

## PERSONALIDAD Y EL BINOMIO SALUD-ENFERMEDAD: UNA REVISIÓN CONCEPTUAL SELECTIVA

Vicente Pelechano<sup>1</sup>

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA (Tenerife)

*"It is very often much more important what person has the disease than what disease the person has"* (Sir W. Osler, padre de la medicina británica)

### RESUMEN

*Se revisan las relaciones entre personalidad y el binomio salud-enfermedad siguiendo aproximadamente el curso histórico del último cuarto de siglo. La personalidad es irreductible a los sustratos biológicos y la evidencia existente apunta a influencias bidireccionales entre conducta, personalidad y biología. El patrón tipo A que comenzó siendo un acicate y una esperanza se ha convertido en un lastre sin apenas vertebración teórica, desgajada de la teoría y modelos de personalidad y con pobres resultados. Los esfuerzos contemporáneos tanto actuariales como de la búsqueda de la personalidad "salutogénica" son esperanzadores aunque incompletos. El autor propone un modelo de parámetros complejo que permita integrar muchos de los resultados conocidos en los que se deben incorporar las nuevas tendencias de conceptos globales como estilos de vida y calidad de vida.*

**Palabras clave:** PERSONALIDAD Y ENFERMEDAD, PERSONALIDAD EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD, PERSONALIDAD SALUTOGÉNICA.

---

<sup>1</sup> Este trabajo es uno de los frutos obtenidos gracias al proyecto PS94-0078 subvencionado por la Comisión Interministerial de Ciencia y Tecnología sobre calidad de vida en la enfermedad crónica. Las opiniones vertidas en el mismo son de exclusiva responsabilidad del autor que ha sido el investigador principal de dicho proyecto.

## SUMMARY

*Relationships between personality and the binomial health-disease are revisited according to historical course of the last 25 years. Personality can't be diluted in its biological substrata and the actual evidence point to bidirectional influences among behavior, personality and biology. The A-pattern that began by being a hope and incentive, has been transformed into an onus with hardly any theoretical model and with very poor predictive results. Contemporary efforts, both actuarial and from parameters, such as the proposal of a "salutogenic" personality offer a hopeful and open panorama in which the absence is noted of models with sufficient power to integrate the known results and able to deduce operative hypotheses. The author defends the search for diverse personality models, paralel to the diversity in ways on conceptualizing disease within the framework of medicine.*

**Key words:** *PERSONALITY AND ILLNESS, PERSONALITY IN HEALTH PSYCHOLOGY, SALUTOGENIC PERSONALITY.*

## I. INTRODUCCIÓN

El estudio de la relación entre personalidad y salud representa una de las tradiciones más largas dentro de la medicina y su relevancia ha corrido pareja a los avatares en el desarrollo del pensamiento médico clásico. Se encuentran referencias a esta cuestión en el *Corpus Hipocraticum* como parte sustancial de la idea de salud como equilibrio (*krasis*), y de enfermedad como cambio (*krisis*) y esta idea general se va plasmando en prescripciones más concretas a lo largo de la historia de occidente<sup>2</sup>. El tema va perdiendo importancia con el desarrollo de la "medicina moderna" y su biologización (modelos fisiopatológicos de enfermedad) hasta los intentos por reducir la medicina

---

<sup>2</sup> Su presencia en la antigua medicina oriental es mucho más intensa y penetrante aunque la idea básica de equilibrio (en este caso, con el universo y de armonía con él), así como del impacto que poseen los sentimientos, los pensamientos y el estilo de vida en la conservación de la salud han pervivido hasta nuestros días dentro de una visión del mundo distinta a la que predomina en occidente después de la implantación generalizada del pensamiento científico. De todas formas, en el desarrollo del tema nos restringiremos al mundo occidental y, dentro de él, al desarrollo dentro del área de influencia del parlamentarismo europeo y americano.

a análisis bioquímico que se opera a lo largo de los últimos 100 años: fisiopatología, microbiología y bioquímica han llegado a conformar límites bastante precisos para la enseñanza y la praxis médica que se aplica y que consume el ciudadano de finales de siglo XX (la “medicina oficial”) y que sin duda ha demostrado su valor en el alivio de numerosos problemas, aunque no han logrado la solución de todos los que existen en el mundo de la salud humana. Las medicinas alternativas, sin embargo, siguen insistiendo en la importancia que poseen elementos funcional-psicológicos en el mantenimiento y/o recuperación de la salud y, en un principio, como secuela del movimiento psicoanalítico, la medicina psicosomática partió y elaboró modos de pensar en los que los elementos psicológicos del funcionamiento personal desempeñaban papeles centrales en la comprensión de la enfermedad y de la salud, aunque su debilidad endémica por lo que se refiere a los procedimientos de operacionalización de variables y contrastación de hipótesis la fue alejando del pensamiento científico y ocupa en nuestros días, un lugar testimonial.

Finalmente, el desarrollo de la medicina comportamental en primer lugar y, casi inmediatamente, la aparición de la psicología de la salud hace casi 30 años, ha vuelto a poner de actualidad una temática que había desaparecido. En los comienzos, debido a la crisis por la que pasó la psicología de la personalidad a finales de los sesenta y gran parte de la década de los setenta (auge del conductismo y las primeras propuestas cognitivas de reducir todo conocimiento de la personalidad a estudios de laboratorio y a “procesos” cognitivos asentados en el tiempo de reacción), la medicina comportamental y la psicología de la salud se ocupaban prioritariamente de parcelas psicológicas comprometidas con el aprendizaje y funcionamiento social; poco a poco la incorporación de opciones cognitivas de mayor calado y la demostración de que la psicología de la personalidad ofrecía modelos bastante más complejos de los que pensaban los psicólogos de la salud en un primer momento ayudaron a una nueva entrada de la personalidad en el estudio de la salud en general y de la psicopatología en particular. Elementos funcionales, dimensionales y procesuales se han ido incorporando y, con ello, se ha promovido un panorama bastante complejo en el que la psicología de la personalidad se está utilizando tanto a niveles preventivos como de tratamiento y de rehabilitación.

Ofreceremos una revisión representativa de las principales opciones que la psicología de la personalidad ofrece para el fomento de la salud, así como para la minoración del sufrimiento personal que conlleva la enfermedad. El

camino recorrido ha ido desde una primera opción clara, aunque con más valor aparente que real, a otras en las que ninguna escuela capitaliza todos los resultados conocidos, dada la complejidad y riqueza de los mismos.

## 2. UNOS PLANTEAMIENTOS BÁSICOS

En un primer análisis del problema podemos distinguir tres puntos de reflexión que representan modos de entender el problema de la relación entre el mundo de la salud y la psicología de la personalidad. El primero de ellos pone en cuestión la relevancia directa de la personalidad para la prevención de las enfermedades, el segundo trata de la relevancia que posee la especificidad o no de formas de personalidad con las distintas enfermedades y el tercero se refiere a la dirección causal de la relación entre salud y personalidad.

### 2.1. Personalidad como susceptibilidad a la enfermedad o personalidad como tendencia al sufrimiento

Un primer punto de reflexión cuestiona si tener un cierto tipo de personalidad representa una mayor probabilidad de sufrir una determinada enfermedad o si, por el contrario, tal especificidad no existe sino que se da un tipo de personalidad que tiende a “sufrir” o a “hacer sufrir” y eso es lo que se encuentra en un análisis desapasionado de los datos provenientes de la psicopatología y de la psicología de la salud. La mayor parte de estos elementos guardan relación con la ansiedad (estrés, neuroticismo, somatización y trastornos somatomorfos).

Esta idea fue elaborada por Stone y Costa (1990) a partir de la diferenciación entre signo y síntoma de enfermedad: el signo se refiere a los indicadores fisiológicos y anatómicos objetivos de la existencia de una alteración. El síntoma es la interpretación psicológica del signo. Así, la hipertensión arterial o la tasa cardíaca son signos, mientras que la sensación de opresión en el pecho o el informe de dolor y/o punzadas en el pecho son síntomas de la enfermedad. Una revisión de trabajos publicados sobre las relaciones entre enfermedad cardiovascular y ciertos atributos de personalidad como premura, hostilidad, competitividad y quejas somáticas llevó a estos autores a concluir que los “indicadores” de enfermedad, por lo que se refiere a morbilidad en muchos de los estudios emplean síntomas y no

signos de enfermedad, por lo que no medirían enfermedad sino sensibilidad o susceptibilidad al sufrimiento<sup>3</sup>. Aparte el análisis racional, estos autores aducen un estudio empírico realizado en Estados Unidos sobre una muestra representativa en el ámbito estatal de adultos mayores a 24 años que comenzaron a ser estudiados en 1971 y de los que se seleccionaron al azar 6,902 para una exploración médica más precisa con historia de problemas cardiovasculares, además de un conjunto de preguntas dirigidas a evaluar el bienestar general. 1,191 de ellos informaron de dolor en el pecho o molestias y 5,711 respondieron que no tenían tales molestias. La media en neuroticismo fue distinta en ambos grupos (y superior en el primero). En un período de seguimiento de 10 años se recogieron datos médicos de todos ellos, con los siguientes resultados: 217 habían muerto como consecuencia de infarto y no se encontraron diferencias entre los vivos de ambos grupos (los que se quejaron de dolor en el pecho y los que decían no padecerlo) por lo que se refería a presencia de alteraciones cardiovasculares. Cuando se aplicó el cálculo de regresión (logística) para la predicción de la mortalidad, las variables que presentaban pesos significativos fueron la edad (tener más de 60 años), nivel de colesterol sérico, género (más los hombres), dolor en el pecho y la conducta de fumar. Las puntuaciones en neuroticismo (personas que tienden claramente al sufrimiento) no parecían ser relevantes para ser candidatas a infarto<sup>4</sup>. Estos resultados hablan de la necesidad de diferenciar

---

<sup>3</sup> Una interpretación alternativa apuntaría a que las relaciones entre signo de enfermedad y personalidad por un lado y síntomas y personalidad por otro significan cosas muy distintas. La primera relación sería la "verdadera" argumentación causativa o de covariación entre elementos que hasta el momento se han considerado como "independientes"; en el segundo caso, la "sintomatología" de la enfermedad incorpora elementos de personalidad (las "interpretaciones psicológicas" de los signos físicos de enfermedad), por lo que existiría un contagio entre unos y otra. Esta diferenciación entre signo y síntoma, que posee un considerable valor didáctico no es aceptada por todos los estudiosos porque a su base lleva una idea determinada de enfermedad que puede variar en función de la "escuela médica" de que se trate. De esta forma, lo que para unos es un síntoma, para otros puede ser un signo. Esta diferenciación se ha planteado hace tiempo ya en psicopatología con una polémica similar. Quede abierto el tema aquí puesto que el posicionamiento ante el mismo es una cuestión que va mucho más allá de los datos y argumentos presentados por los autores que estamos comentando en este apartado.

<sup>4</sup> Esta afirmación debe ser matizada en el sentido de que aquellas personas con una puntuación alta en estado de ansiedad (no en rasgo de ansiedad) presentan una mayor reactividad cardiovascular y, por lo mismo, tendrían un mayor riesgo en el caso de hipertensión arterial (y de ahí, mayor riesgo de un problema cardíaco grave).

atributos de personalidad, niveles de consolidación y ciertas propiedades de estos atributos a la hora de estudiar las relaciones entre personalidad y enfermedad y que, desde aquí, los resultados que han sido publicados deberían ser reinterpretados con el fin de ubicarlos en el lugar más adecuado.

## 2.2. El problema de la especificidad: “personalidad y enfermedad” o “personalidad para cada enfermedad”

Una segunda cuestión se refiere a la especificidad o no de las relaciones entre personalidad y enfermedad. Las posiciones pueden ordenarse a lo largo de un continuo en uno de cuyos extremos se encontraría una inespecificidad (el estudio tradicional de las relaciones entre estrés y enfermedad, por ejemplo) y en el otro se encontrarían las que hemos denominado “psicología de los patrones” o la personalidad del abecedario.

En los comienzos de la investigación sobre el estrés (Pelechano, Matud y de Miguel, 1993) ya se recogió la idea de inespecificidad por parte de Selye que defendía la existencia de una reacción general “de manera de enfermar”, que posteriormente se denominó síndrome general de adaptación” y que se podía encontrar en todas las enfermedades y hasta organismos. Grossarth-Maticek y Eysenck (1995) recientemente comenzaban la presentación de su último trabajo tipológico con un aforismo clásico: *mens sana in corpore sano* que puede entenderse de forma similar en el polo de la salud (frente al de Selye de investigación de la enfermedad) y una tendencia similar parece encontrarse en el punto opuesto al de la enfermedad, en la defensa de una “personalidad saludable” o “salutogénica” (Grossarth-Maticek y Eysenck, 1995; Antonovsky, 1977, 1990; Hinkle y Wolff, 1957).

En el otro polo se encuentran situados autores y tradiciones de investigación en las que se defienden constelaciones concretas de atributos personales para distintos tipos de enfermedad y, más en concreto, para enfermedades cardiovasculares y cáncer, como las dos que han ofrecido mayor número de publicaciones al respecto. Esta orientación es la que estaba presente en el estudio del patrón de conducta tipo A (Friedman y Rosenman, 1974) o la propuesta de una “personalidad tipo C” en la que predominaría sintomatología depresiva para identificar al enfermo oncológico o la hipótesis provocativa de Grossarth-Maticek y Eysenck (1990, 1995) de cinco tipos de personalidad que tienden a sufrir determinadas alteraciones además de un

sexto tipo “saludable”. La polémica entre ambas orientaciones representa un rico campo de publicaciones y existen datos a favor y en contra de cada una de ellas.

