R. (1997). La definición de “riesgo”: implicaciones para su reducción. *Revista de Psicología de la Salud*, 9, 3-27.
- Porter, P. , Earls, F.J. y Montgomery, A.C. (1988). Life style and patterns of health and social behavior in high-risk adolescents. *Advances in Nursing Sciences*, 11, 22-35
- Puska, P., Vineola, P., Kotthe, T. E., Salomen, J. T. y Neittaanmäk, L. (1981). Health Knowledge and community prevention of coronary heart disease. *International Journal of Health Education*, 24, 1-11.
- Ribes, E (1990). *Psicología y Salud: Un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.
- Rosenman, R.H., Brand, R.J., Jenkins, C.D., Friedman, M., Straus, R y Wurm, R. (1975). Coronary Heart Disease in the Western Collaborative Group Study: Final followup experience of 8 ½ years. *JAMA*, 233, 872-877.
- Sanchez Bernardos, M.L. (1992). La estructura de la personalidad: El enfoque léxico y los “Cinco grandes”. *Estudios de Psicología*, 47, 61-71.
- Sanderman, R. y Ranchor, A. (1997). The predictor status of personality variables: Etiological significance and their role in the course of disease. *European Journal of Personality*, 11, 359-382.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T.E., Santed, M.A. y Valiente, R.M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: Validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11, 37-51.
- Schmitz, P. (1992). Personality, stress-reactions and disease. *Personality and Individual Differences*, 13, 683-691.
- Snell, W.E., Johnson, G., Lloyd, P.J. y Hoover, W. (1991). The Health Orientation Scale: a measure of psychological tendencies associated with health. *European Journal of Personality*, 5, 169-183.

- Speckart, G. y Bentler, P.M. (1982). Application of attitude-behavior models to varied content domains. *Academic Psychology Bulletin*, 4, 453-465.
- Stephoe, A. y Wardle, J. (1992). Cognitive predictors of health behavior in contrasting regions of Europe. *The British Psychological Society*, 31, 485-502.
- Stone, S. V. Y Costa, P. J. (1990). Disease-Prone Personality or Distress-Prone Personality?. The role of Neuroticism in Coronary Heart Disease. En H. S. Friedman (Ed.). *Personality and Disease* (pp 178-200). Nueva York: Wiley.
- Suárez, E.C., Bates, M.P. y Harralson, T.L. (1999). The relation of hostility to lipids and lipoproteins in women: evidence for the role of antagonistic hostility. *Annuary of Behavioral Medicine*, 20, 59-63.
- Suls, J y Rittenhouse, J.D. (1990). Modes of linkages between personality and disease. En H. S: Friedman (Ed.). *Personality and Disease*. Nueva York: Wiley.
- Temoshok, L. y Dreher, A.W. (1992). *The type C connection*. Nueva York: Ramdom House./
- Twisk, J.V., Snel, J., Kemper, H.C., Van Mechelen, W. (1998). Relation between the longitudinal development of personality characteristics and biological and lifestyle risk factors for coronary hearth disease. *Psychosomatic Medicine*, 60, 372-377.
- Vingerhoets, A. J. J. M., Croom, M., Jeninga, A. J. y Menges, L. T: (1990). Personality and health habits. *Psychology and Health*, 4, 333-342.
- Wallston, K.A. (1992). Hocus-pocus, the focus isn't on locus: Rotter's social Learning Theory modified for health. *Cognitive Theory and Research*, 16, 183-199.
- Wardle, J. y Steptoe, A. (1991). The european health and behavior survey: rationale, methods and initial results from the United Kingdom. *Social Science and Medicine*, 33, 925-936.
- Watson, D. (1988). The visissitudes of mood measurement: Effects of varying descriptors, time frames and response formats on measures of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social psychology*, 55, 128-141.
- Watson, D. y Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96, 465-490.
- Watson, D., Clark, L.A. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Whiteman, M.C., Fowkes, F.G., Deary, I.J. y Lee, A.J. (1997). Hostility, cigarette smoking and alcohol consumption in the general population. *Social Science and Medicine*, 44, 1089-1096.
- Winkelstein, W. y Marmot, M. (1981). Primary prevention of ischemic heart disease: Evaluation of community interventions. *American Review of Public Health*, 2, 253-276.
- Wittenbaker, J., Gibbs, B.L. y Kahle, L.R. (1983). Seat-belt attitudes, habits, and behaviours: an adaptative amendment to the Fishbein model. *Journal of Applied and Social Psychology*, 13, 406-421.