

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**  
**Departamento de Personalidad, Evaluación**  
**y Tratamientos Psicológicos II**



**RELACIONES ENTRE PERSONALIDAD Y SALUD**  
**FÍSICA-PSICOLÓGICA: DIFERENCIAS SEGÚN**  
**SEXO-GENERO, SITUACIÓN LABORAL Y**  
**CULTURA-NACIÓN**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR**

**PRESENTADA POR**

**Virginia Dresch**

Bajo la dirección de la doctora:  
María del Pilar Sánchez López

**Madrid, 2006**

**ISBN: 978-84-669-2985-1**

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**RELACIONES ENTRE PERSONALIDAD Y SALUD FÍSICA / PSICOLÓGICA:**  
**DIFERENCIAS SEGÚN SEXO / GÉNERO, SITUACIÓN LABORAL Y**  
**CULTURA / NACIÓN**

Tesis Doctoral

Autora: **Virginia Dresch**

Directora: **Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> María del Pilar Sánchez López**

Madrid, Agosto de 2006.

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**RELACIONES ENTRE PERSONALIDAD Y SALUD FÍSICA / PSICOLÓGICA:**  
**DIFERENCIAS SEGÚN SEXO / GÉNERO, SITUACIÓN LABORAL Y**  
**CULTURA / NACIÓN**

Programa de Doctorado:

*Diferencias de Género, Trabajo y Salud*

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos II  
(Psicología Diferencial y Psicología del Trabajo)

*Con el apoyo del Programa Alfañ,  
Programa de Becas de Alto Nivel de la Unión Europea para América Latina,  
número de identificación E03D01361BR.*

## **AGRADECIMIENTOS**

Llevar a cabo una empresa de estas características no es trabajo sólo de uno. Muchas fueron las personas que colaboraron para que esta Tesis viera la luz, a las que estoy muy agradecida.

En primer lugar quiero agradecer a mi Directora de Tesis, la Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> María del Pilar Sánchez López, Catedrática de esta Universidad, que más que dirigir cada paso de esta Tesis Doctoral, ha dedicado su valioso tiempo en formar a una Doctora en todo lo que esto conlleva. Con ella he aprendido a elaborar publicaciones científicas nacionales e internacionales, a preparar presentaciones en congresos y reuniones científicas, a solicitar, elaborar informes y llevar a cabo proyectos de investigación y programas de formación subvencionados por organismos públicos y privados, a preparar e impartir una clase empleando todos los recursos y medios disponibles, y un sin fin de etc. Además de todo lo que he aprendido de ella, quiero agradecer su apoyo y acogida. Sus palabras de ánimo y la seguridad que siempre me ha transmitido en los momentos difíciles fueron cruciales para que pudiera llevar a cabo una formación de estas características, agravada por tratarse de un país extranjero en mi caso. Me siento muy afortunada por haberla conocido.

Agradecer la acogida y orientación del Prof. Dr. Danilo Rodrigues Silva, Catedrático de la *Universidade de Lisboa* y entonces Presidente de la *Sociedade Portuguesa de Psicologia*, durante mi estancia en la *Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação*. Su trayectoria en la historia de la Psicología en Portugal, marcada por la ética y profesionalidad, ha sido un aval muy importante a la hora de realizar la recogida de datos en las Instituciones con las que contacté en Lisboa. Asimismo, sus aportaciones y consejos siempre fueron muy oportunos para que los objetivos establecidos previamente fuesen cumplidos en Lisboa.

Agradecer a la Unión Europea por haberme concedido una Beca Alban (Becas de Alto Nivel de la Unión Europea para América Latina). El que este proyecto llegara a buen puerto ha sido debido a dos motivos principalmente. Por un lado, por haber tenido la subvención que he recibido y por otro lado, por haber podido elegir realizar esta formación en la Universidad Complutense de Madrid; una Institución de prestigio, reconocida nacional e internacionalmente, que ofrece a sus alumnos una amplia riqueza de recursos, tanto humanos (profesorado) como estructurales (bibliotecas, laboratorios, etc.), consolidados tras sus más de 700 años de historia, y que cuenta con más de 100 mil alumnos en la actualidad. Además, el poder hacer esta formación en España, hace con que me vaya de Madrid con algo más que un Título; llevo conmigo un bagaje cultural de gran importancia y la experiencia de haber vivido durante 36 meses en un país europeo, que prima por el estado de bienestar de las personas que lo integran.

Agradecer el apoyo del “Centro Universitário Feevale”, del cual formo parte como docente, especialmente al Prof. Ms. Ramon Fernando da Cunha, por su apoyo a la hora de solicitar la Beca Alban, aceptando ser mi tutor en la Institución de origen, y por

facilitarme todo lo necesario para la interrupción de mi actividad docente durante los 36 meses de mi estancia en Madrid para perpetrar esta formación.

Agradecer a las Instituciones que me permitieron recoger datos. En Portugal, al “*Instituto Nacional de Emprego e Formação Profissional*” – especialmente a las Oficinas de Lisboa del “*Centro de Emprego Conde Redondo*”, del “*CITEFORMA - Centro de Formação Profissional dos Trabalhadores de Escritório, Comércio, Serviços e de Novas Tecnologias*”, del “*CENFIM – Centro de Formação Profissional da Indústria Metalúrgica e Metalmeccânica*”, del “*CPJustiça – Centro de Formação Profissional para o Sector da Justiça*” y del “*CEFOSAP – Centro de Formação Sindical e Aperfeiçoamento Profissional*” – y a la “*Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias*”. En Brasil, agradecer al “*SINE – Sistema Nacional de Emprego*”, a la “*Secretaria Municipal da Saúde*”, a la Consulta Privada de la médica Carmem Helena Snel, a la Agencia de Recursos Humanos “*Produtive*” y al “*Centro Universitário Feevale*”. En España, agradecer al “*Grupo de Investigación Estilos Psicológicos, Género y Salud*”, acreditado oficialmente por la Universidad Complutense de Madrid, por la Comunidad Autónoma de Madrid y por la Agencia Nacional de Evaluación y Prospectiva (ANEP), dirigido por la Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> María del Pilar Sánchez - del que he empezado a formar parte y con el que pretendo seguir trabajando desde el otro lado del Atlántico - por haberme proporcionado los datos españoles que se incluyen en esta investigación y por permitirme el acceso al cuerpo de conocimientos que ha solidificado tras sus más de diez años de existencia.