### **2.3. La personalidad como causa o como consecuencia**

Un tercer polo de discusión se refiere a esta cuestión: si la personalidad representa un foco causal de determinadas enfermedades o, por el contrario, si son las enfermedades las que conforman las formas de ser personal. En el primer caso, la personalidad es una variable independiente que debe tomarse en cuenta en las campañas preventivas; en el segundo, es un efecto que debe ser tomado en consideración para que el enfermo reciba la ayuda necesaria y en este sentido, el tratamiento psicológico sería una parte del tratamiento general de la enfermedad.

Existen líneas de investigación representativas de ambas orientaciones generales: por un lado, campañas preventivas orientadas a promover un estilo de vida sana, que exigen cambios comportamentales concretos y que llevan a la base una idea clara de la relación entre estilo personal y salud. Por otro lado, parece claro que la enfermedad (y a veces como consecuencia de sucesos discretos graves como un traumatismo craneal o un ataque de fiebre) tiende a llevar aparejadas una serie de restricciones respecto a situaciones anteriores y, por ello, promueven cambios en personalidad que deberían ser tomados en consideración con el fin de ofrecer ayudas eficaces a las personas que sufren de estas condiciones médicas.

### **3. UN PRIMER ACERCAMIENTO ILUSTRATIVO: EL PATRÓN TIPO A**

De antiguo se viene reconociendo la importancia que poseen elementos de reactividad situacional así como diferencias temperamentales en la aparición de problemas cardiovasculares hasta el punto que desde una consideración lega y/o común de la cuestión se hace responsable al enfermo, en buena cuenta de sufrir un infarto (porque se “toma las cosas demasiado en serio”), lo que no sucede en otro tipo de enfermedades como cáncer, enfermedad renal terminal, tuberculosis, artrosis o fibrosis quística. Se sabe, además, que las enfermedades cardiovasculares son responsables de cerca de la mitad de muertes al año en los países occidentales y que se han recomendado, tratamientos preventivos que consisten en cambios en estilos de vida.

### 3.1. Concepto, evaluación y componentes

A comienzos de los cincuenta, dos cardiólogos que trabajaban en San Francisco, Meyer Friedman y Ray Rosenman detectaron que muchos de sus enfermos parecían tener unas características comunes que fueron aislando en sucesivos trabajos y que plasmaron en una monografía *La conducta tipo A y tu corazón* (*Type A Behavior and Your Heart*, 1974) que se convirtió no solamente en una línea editorial sino que animó a cristalizar una línea de trabajo dirigida a delimitar el valor pronóstico de este patrón para la prevención de las enfermedades cardiovasculares y promovió una polémica que no se ha acallado todavía en nuestros días.

Friedman y Rosenman (1974, p. 67) definieron el patrón tipo A como “un complejo de acción-emoción que puede ser observado en toda persona que está agresivamente involucrada en una lucha crónica, incesante, para lograr más y más en menos y menos tiempo, y si se requiere hacerlo así, frente a los esfuerzos en contra de otras cosas y otras personas”. El análisis conceptual de esta definición ha llevado a aislar una serie de componentes: (1) competitividad y esfuerzo de logro, (2) urgencia temporal e impaciencia, (3) hostilidad y agresión. Algún autor (Glass, 1977) ha subsumido todos estos componentes en uno que sería (4) la necesidad de control.

Estas notas no resultan muy precisas y, por lo mismo, difíciles de apresar a menos que se ofrezcan instrumentos que permitan su operacionalización, puesto que los conceptos apuntados cubren campos comportamentales muy diversos. Se han utilizado marcadores del tipo A que incluyen tasa y volumen del habla, gestos y comunicación no verbal, así como escalas de observables y cuestionarios que, desgraciadamente, no han presentado un patrón de correlaciones coherente (en algunos casos, las relaciones han sido alrededor de cero cuando no negativas entre los distintos instrumentos y dimensiones propuestas).

Posiblemente el procedimiento de evaluación que desde los comienzos se convirtió en el criterio de referencia obligado y el que gozó de mayor prestigio desde estos comienzos es la Entrevista Estructurada (*Structured Interview*), que es una entrevista tipificada que dura entre 10 y 15 minutos y en la que el entrevistador sigue un guión de manera estricta; la entrevista es registrada (video o audio) y es calificada por una persona distinta a la que ha realizado la entrevista. Se parte de la idea de que el patrón A se presenta con mayor claridad en situaciones estresantes y, por lo tanto se trata de emplear un estilo “provocador” mientras se realiza la entrevista. Se incluyen cuestiones sobre

ambición, agresividad y urgencia temporal aunque es mucho más importante el estilo de respuesta que su contenido concreto. El entrevistador actúa de forma "profesionalmente fría", tiende a retar directamente al sujeto, interrumpe con frecuencia porque se supone que esto irrita al sujeto, tartamudea en algunas cuestiones para provocar que el sujeto "termine" las frases y, finalmente. Se formulan algunas cuestiones sobre situaciones de reto real en la vida del sujeto y se anotan las reacciones ante esa rememoración.

En función de las respuestas recogidas se sitúa al sujeto en una de las siguientes categorías: (A-1) o patrón de conducta totalmente desarrollado; (A-2) muchas características presentes del tipo A, aunque no el patrón completo; (X) número similar de características A y B y (B) pocas o ninguna característica tipo A.

Se han desarrollado sistemas de calificación para valorar independientemente las dimensiones teóricas comprometidas con una fortuna desigual: Price (1982) recogió 31 características distintas que se habían propuesto como índices del tipo A y que presentaban una escasa relación entre ellas. Posiblemente el instrumento más utilizado es el cuestionario de Jenkins (*Jenkins Activity Survey*, Jenkins y Friedman, 1967) que se elaboró a partir de las cuestiones planteadas en la entrevista estructurada. Para niños se han propuesto asimismo distintas medidas, la más empleada es, probablemente, el Test de Salud Juvenil de Matthews (*MYTH, Matthews Youth Test for Health*, Matthews y Angulo, 1980) a cumplimentar por padres y/o profesores, aunque existen dudas más que razonables respecto a la adecuación del instrumento y/o validez del constructo que subyace al MYTH respecto al tipo A.

### 3.2. Resultados de valoración

Por lo que se refiere a la validez del patrón de conducta tipo A los resultados no parecen encontrarse de su parte. Como *factor de riesgo* de enfermedad existen estudios epidemiológicos y prospectivos con resultados un tanto disonantes y que exigen explicaciones contrastables que no se han formulado hasta el momento de forma convincente. Así, por ejemplo, en el *Western Collaborative Study* que comenzó en los cincuenta de este siglo, Friedman y Rosenman (1960) presentaron los resultados correspondientes a 8 años y medio de seguimiento, la tendencia de los resultados parecía clara a favor de la importancia del patrón A como factor de riesgo de muerte por

enfermedad cardiovascular (incremento de riesgo relativo de muerte). Raglan y Brand (1988) presentaron datos correspondientes al mismo estudio aunque con un período de seguimiento de 22 años y los resultados fueron los opuestos a los previstos: tener un patrón tipo A era una cierta garantía de supervivencia, el paso de A a B a lo largo del ciclo vital representaba un incremento en el riesgo de muerte (lo contrario si el paso era de B a A). Este tipo de resultados tienden a repetirse en otros trabajos (Matthews y Haynes, 1986) y ya se encontraban presentes a nivel empírico y teórico a finales de los setenta cuando se propuso que existían predictores distintos para angina que para infarto, así como para distintos niveles de edad. Coyne, Ellard y Smith (1990) señalan en los resultados más importantes del estudio de Michigan sobre el corazón una influencia decisiva del apoyo social en el mantenimiento de la vida tras infarto de miocardio siempre que este apoyo se entienda no en un modelo transaccional de reciprocidad sino de indiferenciación de funciones aunque con una concepción de convivencia "natural" en la que no existen elementos discretos de reparto de funciones explícitas (esta forma de entender la convivencia y el apoyo personal era más importante que los atributos personales o los índices biológicos a la hora de predecir las tasas de supervivencia).

Booth-Kewley y Friedman (1987) llevaron a cabo un meta-análisis de resultados predictivos con distintos instrumentos sobre tipo A y ordenaron los estudios en dos grupos: los publicados antes y después de 1977. En todos los criterios menos uno, los trabajos publicados mostraron una disminución significativa en poder predictivo en el segundo período analizado respecto al primero (la excepción fue depresión, que pasó de un 3,61% de varianza explicada a un 7,84% a partir de 1977). De todas formas, este 7,84 era el porcentaje de varianza más alto, seguido por la entrevista estructurada que alcanzó un promedio de 7,29% y que, para ser el mejor instrumento, los mejores porcentajes de predicción y con todos los problemas métricos que posee, no es mucho. Resultados de enfermos con hipertensión arterial grave realizados en Canarias por el grupo de investigación del autor de este capítulo han ofrecido resultados en esa misma línea, cuando no resultados contradictorios.

### *3.3.1. Acerca de la prevención y la predicción del patrón A*

Los resultados que se mencionan en el texto no son los únicos que existen aunque los publicados van en esa misma dirección. Esta divergencia merece

unas líneas de comentario que permitan aclarar o, al menos, posibiliten estudios más precisos. Sin pretender agotar las posibilidades explicativas habría que señalar, al menos, las siguientes:

(1) Es posible que los predictores de un mismo fenómeno (en este caso las alteraciones cardiovasculares) sean distintos para distintas fases evolutivas. La aparición de infarto en los treinta años de edad puede ser un fenómeno regido por distintos tipos de variables que las que se encuentran en el caso del infarto a partir de los 60 años. Incluso sin negar el valor del patrón de conducta tipo A, es posible que el referente funcional de los atributos del patrón A puede ser distinta en distintos contextos de vida (esto es, que el patrón fuese menos general de lo que se ha pensado hasta el momento). Así, vaya por caso, en el primer caso nos encontraríamos con un referente básico en el mundo laboral mientras que en el segundo caso es muy posible que el referente de los atributos comportamentales haya que buscarlos en el seno de la familia.

(2) Es posible, asimismo, que los componentes (en todo o en parte) del patrón A posean un distinto valor funcional en distintas edades, por lo que su valor predictivo podría ser distinto y hasta opuesto en unos y en otros casos. Esto promovería la obtención de coeficientes de determinación de signo opuesto en dos fases evolutivas distintas y la necesidad por reconceptualizar los atributos tipo A como más interactivos y menos estables en valor predictivo de lo supuesto hasta el momento.

(3) Es posible, asimismo, que el patrón A represente un primer rastreo y umbral de selección biológica pero que los que pasan este período son sensibles a otro tipo de variables o, en todo caso, las mismas variables actuarían a partir de aquí de manera opuesta.

Todas estas líneas argumentales van en contra del supuesto de relaciones lineales, simples e invariantes en el caso del patrón A y las enfermedades cardiovasculares, por lo que los estudios evolutivos y la comparabilidad que a partir de estos estudios se entresaque resulta algo esencialmente discutible y debería ser sometido a revisión.

(4) Una cuarta posibilidad es suponer que exista un diferente poder predictivo para los distintos componentes del patrón en distintas enfermedades cardiovasculares. Así, vaya por caso, el paro cardíaco primario y el accidente cerebro-vascular serían distintos entre sí y distintos del infarto. Por plausible que sea esta posibilidad, su contrastación exigiría el análisis del poder de cada uno de los componentes para cada tipo de enfermedad cardiovascular lo que, siendo un tipo de razón bastante simple y posible de realizar, no ha sido un tema que haya preocupado a los psicólogos del patrón

tipo A. Y un reanálisis de los resultados apelando a esta hipótesis resulta prácticamente imposible de hacer debido a la indiferenciación respecto a estos componentes en los estudios realizados y/o a la inespecificidad de las evaluaciones realizadas respecto a estos componentes.

(5) Una quinta posibilidad se refiere al análisis estructural de los componentes que forman el patrón tipo A. Se encuentran presentes tanto elementos estilísticos "reactivos" ante una situación muy concreta como aspectos más relacionados con contenidos psicológicos cuya generalización a distintos ambientes se encuentra por demostrar, así como su plasmación concreta en los ambientes laborales, familiares y de ocio. Suponer que en una entrevista de corta duración o en un único cuestionario relativamente corto, se encuentran recogidas todas estas consideraciones resulta un tanto ingenuo y alejado del quehacer experimental y teórico de la psicología de la personalidad.

Por otro lado, los resultados acerca de las correlaciones entre los distintos componentes han sido decepcionantes puesto que los coeficientes han sido más bien bajos. Esta escasa correlación entre los atributos supone que no se trata de un elemento funcionalmente homogéneo, por lo que apenas podría hablarse propiamente de un *patrón* general. Es posible que el poder predictivo se de en aquellos casos en los que este complejo de atributos presente altas correlaciones entre sí, lo que sucedería en unos grupos (precisamente los que poseen riesgo de alteración cardiovascular) y no en otros (en el resto de la población). Si esto fuera así, la lógica del discurso de investigación así como de sus aplicaciones debería ser refundida en el sentido de estudiar en primer lugar esta relación estructural y, si se da, seguir con los estudios de seguimiento. De rechazo, una primera implicación de esta opción sería la de modificar la lógica de evaluación (de "dimensiones" a "estructura") y una segunda implicación sería que debería estudiarse cuando y en qué circunstancias se da la estructura relacional del patrón A y en qué otras circunstancias no se da, para poder afinar, restringir y modular los resultados y las predicciones. En ausencia de estas cualificaciones, los resultados que se obtengan seguirán siendo confusos y con un valor predictivo tan magro como el que se ha obtenido hasta el momento.