Agradecer a las más de 1377 personas que amablemente han aceptado formar parte de la muestra, dedicando parte de su precioso tiempo, dentro del apretado horario laboral,

escolar y personal, para contestar a los más de 300 ítems de los cuestionarios que se han utilizado para medir las variables de esta investigación.

Agradecer la acogida y solidaridad del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos II (Psicología Diferencial y Psicología del Trabajo) de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.

Finalmente, agradecer y dedicar esta Tesis Doctoral al ala femenina de mi familia (madre, hermanas y sobrinas), especialmente a mi madre, que siempre nos ha motivado a romper con el papel tradicional femenino, a independizarnos apostando por una carrera profesional, a ser autoras de nuestra propia historia y por mostrarnos que todo es posible cuando uno se empeña en buscar los medios para hacer de los sueños realidad.

# ÍNDICE

## PARTE I. CONTEXTUALIZACIÓN TEÓRICA

<b>Capítulo 1 – Introducción</b> .....	Pág. 12
<b>Capítulo 2 – Personalidad: el modelo de Theodore Millon</b> .....	Pág. 21
2.1 – Características conceptuales.....	Pág. 25
2.2 – El desarrollo de la personalidad.....	Pág. 29
2.3 – La personalidad normal y la psicopatología.....	Pág. 34
2.4 – Las herramientas de evaluación clínica y de la personalidad.....	Pág. 38
2.5 – Psicoterapia sinérgica y psicoinergia.....	Pág. 40
<b>Capítulo 3 – Relaciones entre personalidad y salud/ enfermedad</b> .....	Pág. 44
3.1 – Los conceptos de salud.....	Pág. 46
3.2 – La Psicología de la Salud.....	Pág. 51
3.3 – La influencia de la personalidad sobre la salud/ enfermedad.....	Pág. 53
3.4 – Personalidad y enfermedades/indicadores de salud específicos.....	Pág. 62
3.3.1 – Enfermedades Cardiovasculares.....	Pág. 75
3.3.2 – Cáncer.....	Pág. 84
3.5 – Los estudios realizados con el modelo de personalidad de Millon.....	Pág. 90
3.6 – El estado de la cuestión.....	Pág. 91
<b>Capítulo 4 – Diferencias según sexo/género, situación laboral y cultura/nación en la relaciones entre personalidad y salud</b> .....	Pág. 95
4.1 – Diferencias según sexo/género.....	Pág. 96
4.1.1 – Diferencias según sexo/género en salud.....	Pág. 97
4.1.2 – Diferencias según sexo/género en personalidad.....	Pág. 103
4.1.3 – Diferencias según sexo/género en las relaciones entre personalidad y salud.....	Pág. 107
4.1.3.1 – Estudios realizados sólo con mujeres.....	Pág. 108
4.1.3.2 – Estudios realizados sólo con hombres.....	Pág. 111
4.1.3.3 – Estudios realizados con ambos sexos.....	Pág. 113
4.2 – Diferencias según cultura/nación.....	Pág. 118
4.2.1 – Diferencias según cultura/nación en salud.....	Pág. 119
4.2.2 – Diferencias según cultura/nación en personalidad....	Pág. 122
4.3 – Diferencias según situación laboral.....	Pág. 126
4.4 – A modo de resumen.....	Pág. 130

## PARTE II. INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

<b>Capítulo 5 – Método</b> .....	Pág. 133
5.1 – Predicciones.....	Pág. 134
5.2 – Participantes.....	Pág. 142
5.2.1 – España.....	Pág. 143
5.2.2 – Portugal.....	Pág. 144
5.2.2.1 – Análisis de las relaciones entre personalidad y salud.....	Pág. 144
5.2.2.2 – Análisis de la validez externa/convergente del MIPS.....	Pág. 145
5.2.3 – Brasil.....	Pág. 146
5.2.3.1 – Análisis de las relaciones entre personalidad y salud.....	Pág. 146
5.2.3.2 – Análisis de la validez externa/convergente del MIPS.....	Pág. 147
5.3 – Instrumentos.....	Pág. 147
5.3.1 – Cuestionarios de medida de la personalidad.....	Pág. 148
5.3.1.1 – MIPS.....	Pág. 149
5.3.1.2 – NEO PI-R y NEO-FFI.....	Pág. 150
5.3.1.3 – IFP.....	Pág. 153
5.3.2 – Cuestionarios de medida de la salud psicológica.....	Pág. 153
5.3.2.1 – ISRA.....	Pág. 155
5.3.2.2 – RES.....	Pág. 156
5.3.2.3 – Cuestionario de Satisfacción Personal.....	Pág. 156
5.3.3 – Cuestionarios de medida de la salud física.....	Pág. 157
5.3.3.1 – Cuestionario de Dolencias Físicas.....	Pág. 157
5.3.3.2 – Cuestionario de Salud Percibida.....	Pág. 158
5.4 – Procedimiento.....	Pág. 158
5.4.1 – Traducción y adaptación de los instrumentos.....	Pág. 158
5.4.2 – Aplicación de los instrumentos.....	Pág. 161
5.5 – Análisis de datos.....	Pág. 163
5.5.1 – Estudio 1. Análisis psicométrico de los instrumentos.....	Pág. 163
5.5.2 – Estudio 2. Relaciones entre personalidad y salud.....	Pág. 165
5.5.3 – Estudio 3. Diferencias según sexo/género, situación laboral y cultura/nación en las relaciones entre personalidad y salud.....	Pág. 166
<b>Capítulo 6 – Resultados</b> .....	Pág. 167
6.1 – Estudio 1: Análisis psicométrico de los instrumentos.....	Pág. 169
6.1.1 – MIPS.....	Pág. 169
6.1.1.1 – Versión portuguesa.....	Pág. 170
6.1.1.2 – Versión brasileña.....	Pág. 176
6.1.2 – ISRA, RES y Cuestionario de Dolencias Físicas.....	Pág. 181
6.2 – Estudio 2: Relaciones entre personalidad y salud.....	Pág. 182
6.2.1 – Estadísticos descriptivos.....	Pág. 182
6.2.2 – Análisis correlacional.....	Pág. 186
6.2.3 – Diferencias de medias.....	Pág. 192