### 3.3.2. *La modificación del patrón de conducta tipo A*

Otro grupo de estudios se ha dirigido al *cambio del patrón tipo A*. Levenkron, Cohen, Mueller y Fisher (1983), Roskies et al. (1986) y antes

el grupo de Powell (1984) abrieron una línea de investigación con resultados coherentes y que se han repetido desde entonces: Los diversos programas de intervención dirigidos al logro del cambio en enfermos post-infartados y en poblaciones de alto riesgo han demostrado que existe posibilidad de cambio positivo del patrón tipo A (pasar de un patrón A claro a otro menos intenso, o a un tipo B), pero no se observan cambios en la tasa de mortalidad, ni en signos de la enfermedad cardiovascular.

### 3.3.3. *Validez diferencial*

Un tercer grupo de resultados se refiere a la *validez diferencial* y/o a la especificidad del patrón A. Es muy posible que hasta los mejores estudios publicados adolezcan de un problema serio: en ellos han participado, en el mejor de los casos, un grupo “experimental” compuesto por enfermos con problemas cardiovasculares y un grupo de “control” formado por sujetos “sanos”. En este tipo de estudios, el hallazgo de diferencias significativas ha llevado a atribuir la responsabilidad de las diferencias a las alteraciones cardiovasculares, lo que resulta una inferencia arriesgada y, desde luego, no justificada. Es muy posible que este tipo de diferencias se encuentre también cuando se llevan a cabo comparaciones entre sanos y otros grupos de enfermos crónicos, o al comparar grupos distintos de enfermos crónicos entre sí, con lo que la “especificidad” de las diferencias no exista. Para ello se requieren trabajos en los que participen más de un grupo de enfermos crónicos (distintas enfermedades crónicas), aparte de personas no enfermas. Cuando hemos hecho trabajos de este tipo (Pelechano, 1992) la inespecificidad y las contradicciones frente a las hipótesis del patrón tipo A han sido la tónica y los resultados alcanzados en esta ocasión se han repetido cuando se ha ampliado la muestra y se ha modificado la unidad de análisis; estos resultados son bastante más complejos e inespecíficos que los que pretenden los defensores de esta psicología de la personalidad de los patrones tipo A, B o C (Pelechano, 1994, 1996c): cuando hemos utilizado otros grupos de enfermos crónicos, hemos encontrado características tipo A más acusadas en diabéticos insulínodpendientes, hemodiálisis y nefrópatas que en hipertensos graves.

En definitiva, el patrón de conducta tipo A representó el reconocimiento de la relevancia de factores no biológicos en la génesis de cierto tipo de enfermedades cardiovasculares. El esfuerzo de los autores para que se

reconociera en el mundo médico como factor de riesgo tuvo sus frutos por parte de varias sociedades cardiológicas. Curiosamente, cuanto el reconocimiento llegó, comenzaron a ser más frecuentes los resultados desfavorables debido, entre otras cosas, a la carencia de instrumentación adecuada, falta de vertebración teórica y problemas metodológicos y de diseño. Todos estos esfuerzos han servido, entre otras cosas, para dos cosas fundamentalmente: la primera, para llamar la atención de los investigadores en el estudio de la personalidad hacia el campo de la salud (de manera un tanto distinta al de la clínica psicológica), con lo que han reorientado modelos y procedimientos que han posibilitado la aparición de opciones nuevas y más potentes y, en segundo lugar, la aparición de estas opciones ha reobrado sobre algunos de los autores que siguen trabajando en el patrón tipo A para afinar tanto su concepción como su medición.

#### **4. UNA PROPUESTA GENÉRICA: TRES MODELOS DE PERSONALIDAD COMO “DETERMINANTE” DE LA ENFERMEDAD**

En la medida en que se trata de abordar relaciones entre personalidad y disfunciones biológicas, se ha planteado desde una óptica más general a la que se ha presentado más arriba, proponiendo líneas teóricas vertebradoras de las relaciones entre sistemas orgánicos por un lado y funciones psicológicas por otra o, alternativamente, se ha tratado de vehiculizar las relaciones entre el mundo fisiológico y la personalidad. En el primer caso se han propuesto la existencia de grandes “sistemas de respuesta” orgánicos que se encuentran a la base de fenómenos de personalidad y, en el segundo caso, se han ofrecido reanálisis teóricos que permiten pensar en relaciones entre personalidad y alteraciones fisiológicas.

##### **4.1. Los cuatro sistemas de respuesta**

Contrada, Leventhal y O’Leary (1990) han propuesto cuatro sistemas fisiológicos para agrupar las influencias de la personalidad sobre la enfermedad. Estos cuatro sistemas poseen entidad cada uno de ellos por sí mismos y además, interactúan entre sí y su actividad resulta afectada por la conducta e influyen sobre ella.

#### 4.1.1. Sistema simpático adrenomedular (SAM)

Llamado también sistema “de esfuerzo”, que se encuentra estrechamente relacionado con emociones agudas tales como miedo o cólera y en el que la adrenalina, noradrenalina y otras catecolaminas ocupan un lugar importante.

#### 4.1.2. Pituitario adreno-cortical (PAC)

“Sistema de conservación - huida” o también llamado “de sufrimiento”. Su actividad se encuentra potenciada en fenómenos de pérdida social, depresión clínica, estrés crónico y ansiedad, sentimientos de ser sobrepasado por amenazas y sentirse incapaz de resolver los problemas que se tienen planteados. Un resultado importante de estas situaciones es la liberación de hormona adrenocorticotrofa (ACTH) y corticoesteroides (cortisol en primates y en seres humanos).

#### 4.1.3. Sistema de comunicación de péptidos

Llamado también sistema de estrés más dolor y con elementos activos tales como opiáceos naturales, colecistoquinina, sustancia P, polipéptidos intestinales vasodilatadores, insulina y angiotensina (en periferia y partes laterales del sistema nervioso central). En situaciones de fuerte estrés y de dolor intenso se han detectado secreciones de opiáceos en ciertas partes del sistema nervioso central y en la periferia corporal que funcionarían como “amortiguadores naturales” del dolor. Se han encontrado opiáceos naturales en cantidades superiores a las normales en el autismo y ciertos casos de trastornos de personalidad que cursan con explosiones de violencia (en los dos casos se han relacionado los opiáceos naturales con la realización de conductas autodestructivas, encaminadas a “buscar” estimulación que elimine estos niveles altos de opiáceos; en ambos casos, sin embargo, no se ha identificado todavía la enzima concreta responsable de tales cambios).

#### 4.1.4. Sistema inmunológico

Las funciones básicas del sistema inmunológico son la vigilancia, identificación y destrucción de patógenos cuya disminución o incremento promueve una sensibilización hacia las enfermedades. Existen dos tipos princi-

pales de respuestas inmunitarias, las innatas (o no adaptativas en el sentido de no modificables) y las adaptativas (respuestas muy específicas ante agentes patógenos concretos y que el organismo "recuerda" para ocasiones posteriores, como sucede en el caso de las respuestas ante el sarampión y la difteria). Las respuestas inmunitarias son producidas por leucocitos de los que pueden diferenciarse los siguientes tipos: (a) *células fagocitarias* como los monocitos, macrófagos y neutrófilos polimorfonucleares que se unen a los agentes patógenos, los introducen en su interior y los destruyen (muchas de estas células derivan de las células primordiales de la médula ósea); (b) *linfocitos* que reconocen específicamente a los patógenos y de los que existen dos categorías básicas: las células B (que promueven la liberación de anticuerpos) y los linfocitos T (que ayudan a formar las células B, a destruir los anticuerpos y al reconocimiento de las células infectadas por virus); (c) *células citotóxicas* que poseen la capacidad para destruir a otras células entre las que se encuentran los linfocitos Tc, los eosinófilos, linfocitos granulares grandes (LGL) y las células NK o "destructoras naturales"; y (d) *células auxiliares* que influyen en el desarrollo de la respuesta inmunitaria, tales como los basófilos, los mastocitos y las plaquetas, que secretan mediadores que propician el disparo de la respuesta inmunológica.

Básicamente el sistema falla bien por el reconocimiento erróneo de los antígenos propios (enfermedades autoinmunes como la artritis reumatoide y la anemia perniciosa), por una respuesta inmunitaria ineficaz como en el caso del SIDA, por una respuesta inmunitaria hiperactiva que es lo que sucede en los fenómenos de hipersensibilidad (respuesta inmunológica ante un antígeno inofensivo como puede ser una molécula alimentaria) como en la fiebre del heno o el asma, o finalmente, en el caso de que el sistema inmune dé la respuesta correcta pero indeseable desde el punto de vista de la medicina moderna, como sucede en el rechazo de injertos o en transfusiones sanguíneas.

Aunque las relaciones funcionales exactas entre la conducta, las funciones endocrinas, el estado inmunológico y la progresión de la enfermedad no son bien conocidas, en la actualidad parece fuera de toda duda la existencia de relaciones entre los estados emocionales y la actividad de este sistema, bien sea directamente, bien sea a través de las interacciones de los otros sistemas con éste (cf. por ejemplo el manual compilado por Glaser y Kielcolt-Glaser, 1994).

El modelo general que se sigue al considerar la relación lineal y causal entre acontecimientos de vida, funcionamiento del sistema inmunológico y

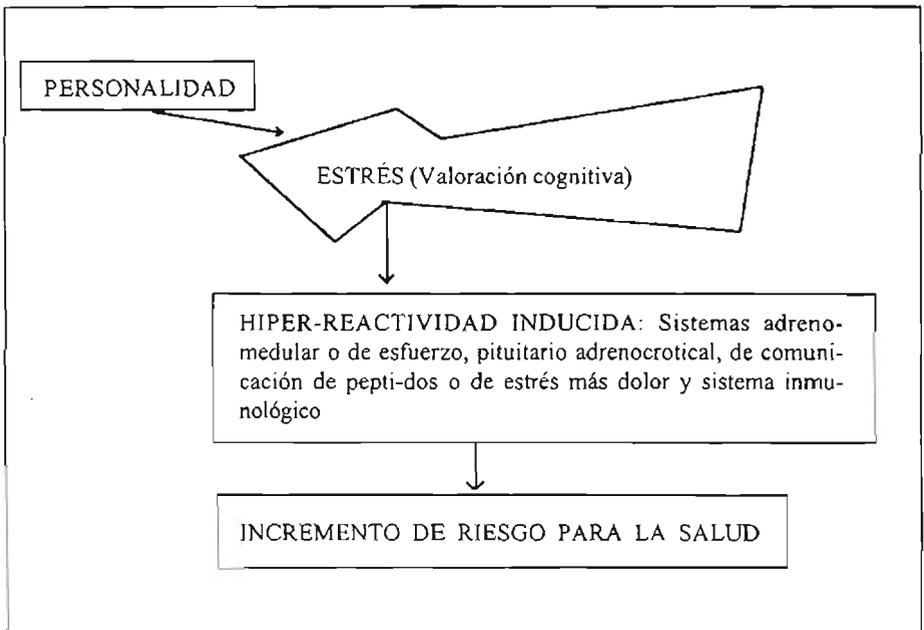
el binomio salud-enfermedad representa un supuesto que guía un numeroso grupo de investigaciones aunque la evidencia empírica de la secuencia total sigue siendo escasa. Se supone que las situaciones y/o sucesos vitales estresantes inciden sobre el funcionamiento del sistema inmune en el sentido de perturbar su funcionamiento y esta perturbación es la responsable de la aparición de la enfermedad.

Este modelo suscitó una polémica agria durante la década de los ochenta en una de las revistas de medicina más prestigiosas: *New England Journal of Medicine*. En 1985, un editorial de Angell criticaba con dureza los modelos que intentaban unir procesos mentales con enfermedades físicas aunque la crítica, fundamentalmente metodológica, se asentaba sobre el análisis de un trabajo publicado hacía más de 20 años. En 1991, otro editorial de la misma publicación (Swartz) ofrecía una imagen radicalmente distinta y mucho más benevolente con estos esfuerzos. Los cambios han sido ayudados por la inclusión de un mayor rigor metodológico y mayor riqueza de análisis y tipos de discurso en los trabajos publicados pese al reconocimiento de las grandes dificultades que existen. Restricciones de tipo ético (procedimientos no agresivos, tipo de intervención y compuestos analizados, tipos de órganos y cómo se analizan) y procedimental (análisis de reacciones a lo largo del tiempo, estudio de interacciones entre sistemas funcionales psicológicos y pobladores del sistema inmunológico, estudios de interacciones a lo largo del tiempo), así como generalización de resultados de laboratorio al mundo social son todos elementos que deben ser tomados en consideración a la hora de ofrecer una imagen mesurada de esta alternativa que se presenta con mucho futuro pero que no posee un apoyo experimental serio más allá de resultados "demostrativos" sobre alteraciones físicas no muy graves (resfriados comunes y algún estudio sobre gripe). Los segmentos parciales (estrés-inmunología; inmunología-salud y estrés-salud) poseen un considerable volumen de evidencia aunque en ningún caso se supone que la existencia de relaciones en dos de cada uno de los elementos a considerar supone una relación estable y lineal con el siguiente nexo de unión. La prudencia en las conclusiones no significa que se ignore que esta línea de pensamiento represente una nueva frontera y un reto para la investigación y la aplicación.