6.3 – Estudio 3: Diferencias según sexo/género, situación laboral y cultura/nación en las relaciones entre personalidad y salud .....	Pág. 197
6.3.1 – Diferencias según sexo/género y cultura/nación.....	Pág. 198
6.3.1.1 – En la muestra española.....	Pág. 198
6.3.1.2 – En la muestra portuguesa.....	Pág. 199
6.3.1.3 – En la muestra brasileña.....	Pág. 201
6.3.2 – Diferencias según situación laboral y cultura/nación	Pág. 205
6.3.2.1 – En la muestra española.....	Pág. 205
6.3.2.2 – En la muestra portuguesa.....	Pág. 207
6.3.2.3 – En la muestra brasileña.....	Pág. 210
6.4 – Resumen de las correlaciones.....	Pág. 215
<b>Capítulo 7 – Discusión y Conclusiones.....</b>	<b>Pág. 218</b>
7.1 – Estudio 1: Análisis psicométrico de los instrumentos.....	Pág. 219
7.2 – Estudio 2: Relaciones entre personalidad y salud.....	Pág. 221
7.3 – Estudio 3: Diferencias según sexo/género, situación laboral y cultura/nación.....	Pág. 237
7.3.1 – Diferencias según sexo y cultura/nación.....	Pág. 238
7.3.2 – Diferencias según situación laboral y cultura/nación.....	Pág. 246
7.4 – Consideraciones finales.....	Pág. 256
<b>Capítulo 8 – Limitaciones y perspectivas futuras.....</b>	<b>Pág. 259</b>
<b>Anexos</b> ( <i>Introducción y Conclusiones redactadas en portugués</i> ).....	<b>Pág. 263</b>
<b>Capítulo 1 – Introdução .....</b>	<b>Pág. 264</b>
<b>Capítulo 7 – Discussão e Conclusões.....</b>	<b>Pág. 273</b>
7.1 – Estudo 1. Análise psicométrica dos instrumentos.....	Pág. 274
7.2 – Estudo 2. Relações entre personalidade e saúde.....	Pág. 276
7.3 – Estudo 3. Diferenças segundo sexo/gênero, situação laboral e cultura/nação.....	Pág. 292
7.3.1 – Diferenças segundo sexo e cultura/nação.....	Pág. 292
7.3.2 – Diferenças segundo situação laboral e cultura/nação.....	Pág. 301
7.4 – Considerações finais.....	Pág. 311
<b>Índice de Tablas, Gráficos, Figuras y Cuadros.....</b>	<b>Pág. 314</b>
<b>Referencias bibliográficas.....</b>	<b>Pág. 321</b>

**PARTE I**  
**CONTEXTUALIZACIÓN TEÓRICA**

## **Capítulo 1**

### **Introducción**

## 1 – Introducción

La investigación que se presenta ha dado sus primeros pasos en el año 1998, cuando todavía era alumna de Licenciatura en Psicología y vine a Madrid por primera vez para una estancia de dos meses en el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos II de la Universidad Complutense de Madrid, bajo la supervisión de la Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> María del Pilar Sánchez López; subvencionada por una beca de la Agencia Española de Cooperación Internacional (Ministerio de Asuntos Exteriores). Desde entonces, la búsqueda de los recursos que permitiesen desarrollarla dentro del Programa de Doctorado ofrecido por el Departamento fue intensa, culminando con la obtención de una Beca Alban (Programa de Becas de Alto Nivel de la Unión Europea para América Latina), lo que permitió que este proyecto pudiera ver la luz en sólo español.

Esta Tesis Doctoral ha sido desarrollada, cumpliendo con todos y cada uno de los requisitos necesarios para la inclusión de la Mención Europea “*Doctor Europeus*” en el Título de Doctor (Real Decreto 56/2005, de 21 de enero). La estancia de tres meses correspondiente se ha realizado en la *Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação* de la *Universidade de Lisboa*, en la que se desarrollaron actividades relacionadas con el contenido de esta Tesis de Doctorado, entre ellas, la recogida de datos de la muestra portuguesa. Los informes que se exigen, de dos expertos con el grado de Doctor pertenecientes a Centros de Educación y/o de Investigación de Estados miembros Europeos, distintos al español, han sido solicitados al Prof. Dr. Danilo Rodrigues Silva, Catedrático de la *Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação*

de la *Universidade de Lisboa* (Portugal), y a la Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Dóris Vasconcellos Salençon, Profesora Asociada del *Institut de Psychologie* de la *Université René Descartes - Paris V* (Francia). Además, la redacción de la introducción y de las conclusiones de la presente Tesis Doctoral se ha realizado también en otra lengua oficial de la Unión Europea, en portugués en este caso (ver Anexos). Para finalizar lo requisitos, en el momento de la defensa pública, parte de la lectura se realizará en portugués también y al menos uno de los miembros del Tribunal será un experto con grado de Doctor perteneciente a otro estado miembro Europeo distinto al español, diferente de los que han facilitado los informes comentados anteriormente.

Esta investigación parte de tres proyectos de investigación más amplios, llevados a cabo por el Grupo de Investigación Estilos Psicológicos, Género y Salud (EPSY) en los últimos años; dos de ellos bajo la dirección de la Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> María del Pilar Sánchez López, subvencionados por el Instituto de la Mujer del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales<sup>1</sup>, y uno bajo la dirección de la Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Violeta Cardenal Hernáez, subvencionado por el Ministerio de Educación y Ciencia<sup>2</sup>. Estos proyectos incluyen muestras representativas de la población española, tanto de la zona urbana como de la rural, así como de mujeres maltratadas, y considera un amplio abanico de variables, además de personalidad y salud. La muestra española incluida en esta Tesis Doctoral, se refiere a los datos circunscritos a Madrid recogidos para estos proyectos.

---

<sup>1</sup> “Mujer, trabajo y salud: influencia de los estilos de personalidad, el trabajo, la edad y el sexo en el grado de satisfacción personal y estrés en tres grupos de mujeres” (Referencia 51/99).

“Estilos de personalidad, mujer y salud: análisis de las variables psicológicas diferenciales de mujeres en contexto rural/urbano y de mujeres víctimas de malos tratos” (Referencia 42/02).

<sup>2</sup> “Personalidad, estrés crónico y salud: influencia de factores psicosociales en la salud mental/física y en el inicio/evolución de enfermedades físicas” (Referencia BSO2002-00910).

A raíz de estos proyectos de investigación que se llevaron a cabo a lo largo de estos años, el EPSY ha desarrollado muchos trabajos en el área de la personalidad y la salud. La mayoría de estos trabajos fueron publicados como libros y capítulos de libros (p.ej., Sánchez-López & Casullo, 2000; Sánchez-López, 2003, 2005), como artículos en revistas nacionales e internacionales (p.ej., Sánchez-López, Dresch & Cardenal-Hernández, 2005; Cardenal, Sánchez López & Ortiz, 2005; Sánchez-López, Aparicio-García & Dresch, 2006), como presentaciones en Congresos Internacionales (p.ej., Dresch, Sánchez-López & Aparicio, 2004; Sánchez-López, Dresch & Cardenal, 2005 y Dresch, Sánchez-López & Cardenal, 2006) y servido de base para Memorias de Licenciatura y Tesis Doctorales.

Es en este contexto donde se sitúa esta investigación. Se pretende analizar las relaciones entre personalidad y salud desde una perspectiva distinta a la tradicional, que, a nuestro entender, puede contribuir a aclarar las relaciones entre estas dos variables, ya que no buscamos relaciones con variables de personalidad aisladas sino con estilos de personalidad. Cabe resaltar, que se desconoce otro estudio que aplique el modelo de personalidad de Millon para analizar las relaciones entre personalidad y salud/enfermedad; lo hemos elegido porque *a priori* nos permite un análisis más fino de los rasgos de personalidad que si utilizamos grandes bloques de variables, además de proporcionarnos un marco teórico sobre el que interpretarlos. El uso del Inventario de Estilos de Personalidad de Millon - MIPS como instrumento que operativiza la medida de la personalidad normal en el modelo, nos ha permitido llegar a conclusiones aclaradoras, que se abordarán a lo largo del trabajo.

Además de este objetivo general, se incluyen otros dos. Un objetivo previo que consiste en analizar si los instrumentos utilizados cumplen con los requisitos psicométricos necesarios para su uso como medida de la personalidad en las muestras en que no se encuentren estandarizados y publicados. Y un objetivo secundario, que consiste en verificar si las variables demográficas sexo/género, situación laboral y cultura/nación (española, portuguesa y brasileña) modulan estas relaciones, lo que es bastante novedoso, ya que no todos los estudios analizados desagregan los resultados por sexo y son todavía más escasos los que comparan muestras de distintos países o según la situación laboral de los sujetos.

Esta Tesis Doctoral consta de dos partes, la primera comprende la Contextualización Teórica y la segunda la Investigación Empírica. La Contextualización Teórica está compuesta por tres Capítulos, además de esta Introducción (Capítulo 1).

El Capítulo 2 trata del modelo de personalidad de Theodore Millon. Este modelo se caracteriza fundamentalmente por una visión global, comprehensiva, estructurada e integrada, que pretende la unión de los distintos componentes de la labor clínica desde los principios científicos universales (teoría de la evolución) hasta la intervención (siempre orientada a la persona) es decir, el tratamiento, pasando, sin discontinuidades, por el estudio de la teoría de la personalidad, la clasificación de las patologías y la evaluación psicológica (Sánchez-López, 2001).

El Capítulo 3 analiza los estudios previos relacionados con el objetivo foco de esta investigación. El interés por determinar la influencia de la personalidad sobre la salud de las personas no es reciente; ha estado presente desde hace más de 2000 años, con los

estudios de Galeno en la antigua Roma, lo que sugiere que algo de verdadero debe haber en el vínculo entre estas variables. Desde entonces muchos fueron los estudios realizados que intentaron arrojar algo de luz sobre esta particular relación, sobretodo a partir de la segunda mitad del siglo XX, a raíz del desarrollo del modelo biopsicosocial y, como consecuencia, de la Psicología de la Salud. Tras el análisis de la bibliografía, principalmente los estudios publicados durante los últimos cinco años, todo parece indicar que la personalidad es una variable muy importante a tenerse en cuenta a la hora de analizar la salud o las enfermedades de las personas, sobretodo cara al diseño de la intervención terapéutica.