Los cuatro sistemas apuntados, de forma aislada o en interacción, representan vías potenciales de teorización y formulación de hipótesis respecto a la influencia del funcionamiento psicológico sobre los sistemas orgánicos, más allá de la neurología de circuitos y como fruto del análisis bioquímico y psicológico. Además de esta propuesta, Suls y Rittenhouse (1990) han

diferenciado tres direcciones teóricas que se encuentran presentes en el estudio de las relaciones entre personalidad y enfermedad y que representan modos de organización de la bibliografía existente.

4.2. El modelo de hiper-reactividad inducida.- Supone que ciertos aspectos que son preeminentes en unas estructuras de personalidad dadas inciden en la estimación del estrés (valoración cognitiva). Esta valoración es la que promueve un incremento en la reactividad fisiológica (en uno u otro sistema de respuesta) y es esta hiper-reactividad la que incrementa el riesgo de enfermedad. Una representación asentada en la propuesta de Suls y Rittenhouse (1990) se encuentra en la figura 1.



*Figura 1.- Modelo de hiper-reactividad inducida entre personalidad y salud (A partir de Suls y Rittenhouse, 1990)*

Este modelo se ha utilizado en alguna ocasión para explicar la investigación en el patrón tipo A. Así, este patrón se ha identificado basándose en signos biológicos tales como activación, tensión arterial, tasa cardíaca o

secreción abundante de catecolaminas en respuesta a la aparición de ciertos estresores. Estos signos biológicos se supone que se encuentran promovidos por la necesidad de control ante una amenaza sentida (valoración cognitiva), lo que promovería la activación fisiológica. Asimismo es posible que la hostilidad promueva un incremento en la actividad del sistema simpático unida a una depresión del sistema inmunológico. Por lo que se refiere al elemento de hiper-reactividad fisiológica se ha propuesto que se encuentran activados el sistema simpático-adrenomedular o de esfuerzo y el sistema de comunicación de péptidos. Se sabe, además, que existen algunas condiciones y disposiciones de personalidad que generan niveles altos de activación fisiológica, lo que llevaría, finalmente, a alteraciones fisiológicas estables y, con ello, incremento de riesgo para la enfermedad coronaria.

#### 4.3. El modelo de predisposición constitucional

La idea básica es que los marcadores genéticos o constitucionales interactúan entre sí, y unas ciertas combinaciones de estos marcadores son los responsables de la mayor o menor susceptibilidad a la enfermedad. Una representación esquemática del modelo se encuentra en la figura 2.

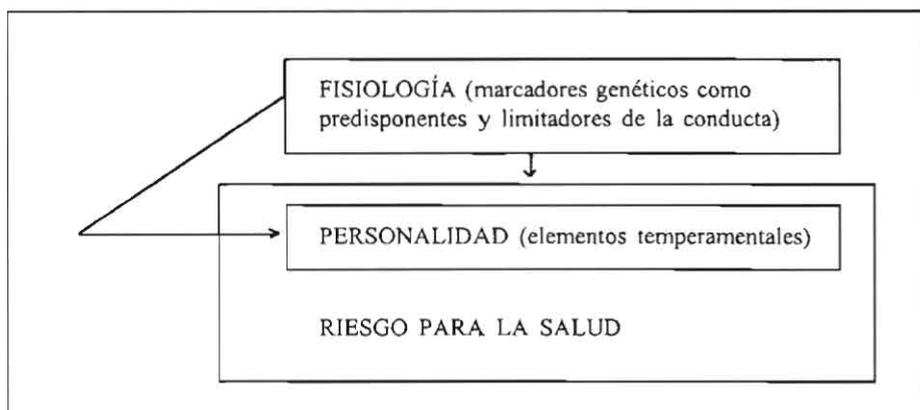


Figura 2.- Modelo de predisposición constitucional (A partir de Suls y Rittenhouse, 1990)

Una ilustración de este modelo dentro del mundo de la salud se encuentra en la versión que ha promovido H. J. Eysenck (1967 y ss.) sobre el funcionamiento personal. Las tres dimensiones temperamentales propuestas por

este autor, neuroticismo, introversión y psicoticismo poseen una clara base biológica para Eysenck: en la introversión su asentamiento se encuentra en el nivel de activación cortical, el neuroticismo se identifica fisiológicamente con la activación neurovegetativa y el psicoticismo con una anomalía difusa en el genoma que promueve una personalidad antisocial. Por lo que se refiere a la interacción entre introversión y neuroticismo, se propone que los introvertidos poseen una activación cortical superior a los extrvertidos, aunque el logro de este nivel de activación resulta más laborioso y, además, esta activación cuesta más en desaparecer; algo similar sucede con la activación neurovegetativa respecto a neuroticismo frente a control. Las personas con extraversión alta desarrollarán una activación cortical rápida aunque también rápidamente desaparecerá; las personas con extraversión alta y alto neuroticismo presentarán unas reacciones muy superiores a los introvertidos controlados en situaciones de estrés.

Existen predicciones concretas de estos análisis teóricos para el continuo salud-enfermedad: Los altos niveles de activación llevarían consigo un aumento de riesgo para unas determinadas enfermedades pero representarían una protección para otras. Así, una alta activación facilitaría el desarrollo de hipertensión arterial y, con ello, mayor probabilidad de enfermedad coronaria. Sin embargo habría que señalar que mientras el estrés agudo favorece el crecimiento tumoral (por depresión de catecolaminas, incremento de adrenocorticotropina y con todo ello, a una inmunosupresión), en el estrés crónico el sistema inmunológico se ajusta funcionalmente a esta situación y los procesos de crecimiento tumoral se enlentecen y hasta llegan a invertirse. Este proceso puede encontrarse presente, asimismo, en otras alteraciones como la diabetes.

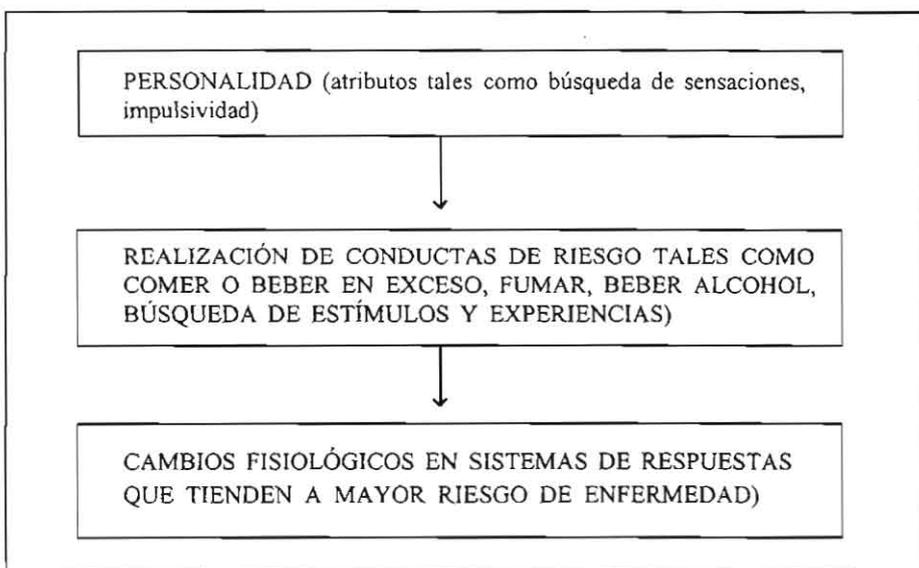
Hay que decir, como en los casos anteriores, que estas líneas de discurso esperan todavía la aportación de base empírica sólida.

#### **4.4. El modelo de conductas peligrosas**

Una representación diagramática de las relaciones supuestas se encuentra recogida en la figura 3.

Tal y como se propone en la figura, la personalidad no actúa directamente sobre el estado de salud sino a través de la promoción de la realización de conductas peligrosas para la salud tales como ingestión en exceso de alimentos, de productos nocivos, exceso de ejercicio físico o su eliminación

radical, fumar, tendencia a sobrecarga de trabajo, etc. Son estas conductas las que representan un riesgo de enfermedad o traumatismos de efectos irreversibles.



*Figura 3.- Modelo de conductas peligrosas (A partir de Suls y Rittenhouse, 1990)*

Un punto importante que se relaciona con este modelo es el de la investigación entre estresores y personalidad. Se supone que los dos elementos son independientes y, en todo caso, según este modelo se asume que ciertos tipos de personalidad generan vidas estresadas (dicho con otras palabras, algunas personas hacen que cierto tipo de conductas se encuentren presentes en sus vidas con mayor frecuencia que otras, por lo que la personalidad sería una variable moduladora de las relaciones entre estrés y salud.

En la medida, sin embargo, en que las conductas peligrosas (que bien pueden ser estresores) y la personalidad se encuentran relacionadas existe un problema de multicolinealidad, lo que promueve un aumento en el error típico del coeficiente de regresión y con ello, se disminuye el poder

predictivo<sup>5</sup>. Esta sería una de las razones que explicarían la escasa relación predictiva de los estresores junto con la personalidad respecto a la conducta de enfermedad, y representa una llamada de atención a la investigación simple entre estresores y salud, incluso las que suponen que la personalidad no desempeña un papel relevante alguno.

En resumen, las relaciones entre personalidad y enfermedad son muy complejas, pudiendo diferenciar, hasta el momento tres tipos de modelos o líneas de pensamiento que van mucho más allá que la conducta de los patrones de personalidad y que se encuentran en un nivel explicativo más general y cercano a planteamientos biológicos.

## 5. UNA NOTA SOBRE LOS CINCO GRANDES Y LA SALUD

Una de las propuestas más generalizadas dentro de la estructura de la personalidad es la que se ha denominado de los cinco grandes (Pelechano, 1996a): se trata de un modelo estructural generado a partir de un análisis del léxico y que ha dado lugar a cinco grandes factores en un primer momento y dos más que se vienen sugiriendo en los últimos años, cuando se toman en consideración los términos lingüísticos de contenido axiológico.

Aunque los investigadores de este modelo no se han ocupado prioritariamente de problemas de salud, en los últimos años se observa una preocupación creciente por este tema (J. P. Costa, uno de los más ardientes defensores del modelo hacía referencia a ello en un trabajo a comienzos de los noventa) y Marshall et al. (1994) han publicado posiblemente lo que puede convertirse en un trabajo seminal de esta escuela. El objetivo del trabajo era estudiar la convergencia (¿pertinencia?) entre los cinco factores léxicos de personalidad y los cuestionarios que se han empleado con cierta frecuencia para la valoración de la salud. Participaron dos grupos de reclutas del ejército de

---

<sup>5</sup> Multicolinealidad significa que existe relación entre las variables predictoras. En la psicometría de la ecuación de regresión (coeficientes de predicción), la mayor predicción se alcanza cuando los predictores tienen una alta correlación, cada uno de ellos con el criterio a predecir y, además, la relación entre los predictores es igual a cero (en este caso, la varianza de cada predictor se acumula), cuando existe una relación entre los predictores (una varianza común entre ellos), esta varianza común actuará como "freno" al incremento en el poder predictivo puesto que la predicción de esta varianza será "común" para todos los predictores. De ahí que a mayor relación entre los predictores, menor será su poder predictivo cuando se añan para predecir un criterio dado.

Estados Unidos durante la primera semana de entrenamiento militar, voluntarios a participar en el estudio (un total de 799), de un nivel cultural alto (más de 2/3 poseían bachillerato y muchos de ellos con titulación de escuela universitaria) y con una media de edad de 19 años. Un análisis de los "criterios" de personalidad comprometidos con la salud les llevó a aislar cuatro áreas racionales: (i) optimismo y esperanza, (ii) control personal y estima, (iii) afectividad negativa (inhibición-represión de emociones negativas) y (iv) control emocional. Después, eligieron instrumentos (cuestionarios publicados) que evaluaban una o más de estas áreas de funcionamiento personal por un lado (12 escalas; en unos casos escalas completas y en otros seleccionando ítems "marcadores" de los atributos que pretendían medir los instrumentos originales) y, por otro, una versión corta del cuestionario NEO-FFI (Costa y McCrae, 1985, 1989). Los sujetos cumplieron todos los cuestionarios y en el análisis de datos se llevó a cabo, en primer lugar un análisis factorial de los cuestionarios elegidos para evaluar atributos comprometidos con la salud, análisis que aisló tres factores (después del tercero los resultados no eran estables ni los coeficientes de congruencia adecuados) denominados: control optimista, expresión de cólera e inhibición. Posteriormente estos factores se correlacionaron con los cinco que aísla el cuestionario de Costa y McCrae.

Los resultados más relevantes pueden resumirse así: (1) no es posible identificar ninguno de los tres factores aislados en el mundo de la salud con ninguno de los cinco grandes factores; (2) se encontraron correlaciones significativas entre estos factores y los cinco grandes (el control optimista presentaba coeficientes significativos con neuroticismo, extroversión y escrupulosidad; el factor de expresión de cólera presentaba correlaciones con neuroticismo y cordialidad; el factor de inhibición con neuroticismo y apertura a la experiencia); (3) el análisis de las ecuaciones de regresión demostró que ningún factor de los cinco grandes podía identificarse con un índice puro de cualquiera de los tres factores de "salud", antes al contrario, parece que las relaciones con indicadores de salud no parecen ser específicas respecto a los cinco grandes y (4) prácticamente ninguna medida de salud puede predecirse a partir de los cinco grandes (en el mejor de los casos, explicaban menos del 30% de la varianza). Los autores recomiendan (5) prestar más atención a los factores de escrupulosidad y apertura a la experiencia porque los resultados sugieren que son más importantes que el resto y, a estos, precisamente, no se les ha prestado excesiva atención en la investigación.