En el Capítulo 4 se abordan las diferencias en las relaciones entre personalidad y salud según las tres variables demográficas que se han incluido en esta investigación: el sexo/género, la situación laboral y la cultura/nación de los sujetos. En lo que respecta a las diferencias según sexo/género en las relaciones entre personalidad y salud, es relevante destacar que las diferencias encontradas pueden estar explicadas en parte por el papel social (género) desempeñado por los sujetos. Este es el caso de la Ira como rasgo, por ejemplo; mientras en los hombres es la expresión de la ira lo que les hace más vulnerable a las enfermedades cardiovasculares, en las mujeres es la inhibición de la ira la que las vuelve más propensas al aumento de la tensión sanguínea (Sctuteri, Parsons, Chesney & Anderson, 2001). Es decir, el papel social masculino, que les permite expresar su agresividad por un lado y el papel social femenino, que les exige ocultar su agresividad, les hace más vulnerables a las enfermedades cardiovasculares en este caso.

No se ha encontrado ningún estudio que analice las diferencias según situación laboral y cultura/nación en las relaciones entre personalidad y salud en conjunto, pero sí se han analizado estudios independientes que consideren a una de estas variables. Así, en cuanto a las diferencias culturales en salud, los resultados de los estudios apuntan a que las diferencias encontradas pueden ser debidas a las distintas conductas de riesgo o de salud adoptadas por las diferentes culturas/naciones. Por otro lado, en cuanto a la personalidad, los estudios indican que las culturas relacionadas histórica y geográficamente demuestran perfiles de personalidad semejantes. Por último, en cuanto a la situación laboral, variable que en nuestra sociedad tiene tanta importancia sobre la vida de las personas hoy en día, se ha encontrado, por ejemplo, que el hecho de realizar un trabajo remunerado o reproductivo (tareas del hogar) o estar en paro puede ser una fuente de influencia sobre la salud de las personas.

La segunda parte de este trabajo, es decir, la investigación empírica, está compuesta por otros tres Capítulos. El Capítulo 5 detalla el método que se ha seguido, o sea, se describen las predicciones, los participantes, los instrumentos, los procedimientos y los análisis de datos realizados. Como era esperable por tratarse de una investigación que incluye tres países (España, Portugal y Brasil), muchos fueron los obstáculos en el terreno metodológico que se presentaron por el camino. En el caso de Brasil, el proyecto de investigación y los instrumentos aplicados, tuvieron que ser sometidos a la aprobación del “*Comitê de Ética em Pesquisa*” del “*Centro Universitário Feevale*”, órgano local que aplica la Resolución 196/1996 de 10 de octubre del *Conselho Nacional de Saúde* brasileño, en la que se regula la investigación que incluye seres humanos. Siguiendo la normativa vigente, los participantes brasileños han tenido que dar su consentimiento por escrito, en un comunicado en que también firmaba la autora, en el

que se explicaban los objetivos y el trato que se darían a los datos de la investigación. Una copia del consentimiento se quedaba con el participante y la otra con la autora.

Además, la versión brasileña del 16 PF - el único instrumento que coincidía con los utilizados por Millon para el análisis de la validez externa/convergente del MIPS en la versión original - tenía su uso prohibido por el “*Conselho Federal de Psicologia - CFP*” por no cumplir con los requisitos establecidos por su “*Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos*”. Por esta razón, se ha tenido que optar por otro instrumento, el IFP - “*Inventario Fatorial de Personalidade*” en este caso, que era el único test de medida de la personalidad normal que estaba autorizado por el CFP en aquel momento.

En el Capítulo 6 se presentan los Resultados, de acuerdo con cada predicción establecida. La primera Predicción corresponde al Estudio 1, en el que se analizan las propiedades psicométricas de los instrumentos. En el caso del Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (MIPS), se ha calculado la consistencia interna, a través del alfa de Cronbach y del procedimiento de las dos mitades, la validez interna (intercorrelaciones entre las escalas) y la validez externa, para el cual se aplicó simultáneamente el MIPS el NEO PI-R en Portugal y el IFP en Brasil en una muestra de universitarios. En el caso de los demás instrumentos, se ha calculado el alfa de Cronbach (consistencia interna). El Estudio 2 corresponde a la segunda predicción, en la que se analizan las relaciones entre personalidad y salud física/psicológica. Para lograr este objetivo, primeramente se ha calculado las correlaciones entre los factores del NEO (en la muestra española) / las escalas del MIPS (en las muestras portuguesa y brasileña) y el Índice Global de Salud Física /Psicológica, construido a raíz de las puntuaciones en Dolencias Físicas, Salud Percibida, Ansiedad, Autoestima y Satisfacción Personal. En

segundo lugar, se han analizado las diferencias de medias en personalidad entre grupos extremos según el estado de salud de los sujetos, es decir, entre el grupo con “buena” y con “mala” salud. La tercera predicción está recogida en el Estudio 3, en el que se repite el cálculo de las correlaciones realizado en el Estudio 2, primero para hombres y mujeres y a continuación para amas de casa, mujeres empleadas, mujeres en paro, hombres empleados y hombres en paro por separado y para cada muestra; con el objetivo de verificar si las variables sexo/género, situación laboral y cultura/nación modulan las relaciones entre personalidad y salud.

En el Capítulo 7 se discuten los Resultados descritos en el capítulo anterior y se apuntan algunas conclusiones a las que se ha llegado en este Trabajo. Como era esperable, algunas predicciones establecidas se confirman parcialmente y otras en su totalidad. Por último, en el Capítulo 8, se comentan las limitaciones y se apuntan algunas perspectivas futuras cara a las conclusiones aportadas por esta investigación.

## **Capítulo 2**

### **Personalidad: el modelo de Theodore Millon**

## 2 – Personalidad: el modelo de Theodore Millon

El modelo de personalidad de Theodore Millon se caracteriza fundamentalmente por una visión global, comprehensiva, estructurada e integrada, que pretende la integración de los distintos componentes de la labor clínica desde los principios científicos universales (teoría de la evolución) hasta la intervención (siempre orientada a la persona) es decir, el tratamiento, pasando, sin discontinuidades, por el estudio de la teoría de la personalidad, la clasificación de las patologías y la evaluación psicológica (Sánchez-López, 2001). Este modelo todavía es poco conocido fuera de Estados Unidos de América, no obstante, en España, el Grupo de Investigación Estilos Psicológicos, Género y Salud (EPSY) lo está dando a conocer desde hace varios años, en los que ha estandarizado a la población española dos de sus instrumentos de medida más importantes: el Inventario Clínico Multiaxial de Millon - MCMI-III y el Inventario de Estilos de Personalidad de Millon – MIPS, que describiremos más adelante.

Las razones que nos llevaron a elegir el modelo de personalidad de Theodore Millon y el Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (MIPS a partir de ahora) como medida de la personalidad, están relacionadas con las características del modelo y de la investigación que se presenta. Tomando la personalidad como centro, Millon estructura su modelo destacando la necesidad de la construcción de una Ciencia Clínica Psicológica (Millon, 2000; Millon, 2003; Millon, 2005; Millon & Grossman, 2005) que incluya:

1. **Principios científicos universales** que se desprenden de las leyes de la naturaleza. A pesar de sus variadas formas de expresión (p.ej., física, química,

psicología), estos principios pueden reflejar los procesos de evolución fundamentales y de este modo proporcionar una estructura subyacente para guiar y construir teorías orientadas al sujeto.

2. **Una teoría orientada al sujeto**, esto es, esquemas conceptuales, explicativos y heurísticos, de la expresión de la naturaleza llamados personología y psicopatología. Esta teoría debería ser consistente con conocimientos establecidos tanto en ciencias propias como relacionadas (p.ej. biología, sociología) y desde proposiciones aceptables y con precisión acerca de las condiciones clínicas deducidas y comprendidas, permitiendo así el desarrollo de una terapia y un sistema formal de clasificación.
3. **Una taxonomía de los patrones de personalidad y síndromes clínicos**, es decir, una clasificación y nosología derivadas lógicamente de la teoría de la personología/psicopatología. Estas importantes categorías serían agrupadas y diferenciadas fácilmente, permitiendo de este modo el desarrollo de instrumentos de evaluación coordinados y relevantes.
4. **Herramientas integradas de evaluación clínica y de la personalidad**, o sea, instrumentos que son desprendidos empíricamente y sensibles cuantitativamente. Estos deberían permitir que las proposiciones teóricas y las hipótesis sean investigadas y evaluadas, de modo a poder identificarlas fácilmente (diagnosticar) y medirlas (dimensionar), especificando así las claves para las futuras intervenciones.
5. **Intervenciones terapéuticas sinérgicas**, esto es, estrategias y modalidades de tratamiento coordinadas. Estas deberían ser designadas acorde con la teoría, incorporando y sintetizando diversas técnicas terapéuticas (interpersonal, cognitiva, intrapsíquica, bioquímica) y ser orientadas a modificar tanto la

problemática clínica como las características personológicas, en consonancia con los estándares profesionales y las responsabilidades sociales.

La coordinación de estos cinco elementos constituyen la esencia de la ciencia clínica propuesta por el autor. Según Millon, trabajando juntos, estos componentes producirán conocimientos integrados que superan la suma de las partes individuales que lo constituyen. Justamente porque cada persona es una unidad intrínseca, cada componente de la ciencia clínica no puede quedarse como un elemento separado en un potpurri de partes desconectadas.

Además de las características *per se*, se considera que este sería un modelo de personalidad apropiado para analizar las relaciones entre personalidad y salud física / psicológica. Autores como Frideman y Booth-Kewley (1987a), en un metanálisis de 229 estudios en que se analizaron las relaciones entre personalidad y algunas enfermedades crónicas (cardiovasculares, asma, úlcera, dolor de cabeza y artritis), publicados entre 1945 y 1984, recomiendan que las futuras investigaciones en este área deberían incluir modelos que evalúen al menos más de un rasgo de personalidad, que las dimensiones empleadas no sean tan globales (p.ej. los factores) y que su medida tenga un soporte teórico que la explique y no índices de carácter meramente empírico (p. ej., los modelos factoriales) como en la mayoría de los casos. El modelo de personalidad de Millon cumple con todos los requisitos: el instrumento que el autor desarrolla para la medida de la personalidad normal (MIPS) está construido sobre un modelo teórico y está compuesto por 24 variables de personalidad interrelacionadas que conformarán los estilos de personalidad del sujeto.

A continuación, se detallan las bases sobre las que se construye el modelo de personalidad de Millon, así como sus principales conceptos.

## 2.1 – Características conceptuales

El modelo de personalidad de Millon ha pasado por dos etapas más o menos diferenciadas: la primera etapa es aquella en la que se realiza la formulación de un modelo funcional interpersonal; en la segunda ya aparece un modelo evolucionista integrador que marca profundamente la obra del autor (Ávila-Espada & Herrero, 1995; Davis, 1999; Quiroga-Romero, 2000). Nosotros añadiríamos una tercera etapa, centrada principalmente en la psicoterapia sinérgica y el concepto de psicodinergia, objeto de interés de sus publicaciones más recientes que trataremos en el punto 2.5.

El esquema completo del modelo fue publicado por Millon hace más de 30 años (Millon, 1969) y revisado en escritos posteriores (Millon, 1981, 1986a, 1986b), concebido como una teoría del aprendizaje biosocial. Millon, utilizando algunas ideas de Skinner (Quiroga-Romero, 2000), intentó generar categorías de personalidad establecidas y reconocidas, a partir de la deducción formal, a la vez que trató de mostrar su covariación con otros trastornos mentales (Millon & Davis, 2004).