Como conclusión, los autores del trabajo sugieren la necesidad por ofrecer modelos de personalidad en los que se encuentren representados factores con un rango de aplicación muy amplios (esto es, factores generales) y otros más específicos como los que se encuentran relacionados con salud<sup>6</sup>. Por nuestra parte, añadiríamos que, al menos hasta la fecha, el modelo de los cinco grandes ha ofertado muy poco al tema.

## 6. UNA VERSIÓN ACTUARIAL: LOS ESTILOS DE GROSSARTH-MATICEK Y H. J. ESENCK

A partir del modelo de personalidad de H. J. Eysenck, estos autores han propuesto un esquema unificador entre tipos psicológicos y tendencias a enfermar con la idea de aunar en un mismo modelo las principales tradiciones en psicopatología y en psicología de la salud a partir de las formas más comunes de reacción ante las situaciones y los estímulos ambientales. Esta tipología supone que puede existir una base biológica constitucional para cada uno de los tipos propuestos y que se puede modificar a través de intervenciones ambientales muy potentes. Asimismo, la revisión bibliográfica previa les llevó a tomar en consideración no solamente las tendencias a enfermar sino, asimismo, la manera de reacción que caracteriza la vida saludable. Si bien la formulación es parcial y toma en consideración tan solo las tendencias a sufrir algunas enfermedades, pensamos que representa una línea que puede tener un desarrollo en los próximos años. En esencia, la revisión bibliográfica llevada a cabo por estos autores defiende la existencia de seis modos de reacción ante situaciones y/o estímulos estresantes:

(1) *Dependencia conformista ante un objeto inhibitor* con componentes depresivos; una formulación cercana al patrón de personalidad tipo C, que se sugiere se encuentra presente en el cáncer y definiría, por tanto una disposición a padecer cáncer.

(2) *Tendencia a mostrar una dependencia conformista ante un objeto o situación perturbadora*, aparejada con hostilidad, intentos frustrados de evitación y sentimientos de desasosiego e intranquilidad, que es la que promovería una tendencia a desarrollar una *enfermedad cardiovascular*.

(3) *Tendencia a una dependencia no conformista ante un objeto a la vez inhibitor y perturbador*, que sería la causa de una *disposición a sufrir de ansiedad crónica*.

---

<sup>6</sup> Esta opción es la que defiende el autor de este capítulo desde hace más de un cuarto de siglo (cf. Pelechano, 1996b y c).

(4) Tendencia a desarrollar una autonomía personal apropiada, una autorregulación personal o *disposición saludable o a mantenerse sano*.

(5) *Tendencias racionales anti-emocionales* no integradas y que darían lugar a una *disposición a sufrir de depresión endógena* y

(6) *Presencia de tendencias y conductas antisociales* de la que es responsable una *disposición personal a desarrollar conductas delictivas*.

Si bien se mira, esta propuesta pese a que parece muy distinta de la original de H. J. Eysenck, no se encuentra lejos de ella. Tres de los seis tipos, parecen corresponder a sus dimensiones temperamentales básicas: la tendencia antisocial corresponde al psicoticismo, la disposición a sufrir de ansiedad crónica está relacionada directamente con el neuroticismo y el tipo cuarto, el de la "personalidad saludable" guarda relaciones muy estrechas a la introversión y, en el peor de los casos, a un grupo caracterizado por introversión intermedia y control (carencia de neuroticismo). El tipo quinto (depresión endógena) poseería componentes de neuroticismo y parte de psicoticismo y los dos primeros, realmente "extraños" a la formulación original de estructura personal propuesta por Eysenck representa la opción bibliográfica que se encuentra presente en la tipología de personalidad relacionada con salud (patrón tipo A y patrón tipo C con algunas modificaciones).

Los autores son conscientes de que la propuesta no posee una entidad teórica consistente y se propone, entre otras cosas, con el objetivo de ofrecer un marco consensual de discusión y organización de resultados.

Con el propósito de ofrecer una instrumentación más adaptada al tipo cuarto (personalidad saludable relacionada con el autocontrol), proponen un cuestionario de 105 ítems con seis intervalos de respuesta por ítem y datos de validez sobre una muestra de 5716 adultos (2,608 mujeres), habitantes de Heidelberg (Alemania), entre 45 y 68 años (en 1973, cuando se comenzó el estudio) y que fueron retomados en 1988 para estudiar los datos correspondientes a mortalidad. Los datos fueron recogidos por 116 estudiantes entrenados. Los sujetos fueron seleccionados de forma aleatoria entre los habitantes de Heidelberg. En 1988 se recogieron los datos de mortalidad agrupados en cuatro categorías: cáncer, trastornos cardiovasculares, otras causas de muerte y vivos todavía. En la figura 4 se recogen los porcentajes de mortalidad debidos a las tres causas de muerte analizadas en un período de seguimiento de 15 años (el perfil es similar para hombres y para mujeres).

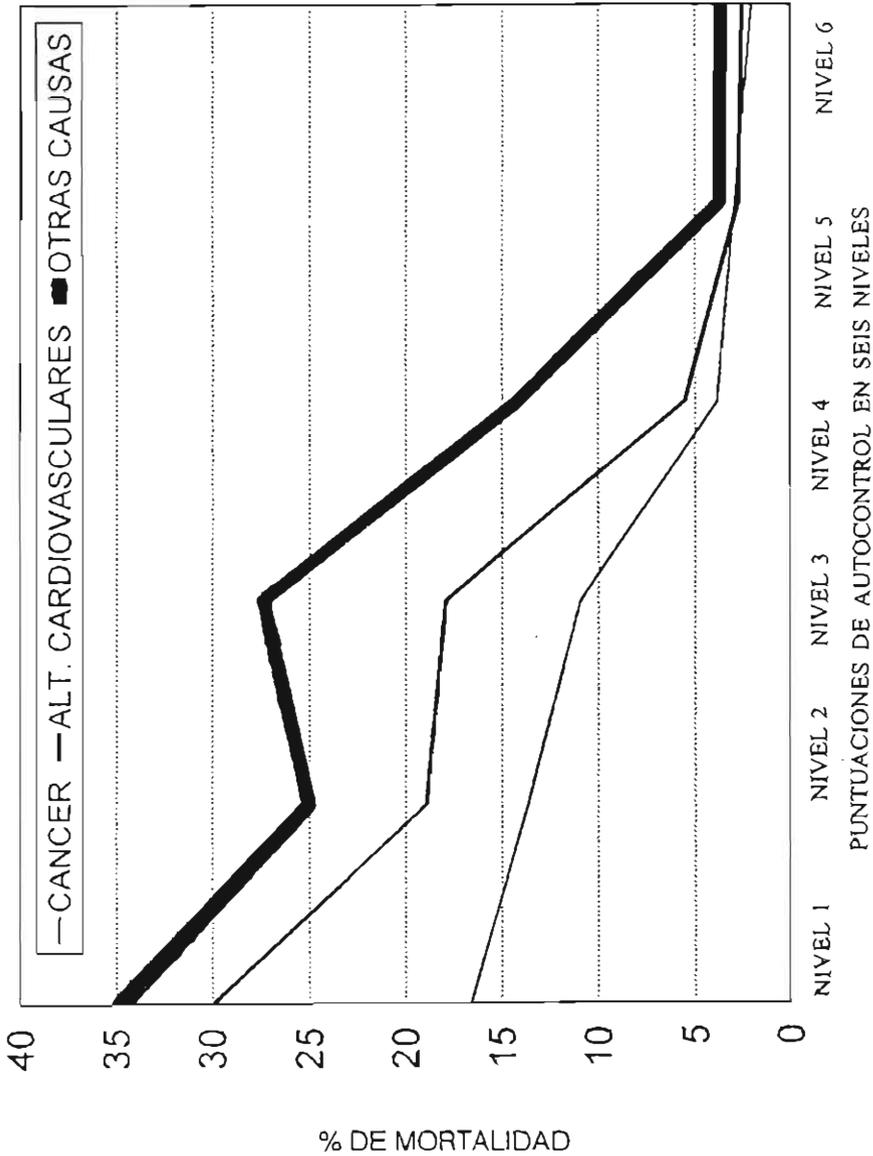


Figura 4.- Niveles de autorregulación y mortalidad en estudio de Heidelberg (Mujeres, N= 2608).  
 Construido a partir de datos de Grosshart-Maticek y Eysenck (1995)

Tal y como puede verse en la figura 4 la relación entre seis niveles de autorregulación y tasa de mortalidad parece bastante clara (menor mortalidad a mayor autocontrol personal) en todas las categorías.

Un resultado similar han obtenido los autores respecto a los seis tipos (la tasa de mortalidad mayor tiende a agruparse en aquellos tipos que tienen tendencia a sufrir de una u otra alteración) sobre un subgrupo de la muestra anterior formado por 3,240 personas, asimismo de extracción aleatoria.

Apoyándose sobre estos resultados, proponen una escala sobre riesgo de mortalidad fácil de aplicar y que se encuentra basada sobre los resultados que han alcanzado en este estudio: la puntuación menor es de 0 y la mayor de 24. Los ítems que la forman son los siguientes (entre paréntesis el rango de puntuación para cada ítem): (1) Un miembro de la familia en primero o segundo grado (padres, abuelos) ha llegado a 75 años (un punto por cada familiar entre 0 y 6); (2) Ejercicio regular (2); (3) Actividad física al aire libre, al margen del tiempo que haga (1); (4) Alimentación sana (2); (5) Volumen suficiente de ingestión de fluidos (1); (6) Peso corporal normal (1); (7) Poco alcohol (1); (8) No fumar (1); (9) Normotenso (2); (10) Índice de azúcar en sangre normal (2); (11) Colesterol total normal (2); (12) Bajo consumo de café, té negro y Coca-Cola (1); (13) No tomar psicofármacos estimulantes o depresores (1); (14) Sensibilidad normal ante el dolor (no hipersensibilidad) (1). La tasa de mortalidad obtenida para los que tuvieron una puntuación de cero fue del 13,9%, los de puntuación 10, el 4,4% y los de puntuación 24 el 0,9%.

El trabajo no posee un valor definitivo y eligieron solamente tasas de mortalidad sobre algunas condiciones médicas pero los resultados son, cuanto menos, sugerentes y animan a seguir por líneas similares a las que perfilan los autores. El lector debe reparar que los porcentajes de mortalidad se han calculado sobre el total de sujetos *dentro de cada categoría (y no respecto al total de participantes)*, por lo que la solapación de categorías viene a ser la regla, más que la excepción.

Los resultados que se presentan son muy gruesos y, si bien los contrastes son estadísticamente significativos, su significación clínica dista mucho de haber sido contrastada. Sucede, además, que se trata de un acercamiento básicamente actuarial y sin posibilidad inmediata de integrar teóricamente los resultados en un modelo estructural y funcional de la personalidad de modo que el progreso científico en esta dirección exige un reanálisis serio de los resultados y de los conceptos que se encuentran detrás de los instrumentos

(este salto no es dado por los autores y ni siquiera prometen un trabajo en esa dirección). Representa, con todo una opción alternativa a las contempladas hasta el momento.

## 7. EL MODELO DE PARÁMETROS EN SALUD

El análisis de las relaciones entre personalidad y el binomio salud-enfermedad se plantea, desde este modelo tanto en sus aspectos predictivos (lo que caracteriza la mayoría de los acercamientos contemplados hasta el momento), como los de intervención y de manejo de situaciones (tratamiento). Esto implica que, al margen del valor predictivo o no de ciertos estilos de vida y atributos de personalidad, el caso es que nos encontramos con personas que sufren de ciertas enfermedades y que, al igual que sucede con otros tipos de análisis y parcelas del funcionamiento del individuo, se presentan con ciertas notas de personalidad que pueden ayudar a su conocimiento y alivio del sufrimiento (en todo o en parte) que esas personas tienen.

En la medida, además, que se propone un modelo multinivel (Pelechano, 1994, 1996b), el análisis de las relaciones entre personalidad y el binomio salud-enfermedad debe abarcar todos estos niveles: macrosistemas, mesosistemas y microsistemas. Lo que sigue representa una manera de investigar, ordenar y analizar la información que difiere en partes importantes de lo presentado hasta el momento.

### 7.1. La tipología psicológica de las enfermedades y los sistemas de creencias

Hasta ahora, los acercamientos que se han presentado intentan, desde perspectivas distintas, ofrecer correlatos, determinantes o predictores de las categorías médicas de enfermedad (enfermedad cerebrovascular, infarto de miocardio, cáncer, pielonefritis, asma o trasplante de órganos, por poner unos ejemplos), suponiendo que estos rótulos determinan o influyen en la conformación personal del sujeto (o al contrario). Es posible pensar, sin embargo, que los parámetros que emplean las personas para enjuiciar su enfermedad se solapan poco con estas categorías médicas y, por el contrario se utilicen otras formas de organizar la realidad personal. En un primer momento, siguiendo a Rolland (1987) es posible pensar que existen, cuanto menos, cuatro parámetros ordenadores de la realidad personal del enfermo: la historia natural de la enfermedad, el modo de aparición, el resultado y el grado de incapacitación o discapacidad que promueve.