En los años 90, Millon redefinió su modelo de personalidad y sus trastornos (Millon, 1990; 1999; Millon & Klerman, 1986). El cambio fundamental reflejaba una reevaluación de las características más profundas o latentes en las que se basa el funcionamiento humano. El autor llegó a la conclusión de que la mejor manera de explicar las leyes más profundas del funcionamiento humano consistía en examinar los

principios universales derivados de manifestaciones no psicológicas de la naturaleza. Millon dedujo que los principios y procesos de la evolución eran esencialmente universales, aunque se expresaran de forma diferente en el terreno psicológico (Millon, 2003; Millon & Davis, 2004).

Millon parte de la concepción de que todas las especies buscan los mismos principios básicos: alimentarse, sobrevivir a otras especies y reproducirse para transmitir su herencia. Sin embargo, cada especie tiene su medio de adaptarse y su estilo de supervivencia. En esta línea, la personalidad podría ser concebida como el estilo más o menos distintivo de funcionamiento adaptativo que un miembro de una especie presenta para relacionarse con su gama típica de ambientes (Millon, 1990; 1994a; 2000, 2003). De este modo, podría señalarse un paralelismo entre la filogénesis de la evolución genética de las especies y el desarrollo ontogenético de las estrategias individuales de adaptación (es decir, el estilo de personalidad).

Con el fin de obtener una base conceptual acorde con estas ciencias y construir un modelo preliminar sobre los estilos normales y patrones anormales de la personalidad, Millon (1990; 2000) utilizó constructos bipolares derivados de los principios evolutivos y ecológicos denominados "existencia", "adaptación", "replicación" y "abstracción" (ver Tabla 2.1).

"Existencia", respecto a los principios evolutivos y ecológicos, se refiere a la transformación casual de los estados menos organizados en estados con estructuras distintivas de mayor organización. Los mecanismos evolutivos asociados a esta etapa se relacionan con procesos de potenciación y preservación de la vida. El primero tiene que

ver con la tendencia de los individuos hacia una mejor calidad de vida, y el segundo, con la tendencia a las acciones o entornos que disminuyen la calidad de vida o incluso ponen en peligro la propia existencia (Millon & Davis, 2004).

**Tabla 2.1 - Principios evolutivos/ecológicos y respectivo constructo bipolar propuesto por Millon**

Principio evolutivo/ecológico	Descripción	Constructo Bipolar
Existencia	Se relacionan con procesos de potenciación y preservación de la vida.	placer-dolor
Adaptación	Hace referencia a los procesos homeostáticos utilizados para sobrevivir en los ecosistemas abiertos.	actividad-pasividad
Replicación	Pertenece a los estilos de reproducción que maximizan la diversificación y la selección de los atributos ecológicamente efectivos.	hacia sí mismo-hacia los demás
Abstracción	Se refiere a la capacidad de reflexión para trascender lo inmediato y lo concreto, interrelacionar y sintetizar la diversidad, representar simbólicamente los acontecimientos y procesos, sopesar, razonar y anticipar	externa-interna tangible-intangible intelecto-afecto asimilación-imaginación

En términos psicológicos, los objetivos de la "existencia", indican que existen dos tendencias opuestas en equilibrio, la dimensión placer-dolor y que en última expresión, las motivaciones apuntan hacia una de estas dos direcciones: la tendencia hacia los acontecimientos que son atractivos o que nos refuerzan positivamente, frente a la tendencia a alejarse de los que son aversivos o son reforzados negativamente (Millon & Davis, 2004).

"Adaptación", en términos generales evolutivos y ecológicos, hace referencia a los procesos homeostáticos utilizados para sobrevivir en los ecosistemas abiertos. Esta segunda etapa evolutiva también refleja una polaridad: la orientación pasiva, es decir, la acomodación ecológica en el nicho ambiental frente a la orientación activa, es decir, la

modificación ecológica que supone la posibilidad de intervención o alteración del propio entorno (Millon & Davis, 2004).

En términos psicológicos, "adaptación" se relaciona con los modos de supervivencia primarios y se representa por la polaridad actividad-pasividad. Esta polaridad se refiere a que el amplio abanico de comportamientos en los que puede verse involucrado una persona puede ser agrupado en función de si el individuo toma la iniciativa para configurar los acontecimientos que le rodean o si su comportamiento es básicamente reactivo ante ellos. Se caracteriza por tener un estilo "pasivo", inerte, reactivo y estático frente a una actividad "activa", alerta, emprendedora y móvil (Millon & Davis, 2004).

"Replicación", desde el punto de vista de los principios evolutivos y ecológicos, se refiere a las estrategias utilizadas para reproducir organismos efímeros, a los métodos que tienden a maximizar el individualismo y la protección de la progenie y a la bipolaridad sí mismo /otros. Estas estrategias están relacionadas con lo que los biólogos denominan estrategias "r", de autopropagación, en un extremo y estrategias "K" o de educación de otros en el otro extremo (Millon & Davis, 2004).

En términos psicológicos, "replicación" implica la polaridad sujeto-objeto que se refiere a que entre todos los objetos de nuestro entorno existen dos que se destacan entre los demás por su poder para afectarnos: nosotros mismos y los otros. Es decir, se basa en dónde busca uno su fuente de refuerzo y satisfacción, si en sí mismo, promocionando y extendiendo el propio "yo", o en "los otros", protegiéndoles (Millon & Davis, 2004).

"Abstracción" se refiere a la capacidad de reflexión para trascender lo inmediato y lo concreto, interrelacionar y sintetizar la diversidad, representar simbólicamente los acontecimientos y procesos, sopesar, razonar y anticipar, lo que constituye un salto cuantitativo en el potencial evolutivo para el cambio y la adaptación (Millon & Davis, 2004).