Las *fases* de la historia natural cambian para cada enfermedad y tipo de persona aunque podrían diferenciarse la inicial, la crónica y la terminal (en cada una de ellas la incidencia de signos y síntomas tiende a ser distinta); *el modo de aparición*, sea este agudo o gradual incide, obviamente sobre la forma de vivir las situaciones de enfermedad (de hecho, la aceptación del estado de enfermo representa un aspecto importante del funcionamiento personal y posee elementos positivos y negativos); a pesar de que el resultado final de la vida es la muerte<sup>7</sup>, no todas las enfermedades poseen este *pronóstico* inmediato ni mediato a medio plazo, el resultado que cabe esperar puede ser fatal (muerte), la disminución en el tiempo de vida aunque esa disminución sea lenta, una muerte rápida o no tener un efecto mortal y en función de cada uno de estos tipos de resultados el estado del enfermo y su modo de funcionamiento personal resultan afectados; finalmente, resulta importante para el sujeto individual el *grado de incapacidad* que se derive de la enfermedad y que varía en intensidad y en extensión (desde el pie equinovaro, cicatrices que modulan la sensibilidad y son sensibles al cambio climático, resección de glándulas que obligan a una dependencia farmacológica<sup>8</sup>, pasando por pérdidas de movilidad, de capacidad intelectual o afectiva, etc.).

En la interacción de estos parámetros se produce una posible localización de la persona que padece una determinada enfermedad y que resulta un tanto dispar al entramado categorial médico.

Por otro lado, el enfermo se encuentra viviendo en un sistema de relaciones personales y familiares y, en este entramado de personas y sistemas existen unas *creencias y valores sobre la enfermedad que inciden sobre la forma y manera en el que el enfermo vive esa dolencia*. Entre los

---

<sup>7</sup> De manera entre jocosa y amarga se ha llegado a definir la vida como "una enfermedad de pronóstico mortal".

<sup>8</sup> Y no solamente con la resección de glándulas como la tiroides (que obliga a tomar tiroxina durante todo el resto de la vida) sino asimismo en el caso de ciertas enfermedades crónicas como la hipertensión arterial que obliga a una ingestión continuada de anti-hipertensores, o la epilepsia, de anticonvulsivantes. Y en todos los casos parecen existir efectos secundarios no siempre aconsejables y que obligan al clínico a un análisis previo y serio respecto a las ventajas e inconvenientes de tales regímenes farmacológicos que, como norma general, se deben instaurar cuando ya se han agotado el resto de procedimientos y, en todo caso, deberían producir efectos menores que los que producen las enfermedades en cuestión.

parámetros que determinan estos sistemas funcionales se encuentran los siguientes:

(1). *El sentido de dominio que posea la familia o grupo de referencia respecto a la enfermedad en concreto que se cree que sufre el enfermo*, interpretado a veces como la atribución sobre el control que se emplea. Asimismo, en unas ocasiones se entiende que el control depende de la competencia del médico y en otras de fuerzas religiosas o telúricas. Resulta obvio que el control/dominio que se crea que se posee determina elementos tan importantes como la búsqueda o no de servicios médicos, la adherencia al tratamiento y el apoyo social que el grupo pueda ofrecer al enfermo.

(2). *Los sistemas de creencias y valores sobre la enfermedad y su transformación o no a lo largo de generaciones distintas*. Se estudian a través de un *genograma familiar* o descripción de los sucesos relevantes en la historia de una familia o grupo de referencia, experiencias en generaciones anteriores, personas encargadas de resolver problemas de cuidado de los enfermos, de resolver problemas instrumentales tales como comida y traslados. Existen enfermedades que, por su forma de presentación aguda, ejercen una gran presión sobre el sistema de relaciones personales de una familia; otras, por el contrario ejercen una presión menos intensa en un principio aunque es continuada durante períodos de tiempo largos y todo ello repercute no solamente sobre las relaciones interpersonales de la familia sino sobre la propia funcionalidad personal de cada uno de sus miembros.

En el caso de enfermedades hereditarias o recurrentes, como en la hemofilia, se establecen una serie de normas que influyen directamente sobre el modo de conducta de los sujetos (por ejemplo, control en la expresión emocional para evitar problemas, restricción de movimientos y de deportes para evitar hemorragias, lo que llega a promover un conocimiento intenso del propio cuerpo. A la vez, los miembros no afectados de la familia van adaptando su propio estilo de conducta al de los miembros que cursan su vida con la enfermedad.

(3) *Creencias étnicas, culturales y religiosas del grupo de referencia*. En sociedades multiculturales resulta de especial importancia conocer el entramado creencial acerca de lo que es y cómo funciona una familia respecto a la salud, así como de la responsabilidad de la enfermedad y del cuidado de esa enfermedad. El clínico debe tomar en consideración este tipo de conceptos con el objetivo de poder evaluar la situación y las posibilidades de intervención. En unos grupos se promueven estrategias para minimizar

las expresiones de dolor y fijarse en unos tipos de síntomas y no en otros; en otros grupos, sin embargo, se maximizan las expresiones de dolor y la expresión de una sintomatología florida.

(4) *Creencias del grupo de referencia respecto a la etiología de la enfermedad.* A la vista del considerable volumen de desconocimiento acerca de la misma (así como de la difusión del conocimiento sobre etiología) de las enfermedades, los grupos (y los sujetos que forman parte de los grupos) “elaboran” sus propias teorías etiológicas, teorías que se van modificando a medida que se tiene más experiencia sobre la enfermedad en cuestión. La atribución acerca del origen de la enfermedad es distinta, por otra parte, del conjunto de atribuciones sobre el mantenimiento de la enfermedad, y las inculpaciones acerca de los cambios en el estado de salud<sup>9</sup>.

Un aspecto importante asimismo se refiere a los “miedos” a determinadas enfermedades. En un estudio de genograma que hemos realizado con participación de más de 1800 sujetos (adolescentes y adultos españoles), datos de interés sobre este punto son los siguientes: las “enfermedades mentales” no parece que posean una especial importancia (su presencia respecto a “miedos” se encuentra en menos del 2% de los casos) frente a la gran frecuencia de cáncer y SIDA tanto en adolescentes como en adultos; por otro lado, la función de cuidado de los enfermos sigue siendo, desde hace tres generaciones, trabajo desempeñado por las mujeres y existe una asimetría en el conocimiento de los antecedentes de enfermedad de la familia de los padres: se conoce más, tanto en adolescentes como en adultos, los tipos de enfermedades y razones de muerte de los familiares de la madre que los del padre. Repárese que un mayor conocimiento se relaciona tanto con elementos preventivos de lo que se conoce que es “mortal”, como de las conductas promocionadoras de salud e incluso del estilo de vida. La asignación de relevancia o importancia comportamental a sintomatología concreta se encontraría, desde aquí, diversificado en función del género, cuya relevancia en estos temas no ha sido objeto todavía de estudio sistemático.

---

<sup>9</sup> Un punto de referencia obligado es el papel de la familia. En nuestro propio trabajo con enfermos crónicos, la familia desempeña una función “etiología” de la enfermedad (de enfermedades muy distintas entre sí, que van desde la hipertensión hasta la diabetes o el cáncer) y, también, se encuentra presente en la estimación del estado de mejoría (menos) o empeoramiento (más) de la enfermedad.

## 7.2. Acerca de la personalidad del enfermo crónico

La segunda mitad del siglo XX se ha calificado, en el campo de la salud como la “era de la enfermedad crónica”<sup>10</sup>, lo que ha traído consigo algunos cambios y problemas que son relevantes no solamente para la medicina sino para la psicología de la salud.

La difusión de los antibióticos ha promovido un control muy significativo de las alteraciones infecciosas de latencia corta (corto período de incubación) y, junto con la asepsia y la mejoría en las condiciones de vida, un alargamiento de la expectativa media de vida de la población en los países occidentales. Estos fenómenos, a su vez, han promovido cambios sustanciales en la manera de entender y estudiar las enfermedades (las causas inmediatas y mediatas de las alteraciones se comienzan a diferenciar y, con ello, se promueve un cambio epistemológico en la manera de entender el estudio y determinantes de las alteraciones médicas); se han detectado cambios importantes tanto en la aparición de nuevas enfermedades como el cambio en la población de personas enfermas (las demencias seniles son más frecuentes al existir más personas mayores, así como los problemas renales); por otro lado, el avance en el conocimiento de las enfermedades, pese a haber aumentado de forma significativa no es lo suficiente profundo, ni lo suficientemente eficaz como para encontrar soluciones satisfactorias de muchas de ellas, por lo que se ha modificado el objetivo terapéutico (ya no es “curar” en el sentido de vuelta a la situación anterior) sino de mantenimiento vivo del enfermo; los fármacos se aplican como “remedios paliativos” que enlentecen el desarrollo de la enfermedad, a la vez que intentan restringir los efectos de incapacitación que la enfermedad produce. Estos hechos han traído, al menos, tres temas nuevos en la investigación y la práctica. El primero (el cambio o cambios en la personalidad del sujeto) va a ser tratado en este epígrafe; el segundo (el mantenimiento de una autonomía funcional, personal y psicosocial) se tratará en un apartado posterior bajo el rótulo de “calidad de vida”; el tercero asimismo referido más adelante, trata del estrés y de las maneras de afrontarlo.

---

<sup>10</sup> La aparición del SIDA y las distintas fases de su “conceptualización social” no se escapa de esta idea puesto que uno de los objetivos terapéuticos que se persiguen es convertir la infección viral en una enfermedad “crónica”, deteniendo los procesos de enfermar y/o manteniendo al enfermo en un estadio funcional óptimo a nivel personal y social.

Sucede, además, que la enfermedad crónica representa un tipo de estresor muy potente y variado, cuyo espectro de influencia tiende a generalizarse a todo el mundo del enfermo. En un primer análisis tendríamos que diferenciar las siguientes áreas y/o tópicos de investigación y asistencia cuyo tratamiento pormenorizado representa un programa de trabajo del que nos encontramos en los comienzos: (1) tal y como sucede en las enfermedades agudas, en las crónicas existe una primera fase de desorientación y perturbación de las actividades y estilo de vida cotidiano que provoca desequilibrios a nivel personal, interpersonal, familiar y laboral y es en el que el enfermo recibe la noticia, toma conciencia de la misma y recibe la información relevante acerca de los cambios en su estilo de vida; (2) En muchas ocasiones pueden surgir problemas físicos en el proceso de rehabilitación o recuperación de la crisis (radiación o quimioterapia en el cáncer, efectos secundarios de medicación antihipertensora en alteraciones cardio-vasculares, que pueden traer problemas de adherencia al tratamiento); (3) problemas laborales y económicos pueden derivarse y ser serios con el advenimiento de una enfermedad crónica; (4) problemas de relaciones interpersonales en la medida en que amigos y conocidos pueden comenzar a distanciarse del enfermo (a veces tiende a estar presente este proceso incluso en la familia); (5) con frecuencia la enfermedad tiende a promover cambios en la imagen corporal y en las sensaciones acerca de las posibilidades y limitaciones que se poseen para el desempeño de la vida cotidiana (ambiciones, metas a perseguir, deseos de logro, etc.); (6) se observan reacciones emocionales de ansiedad y depresión en los enfermos, que no siempre son superadas por los esfuerzos que los mismos enfermos realizan para ello y, (7) frente a todo ello, debe desarrollarse estrategias de afrontamiento para resolver todos o los más importantes de los problemas que todo lo anterior lleva consigo. Algunos de estos puntos van a ser apuntados en el texto.

En una serie de trabajos que se remontan ya a más de una década hemos ido estudiando un conjunto de atributos y procesos de funcionamiento personal que inciden en lo que podríamos denominar la “personalidad de la enfermedad crónica”. Para ello se han estudiado distintos grupos de enfermos crónicos: (1) enfermedades cardiovasculares (hipertensos, supervivientes de infarto de miocardio), (2) cáncer en estadio avanzado (leucemias, cáncer de útero fundamentalmente), (3) alteraciones renales (pielonefritis, glomerulonefritis, hemodiálisis hospitalaria, trasplante renal con éxito), (5)

diabéticos insulino-dependientes, junto a un grupo de sujetos "sanos" de similares categorías sociodemográficas. El total de participantes ha sido de 980 (dos terceras partes de enfermos). Con esta muestra se han llevado a cabo análisis diversos y, para los propósitos que nos guían baste con decir lo siguiente:

(i) Existen diferencias muy escasas y apenas relevantes en dimensiones básicas de personalidad entre enfermos crónicos que deben llevar un régimen de vida restrictivo (como diabetes, hemodiálisis hospitalaria) y aquellos otros que no deben seguir tales prescripciones (como hipertensos y nefrópatas).

(ii) Existen diferencias clínica y estadísticamente relevantes entre enfermos crónicos y no enfermos respecto a distintas dimensiones de funcionamiento personal: el grupo de enfermos crónicos se presenta significativamente más introvertido y con mayor puntuación en neuroticismo. Por lo que se refiere a factores motivacional-contextuales los enfermos crónicos puntúan significativamente más que los no enfermos en control externo, inhibición ante situaciones de estrés y factores de ansiedad social en el contexto familiar (menor transigencia, miedo a tratar con los miembros de su familia tales como pareja e hijos, menor capacidad de relajación). Una conclusión que parece clara desde aquí es que los factores de ansiedad social y miedo al fracaso en las relaciones familiares están presentes en mayor medida en los enfermos crónicos al margen del tipo de gravedad y restricciones médicas que caracterizan su estilo de vida<sup>11</sup>.

(iii) El grupo de no-enfermos presenta puntuaciones significativamente mayores en imagen positiva de sí mismos, tendencia a sobrecarga de trabajo y asertividad personal.

Estos resultados apuntarían a la necesidad por ofrecer estrategias de intervención encaminadas tanto a modificar estos patrones de interacción como a fortalecer la seguridad personal (control personal) de los enfermos crónicos, lo que redundaría en una disminución del nivel de conflicto personal en el seno de la familia con un enfermo crónico.

---

<sup>11</sup> Cabe pensar, a partir de estos resultados, que el nivel de conflicto más alto que aparece en las familias de los enfermos crónicos frente a las demás podría ser atribuido a la existencia de estos factores de neuroticismo-ansiedad, básicamente socio-interpersonal porque ni los enfermos ni sus familiares han aprendido a manejar la nueva situación. Esta falta de habilidad se llega a convertir, por aprendizajes erróneos, en guiones comportamentales de disparo automático y fuentes de estrés "cronificados" que dificultan la buena relación personal y llevan a una sensación de fracaso acumulado.

### 7.3. Atributos tradicionales de personalidad y estrategias de afrontamiento

El estudio del afrontamiento se ha presentado como una línea de investigación y teorización al margen del estudio de la personalidad, tal y como se ha recogido en el capítulo sobre estrés de esta monografía. En la última década, sin embargo, se observa un acercamiento a la psicología de la personalidad y las estrategias de afrontamiento se han propuesto o bien como disposiciones con cierta estabilidad y consistencia contextual para la acción con un *status* similar a los factores motivacionales, o bien como habilidades de solución de problemas dentro de un modelo complejo de inteligencia social (Pelechano, 1992, 1996c, d).

Existen pocos trabajos publicados sobre las estrategias de afrontamiento de los enfermos crónicos. Dunkel-Schetter, Feinstein, Taylor y Falke (1988) pidieron a un grupo de enfermos oncológicos que especificaran el problema más importante que tenían y que, con referencia al mismo, calificaran el *Ways of Coping Inventory* de Folkman y Lazarus (1980): los problemas más frecuentemente citados fueron miedo e incertidumbre sobre el futuro (41%), limitaciones en capacidad física y estilo de vida (24%) y manejo del dolor (12%); el análisis factorial de una versión de 68 ítems de este cuestionario dio lugar a 5 factores que fueron identificados del modo siguiente: (1) apoyo social y solución directa de los problemas, con ítems que indicaban la búsqueda de apoyo social así como la búsqueda activa de ayuda para resolver los problemas concretos que se les presentaban; (2) Distanciamiento o intento por alejarse del problema concreto y del “estado” de la enfermedad tal como intentar no hablar de ella; (3) Enfoque positivo, caracterizado por encontrar sentido a su situación reorientando los pensamientos y las acciones hacia el crecimiento personal; (4) Evitación o escape cognitivo que lleva consigo pensamiento desiderativo con ítems del estilo “Deseo que la situación se resuelva” y (5) Evitación o escape comportamental, con ítems que indican la realización de acciones encaminadas a evitar la situación a base de comer, beber, consumo de drogas o tomar medicinas.

Desgraciadamente este trabajo posee dos graves limitaciones, en primer lugar que no es fácil que esta estructura se mantenga en todo tipo de enfermedad crónica (ni siquiera en todo tipo de cáncer); en segundo lugar, el número de participantes fue escaso respecto al número de ítems de cuestionario, por lo que la estabilidad de la estructura se resiente.

En un intento algo distinto Pelechano (Pelechano, 1992, Pelechano, Matud y de Miguel, 1993) generó un instrumento a partir de *Ways of Coping de*

Lazarus y Folkman aunque eliminó una serie de items que no parecían relevantes para la enfermedad crónica, reformuló otros para adaptarlos a usuarios de la seguridad social y niveles bajos de inteligencia verbal y añadió otros hasta un total de 81 elementos con cuatro alternativas de respuesta. Se aplicó este cuestionario de forma individual en dos situaciones (entre 2 y 4 semanas de intervalo entre ellas dependiendo de la disponibilidad de los enfermos) a 511 enfermos crónicos que formaban distintos grupos (cuyas categorías diagnósticas se han descrito en el apartado anterior sobre la personalidad en la enfermedad crónica). En la primera ocasión se les pedía como referente que pensarán en el impacto que recibieron al tomar conciencia de la enfermedad actual; en la segunda, que el referente fuera la situación actual. Con ello tendríamos una primera aproximación para apuntar a la diferencia entre la fase "aguda" de las enfermedades y su cronificación física y psicológica. Los resultados correspondientes al "afrentamiento rememorado" y al "afrentamiento actual" se sometieron a análisis factorial y se alcanzó una estructura distinta en cada caso. En una solución factorial de segundo orden, el impacto de la enfermedad se organizó alrededor de cuatro factores: (1) primacía de la enfermedad con sentimientos de autoinculpación y aceptación de la consolación por la experiencia religiosa; (2) apego a la vida con un intento de alejamiento del problema con el fin de poder encontrar una solución; (3) búsqueda activa de información y solución del problema mediante consultas médicas o información de personas a las que se cree cualificadas y (4) negación de la gravedad del diagnóstico con inculpación a la familia<sup>12</sup>.

En la situación actual de afrontamiento (ya con más de un año de experiencia de enfermedad crónica y, en algunos casos, con más de 20) la estructura en segundo orden aisló tres factores potentes que se denominaron así: (1) adaptación general a la enfermedad con reestructuración personal; (2) negación de la gravedad de la enfermedad con inculpación a la familia y (3) desesperación con inconformismo ante la situación y protesta. Parece fuera de duda que mientras el primer factor es un elemento positivo y fa-

---

<sup>12</sup> Todavía se propuso un quinto factor (artefactual), formado por factores de primer orden "suelos" dentro de la estructura factorial con escasa varianza explicada aunque con una considerable relevancia teórica y al que se denominó "cambios en acción y visión del mundo" que recogía la idea de intentos por arreglar los asuntos pendientes a nivel familiar y económico así como una reconsideración de la visión del mundo que se tenía hasta ese momento.

vorecedor de la integración psicológica, los otros dos perturban el bienestar personal y resultan factores negativos para el mantenimiento de una respuesta de estrés favorable o que reduzca el sufrimiento personal.

Se corrigieron las dos pruebas posteriormente con relación al afrontamiento "actual" y se estudiaron las diferencias entre los distintos grupos de enfermos. Los resultados alcanzados demuestran que en el factor "positivo", se observa una progresiva diferenciación entre los grupos de enfermos: el grupo más adaptado es el de enfermos oncológicos y el menos el de diabéticos, con una posición intermedia en el caso de los trasplantados renales. Este último grupo y los de diálisis, hipertensión y diabetes presentaron puntuaciones significativamente menores que el grupo de cáncer. En el caso de la rememoración (impacto de la toma de conciencia de la enfermedad), cáncer, nefrópatas y trasplantados no se diferenciaban entre sí y ofrecían la puntuación más alta. Por lo que se refería a los dos factores negativos la tendencia era la opuesta: menor volumen de diferencias estadísticamente significativas en el caso del afrontamiento actual respecto al afrontamiento rememorado. De hecho, en el caso de la negación de la gravedad de la enfermedad con inculpación a la familia se había producido una homogeneización total entre los distintos grupos de enfermos (Pelechano, 1993).

Un segundo punto de interés se refiere a los cambios que se han dado en las estrategias de afrontamiento a lo largo del ciclo vital. Se dividió a cada grupo de enfermos clínicamente diagnosticados en función de los años de sufrimiento de la enfermedad (entre uno y dos años, de tres a cuatro años, de cinco a ocho años, nueve y diez años, 11 a 20 años y más de 20 años) y se calcularon los contrastes de las diferencias de medias sobre los factores de afrontamiento. Por lo que se refiere a las *estrategias de afrontamiento actual* el grupo que presenta mayor volumen de diferencias es el de diabéticos insulín dependientes seguido, de lejos, por el grupo de enfermos oncológicos; en las *estrategias de rememoración* es el grupo de enfermos oncológicos el que ofrece mayor número de diferencias estadísticamente significativas y del resto de grupos no se detectan prácticamente diferencias, lo que sugeriría que, en conjunto, parece que las estrategias de afrontamiento representan atributos funcionales que presentan una estabilidad notable dentro de muchos grupos de enfermedades crónicas. Dentro de cada grupo de enfermos, además, las estrategias de afrontamiento tienden a ofrecer un perfil evolutivo distinto: así, en hipertensión se observan el mayor número

de diferencias significativas entre grupos de enfermos mayores de 60 años frente a enfermos más jóvenes, lo que no sucede en el caso de diálisis hospitalaria y los grupos de enfermos diabéticos y oncológicos ocupan un lugar intermedio.

Finalmente, un análisis más fino sugiere que existen unas formas de afrontamiento que parecen diferenciar más a unos tipos de enfermedades frente a otros. La diferencia más importante y característica de diálisis frente a hipertensión es el impacto intenso y negativo de la enfermedad con su aceptación posterior; en la diferencia de la diabetes frente a cáncer cuenta esencialmente el rechazo de la religión como recurso de apoyo social con autoimplicación e inculcación a la familia; la diferencia más importante en afrontamiento entre los enfermos oncológicos y los nefrópatas es la necesidad sentida por reestructurar los valores con un intento por negar la gravedad de la enfermedad; el factor de apelación a la familia como apoyo es valorado muy positivamente por el grupo de diálisis hospitalaria y es rechazado al máximo por el grupo de trasplante renal y, finalmente, la atribución de negación aparejada con un propósito de cambio con la familia parece positivamente valorada en el caso de diabéticos y rechazada al máximo por hipertensos.

Respecto a las formas de intervención para promover una mayor eficacia del afrontamiento y aliviar las situaciones de estrés hay que señalar que se requiere mucho trabajo y adaptación o aclimatación sociocultural de las sugerencias dadas por los tratadistas del tema en un contexto anglosajón (cf. Taylor y Aspinwall, 1993): así, vaya por caso, se sugiere el fomento de la relación médico-enfermo, la potenciación del movimiento asociativo entre enfermos y el apoyo a la familia. Los resultados que hemos obtenido nosotros en España, la relación médico-enfermo está mediada por la presión temporal que se hace sobre el clínico en sus lugares de trabajo junto a una exquisita falta de formación al respecto; el movimiento asociativo entre enfermos está apoyado fundamentalmente por los no-enfermos y es rechazado por los que sufren una enfermedad crónica y la familia resulta más una parte del problema que de la solución (Pelechano, en prensa). Todo ello no quiere decir que no se pueda hacer nada sino más bien que lo que hay que hacer es llevar a cabo investigaciones dentro de nuestro contexto cultural que nos permitan aislar las variables más relevantes y cómo manejarlas con el objetivo de ofrecer una mayor y más eficaz ayuda a las personas que la necesiten.

Este panorama de resultados sugiere que, al menos por lo que se refiere a los enfermos crónicos (y para el autor de este capítulo la afirmación vale

para todo sujeto humano) se pueden aislar unas formas de afrontamiento más peculiares en unos casos que en otros, que ofrecen formas significativas de entender la experiencia de enfermedad y, por lo mismo podrían interpretarse como elementos de funcionamiento personal susceptibles incluso de ser conceptualizados como elementos disposicionales tal y como ha hecho algún autor en los últimos años. En todo caso, formarían parte de la estructura de personalidad de todo ser humano.

Otra cosa es decir que como elementos disposicionales puedan ser “reducidos” o “asimilados” a los factores de personalidad más conocidos, tales como neuroticismo, extroversión, psicoticismo, búsqueda de sensaciones, escrupulosidad, impulsividad o cordialidad. En un análisis factorial conjunto de factores convencionales temperamentales y motivacionales por un lado y factores de afrontamiento por otro la verdad es que aparecen núcleos empíricos de los factores temperamentales y motivacionales por un lado (incluidos en estos últimos locus de control) y los factores de afrontamiento por otro, lo que sugeriría que estos factores de afrontamiento con cierta consolidación temporal cubren un área funcional distinta a la temperamental y motivacional estudiada hasta ahora con mayor frecuencia (la excepción se encuentra en factores de locus de control) y de ahí nuestra sugerencia de interpretarlos como factores de inteligencia social tal y como se ha presentado en un capítulo anterior.

#### **7.4. Personalidad, enfermedad y calidad de vida en salud**

Desde que Lindon B. Johnson empleó la expresión de “calidad de vida” aplicada en el mundo de la salud hasta nuestros días, la expresión ha ido ganando terreno y ya era popular entre los investigadores en la década de los ochenta. En la segunda mitad de la década de los noventa resulta un concepto central para entender tanto los efectos de los fármacos y los diversos tratamientos que se emplean en nuestros días (radioterapia, quimioterapia, tratamientos paliativos en enfermos terminales, efectos de antihipertensores o intervenciones quirúrgicas agresivas), como la oferta de líneas de pensamiento y resultados que incidan en la toma de decisiones sobre fármacos o tipos de tratamientos a aplicar, dado que la limitación de recursos que existen en todos los países obliga a la toma de decisiones acerca de la eficacia en el mantenimiento de la vida así como en el grado de satisfacción y calidad que se oferte a esa vida que resulte de la intervención.

Originalmente la calidad de vida se entendía como la calificación que emitían los clínicos respecto al estado "funcional" del enfermo (acepción que sigue empleándose en nuestros días si bien con una difusión mucho menor). Poco a poco se ha ido transformando su significación en un aspecto más subjetivo puesto que se entiende que la calidad de vida es la percepción del estado de bienestar por parte del enfermo (acepción "subjetiva" de calidad de vida). Tanto en la primera como en la segunda acepción se encuentran comprometidas variables de personalidad: en la primera por cuanto que importa el modelo implícito que tiene el clínico respecto a la forma de ser, sentir, sufrir y reaccionar del enfermo; en la segunda por cuanto que son elementos de funcionamiento personal los que modulan las percepciones, apreciaciones y estimaciones del enfermo acerca de sí mismo. Sin embargo, hay que decir que no es frecuente todavía en la bibliografía la presentación de resultados procedentes de estudios en los que la calidad de vida y los atributos de funcionamiento personal se presenten conjuntamente.

Por lo que se refiere a estudios empíricos en los que se demuestre la existencia de multidimensionalidad en la evaluación de la calidad de vida la bibliografía asimismo es muy escasa. En uno de los primeros trabajos con ciertas garantías, Jenkins et al. (1990) estudiaron la calidad de vida en supervivientes de bypass arterial o intervención quirúrgica cardíaca grave y aislaron cinco dimensiones después de un análisis factorial: bajo estado de ánimo, sintomatología física, función cognitiva/neuropsicológica, relaciones interpersonales y economía/empleo, sin que hayan utilizado los autores factores de personalidad. En un estudio nuestro del que se ahn elaborado ya algunos resultados (Pelechano, en prensa) aplicamos una entrevista semiestructurada de amplio espectro a un grupo de enfermos físicos crónicos (cuyos diagnósticos principales han sido presentados más arriba) y no enfermos, adultos y que son asistidos en España en hospitales de la Seguridad Social: se aplicaron, además, cuestionarios de personalidad y afrontamiento ( $N=737$ ) y se aislaron siete factores de segundo orden cuya denominación fue la siguiente: (i) ansiedad y depresión (formado por sintomatología psicológica y física, neuroticismo, factor de desesperación en afrontamiento y control externo); (ii) adaptación y ajuste a la situación (con factores de afrontamiento adaptativo, imagen positiva de sí mismo, control interno); (iii) sentimiento de pérdida de funcionalidad física, sexual, laboral junto con un rechazo a la asociación de enfermos; (iv) negación de gravedad con inculpación a la familia como estrategias de afrontamiento, junto a reconocimiento de

problemas digestivos y económicos; (v) sentimientos de haber perdido capacidad para viajar junto a reconocimiento de hablar con la pareja sobre la vida sexual y petición de mejora de la asistencia sanitaria a nivel de estructura y de reciclaje técnico de los profesionales; (vi) normalidad en régimen de vida (régimen alimentario) y no visita al médico por problemas leves; (vii) nivel profesional del enfermo junto a valoración positiva de la familia y sentimiento de pérdida en la vida sexual y en actividades al aire libre.

Si bien se mira, las variables que definen todos o gran parte de los factores poseen una indudable significación en psicología de la personalidad. Desde nuestro punto de vista, una de las líneas de investigación que se está desarrollando ya y se va a fomentar en el futuro es la del replanteamiento de la evaluación de la calidad de vida desde modelos más comprensivos del funcionamiento personal.

## **8. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS: EL APUNTAMIENTO DE LA "PERSONALIDAD SALUTOGÉNICA"**

En alguna ocasión se ha estado defendiendo la idea que más que una "psicología de la salud", esta especialidad se ocupa de la "enfermedad" en la medida en que incluso a nivel de predicción, los modelos insisten en los caminos que llevan a la enfermedad más que los que llevan a la salud. Siendo esto verdad no es, sin embargo, toda la verdad. Incluso un poco antes del nacimiento oficial de la especialidad, en 1974, Antonovsky (1991) llamaba la atención hacia la necesidad por investigar los atributos personales que fomentan la salud e incluso sugirió uno que, desde entonces forma parte importante de esta tradición: el sentido de la coherencia. Desde 1974 hasta nuestros días se han propuesto otros que van desde la eficacia personal de Bandura, la fortaleza de Kobasa (1979) y, cómo no, el locus de control interno propuesto por Rotter y la capacidad de control personal que apuntamos más arriba a propósito de la tipología propuesta por Grossarth-Maticek y Eysenck, como elementos básicos a tomar en consideración a la hora de ofrecer atributos de fortaleza psicológica.

Estos atributos poseen una tradición psicológica distinta (el sentido de la coherencia se generó a partir de estudios entre case social y susceptibilidad a enfermedad; la fortaleza, a partir de consideraciones humanistas e incluso de corte teológico; la eficacia personal a partir de una profundización en el aprendizaje observacional; el control personal resume tradiciones de auto-

control de tipo conductista y cognitivo y el locus de control, un poco anteriores a todos ellos, como un intento por aunar el situacionismo de la psicología del aprendizaje de los sesenta con atributos generalizados de actuación y pensamiento), pero todos ellos tendrían en común unas notas que son relevantes para el propósito que nos guía en este apartado: (1) están teóricamente orientadas hacia el fomento de una eficacia psicológica frente a los estresores, sean estos de tipo psicológico tradicional o sean de tipo físico. Esta eficacia psicológica puede haber tenido su origen en la clínica psicológica o en el laboratorio pero, al margen de su origen, se ha aplicado al mundo de la salud física también; (2) se entienden de forma interactiva en el sentido de que no son atributos endógenos específicos del sujeto sino fruto de interacciones complejas entre sujeto y ambiente (de ahí la posibilidad de intervenir para lograr su fomento); (3) bien en los autores originales que los han propuesto (como sucede con el locus de control de Rotter) o bien en los comentaristas y aplicadores (como en el caso de la eficacia personal de Bandura) se trata de un tipo de atributo de aplicación generalizada y no situacionista, esto es, que se aplica a situaciones muy diversas y no a una única situación o tipo de situaciones; (4) son susceptibles de ser aplicados a grupos o colectivos a la hora de entender tanto su entidad sustantiva como su dinámica funcional o, dicho con otras palabras, se trata de formulaciones nomotéticas más que idiográficas y (5) en todos ellos predomina un modelo de déficit en el sentido de que se entiende que su carencia es signo de debilidad y cuanto mayor apropiación personal del atributo mayor grado de salud<sup>13</sup>.

Junto a estas notas habría que señalar que el optimismo y la capacidad de negación y restricción de lo inevitable a límites fijados junto a la eficacia en la solución de problemas interpersonales significan atributos y puntos de reflexión que deberían ser tomados en cuenta para investigaciones futuras.

---

<sup>13</sup> Mientras las cuatro notas anteriores son compartidas por el autor de este trabajo, esta última no lo es en la medida en que incluso en estas propuestas, un excesivo control personal, eficacia personal o locus de control interno, representa un alejamiento de la realidad: no todos los actos y consecuencias, ni todas las situaciones se encuentran (ni se deben encontrar) bajo control personal. Así, por ejemplo, el resultado de una intervención de corazón, o el resultado de un accidente de tráfico. Y un fracaso esperable y razonable, por otra parte, en este control personal puede llevar consigo elementos no salutogénicos sino depresivos cuando no de rabia o agresión. Pensamos que es un problema de tipología de problemas y de interacciones así como de estructuración de estos problemas, de lo que hemos tratado en otro lugar (Pelechano, 1996c).

En suma: control personal, sentido optimista y realista de la vida y capacidad de solución de problemas interpersonales formarían un importante núcleo de dimensiones de personalidad salutogénicas que han sido reconocidas como elementos básicos del funcionamiento personal saludable dentro de la bibliografía contemporánea.

## 8. REFERENCIAS

- Angell, M. (1985). - Disease as a reflection of the psyche, *New England Journal of Medicine*, 312, 1570-1572.
- Antonovsky, A. (1991).- The structural sources of salutogenic strengths. En C. L. Cooper y R. Payne (eds.)- *Personality and stress: Individual differences in the stress process*, Chichester, UK, J. Wiley & Sons.
- Booth-Kewley, S. y Friedman, H. S. (1987). - Psychological predictors of hearth disease: A quantitative analysis, *Psychological Bulletin*, 101, 343-362.
- Costa, P. T. Jr. y McCrae, R. R. (1985).- The NEO Five Factor Inventory form S, Odessa, FL: Psychological Assessment Procedures.
- Costa, P. T. Jr. y McCrae, R. R. (1989).- NEO PI/FFI manual supplement, Odessa, FL: Psychological Assessment Procedures.
- Coyne, J. C., Ellard, J. H. y Smith, D. A. (1990).- Social support, interdependence and the dilemmas of helping. En B. R. Sarason, I. G. Sarason y G. R. Pierce (eds.)- *Social support: An interactional view*, New York, John Wiley & Sons.
- Eysenck, H. J. (1967).- *The biological basis of personality*, Springfield, Ill., Charles C. Thomas Publ. (Trad. Esp., Barcelona, Editorial Fontanella).
- Eysenck, H. J. Y Eysenck, M. W. (1987).- *Personality and individual differences*, New York, Plenum Press (Trad. Española Madrid, Editorial Pirámide).
- Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L. G., Taylor, S. E. y Falke, R. L. (1988).- Patterns of coping with cancer, *Health Psychology*, 11, 79-87.
- Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1980).-An analysis of coping in a middleaged community sample, *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Friedman, M. y Rosenman, R. H. (1974). - *Type A behavior and your heart*, New York, Knopf.
- Glass, D. C. (1977). - *Behavior patterns, stress and coronary disease*, Hillsdale, NJ, Erlbaum.
- Grossarth-Maticek, R. y Eysenck, H. J. (1990). - Personality, stress and disease: Description and validation of a new questionnaire, *Psychological Reports*, 66, 355-373.
- Grossarth-Maticek, R. y Eysenck, H. J. (1995). - Self-regulation and mortality from cancer coronary heart-disease and other causes: A prospective study, *Person. Indiv. Diff.*, 19, 781-795.

- Hinkle, L. y Wolf, H. (1957).- The nature of man's adaptation to his total environment and the relation of this to illness, *Archives of Internal Medicine*, 99, 442-460.
- Jenkins, C. D., Jono, R. T., Stanton, B. y Stroup-Benham, C. A. (1990).- The measurement of health-related quality of life: Major dimensions identified by factor analysis, *Social Science and Medicine*, 31, 925-931.
- Jenkins, C. D., Rosenman, R. H. y Friedman, M. (1967). - Development of an objective psychological test for the determination of the coronary-prone behavior pattern in employed men, *Journal of Chronic Diseases*, 20, 371-379.
- Kobasa, S. C. (1979).- Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness, *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- Levenkron, J. C., Cohen, J. D., Mueller, H. S. y Fisher, E. B. (1983).- Modifying the Type A coronary-prone behavior pattern, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 192-204.
- Marshall, G. N., Wortman, C. B., Vickers, Jr. R. R., Kusulas, W. y Herving, L. K. (1994).- The Five-Factor model of personality as a framework for personality-health research, *J. Personality and Social Psychology*, 67, 278-286.
- Mattews, K. A. y Angulo, J. (1980). - Measurement of the Type A behavior pattern in children: Assessment of children's competitiveness, impatience-anger and depression, *Child Development*, 51, 466-475.
- Mattews, K. A. y Haynes, S. G. (1986). - Type A behavior pattern and coronary disease risk: Update and critical evaluation, *American Journal of Epidemiology*, 123, 923-950.
- Pelechano, V. (1992).- Personalidad y estrategias de afrontamiento en enfermos físicos crónicos, *Análisis y Modificación de Conducta*, 18, 167-202.
- Pelechano, V. (1994).- *La psicología de la personalidad. Un enfoque histórico-conceptual*, Valencia, Promolibro.
- Pelechano, V. (1996a).- El análisis lingüístico contemporáneo: los "grandes". En V. Pelechano (coord.).- *Psicología de la personalidad. I. Teorías*, Barcelona, Ariel.
- Pelechano, V. (1996b).- Una introducción al modelo de parámetros en personalidad. En V. Pelechano (coord.).- *Psicología de la personalidad. I. Teorías*, Barcelona, Ariel.
- Pelechano, V. (1996c).- Las habilidades interpersonales en un modelo de inteligencia humana. En V. Pelechano (dir.). *Habilidades interpersonales. Teoría mínima y programas de entrenamiento*, vol. I, Valencia, Promolibro.
- Pelechano, V. (en prensa).- Familia, estrés y afrontamiento en enfermos físicos crónicos. En J. Buendía (comp.).- *Familia, estrés y enfermedad*, Madrid, Siglo XXI.
- Pelechano, V. y de Miguel, A. (1997).- Habilidades interpersonales y salud en la vejez. En J. Buendía (coord.).- *Familia, estrés y enfermedad*, Madrid, (a publicar en Siglo XXI).
- Pelechano, V., Matud, M. P. y de Miguel, A. (1993).- *Estrés, personalidad y salud: Un modelo no sexista del estrés*, Valencia, Promolibro.

- Powell, L. H., Friedman, M. Thoresen, C. E., Gill, J. J. y Ulmer, D. K. (1984).- Can Type A behavior pattern be altered after myocardial infarction? A second-year report from Recurrent Coronary Prevention Project, *Psychosomatic Medicine*, 46, 293-313.
- Price, V. A. (1982). - *Type A behavior pattern*. New York, Academic Press.
- Ragland, D. R. y Brand, R. S. (1988).- Type A behavior and mortality from coronary heart disease, *New England Journal of Medicine*, 318, 65-89.
- Rolland, J. (1987).- Family illness paradigms: Evolution and significance, *Family Systems Medicine*, 5, 482-503.
- Roskies, E., Seraganian, P., Oseasohn, R., Hanley, J. A., Collu, R., Martin, N. y Smilga, C. (1986). - The Montreal Type A intervention project: Major findings, *Health Psychology*, 5, 45-69.
- Stone, S. V. y Costa, P. T. Jr. (1990). - Disease-prone or distress-prone personality? The role of neuroticism in coronary heart disease. En H. S. Friedman (ed.)(1990). - *Personality and disease*, New York, J. Wiley and Sons.
- Swartz, M. N. (1991). - Stress and the common cold, *New England Journal of Medicine*, 325, 654-656.