A partir de estos principios, Millon propone que la personalidad, en su concepción más simple, puede ser entendida como la representación del mayor o menor estilo distintivo de funcionamiento adaptativo que exhibe un organismo o una especie particular frente a sus entornos habituales (Millon & Davis, 2004).

En un sentido más amplio, la personalidad engloba las características psicológicas más internas, ocultas y menos aparentes del individuo, se concibe la personalidad como un patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas, que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar y que se expresan automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo. Estos rasgos intrínsecos y generales surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y aprendizaje, y, en última instancia, comprenden el patrón idiosincrásico de cómo el individuo siente, piensa, afronta los retos y se comporta (Millon, 1990; Millon & Davis, 2004).

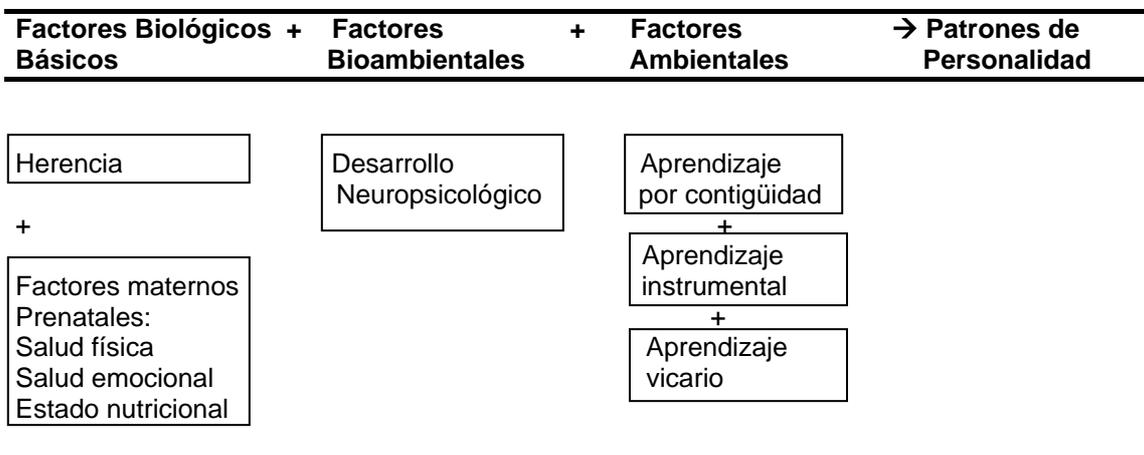
## **2.2 – El desarrollo de la personalidad**

Millon plantea que el desarrollo de la personalidad es función de una interacción compleja de factores biológicos y ambientales que actúan a través de la vida en reciprocidad. El autor afirma que los factores biológicos probablemente establecen los

fundamentos que guían su desarrollo, mientras que los factores ambientales actúan para dar forma a su expresión (Millon & Everly, 1994).

En la Figura 2.1 se presenta el esquema general de los orígenes de la personalidad, donde el autor define cuales son los factores y cómo los mismos actúan para generar los patrones de personalidad.

**Figura 2.1 - Los orígenes de la personalidad**



Fuente: Millon & Everly (1994)

Los *factores biológicos básicos* influyen sobre el desarrollo de la personalidad a través de dos formas: la herencia y los factores maternos prenatales.

El papel de la herencia se ha tenido en cuenta principalmente en estudios que comparaban rasgos de la misma familia, observándose coincidencias importantes entre ellos. Sin embargo, generalmente se cree que las influencias genéticas son en gran parte formadas y moldeadas por las fuerzas ambientales que actúan sobre las bases genéticas del individuo (Millon, 1969; Millon & Everly, 1994).

Los factores prenatales juegan un papel importante, en el sentido de que el desarrollo fetal puede ser afectado adversamente por varias complicaciones del embarazo o la salud debilitada y el estado nutricional de la madre. Hay evidencias de que el consumo de cafeína por la madre estimulará el sistema nervioso del feto, el consumo de alcohol por la madre puede llevar a una reducción temporal en el flujo sanguíneo cerebral, así como a retraso mental y síndrome alcohólico fetal en el niño, aparte de que el alcohol puede también deprimir temporalmente la propagación neuronal cerebral del feto; una madre fumadora de tabaco puede llevar a un nacimiento prematuro y con bajo peso; la ingesta de cortisona por parte de la madre puede llevar a anormalidades placentarias y muerte fetal; y la malnutrición materna puede conducir a retraso mental y a caries dentales en el niño (Millon & Everly, 1994).

Los *factores bioambientales* representan una combinación de factores biológicos y ambientales que están tan interrelacionados que ningún componente predomina como componente principal. El factor ambiental más obvio y convincente está representado por el proceso de desarrollo neuropsicológico, que es un proceso de maduración neurológica, puesto que el mismo es incompleto en el nacimiento. La maduración neuronal se forma tanto a través de factores postnatales ambientales como prenatales (Millon & Everly, 1994).

El desarrollo neuropsicológico depende de la nutrición desde una perspectiva más amplia, incluyendo, además de la influencia de las proteínas, grasas, carbohidratos, vitaminas y otros factores metabólicos, las experiencias vividas, que Millon define como nutrición de estímulos (Millon & Everly, 1994).

A partir de estos conceptos, Millon (1969; 1974; 1981; Millon & Everly, 1994) ha desarrollado una teoría de las etapas de crecimiento neuropsicológico que enfoca el desarrollo como moldeado por estímulos nutricionales durante las etapas más importantes del crecimiento, sumando a esto la noción de que existen etapas "sensibles" del desarrollo neurológico que sostienen períodos limitados de tiempo durante los cuales son necesarios estímulos particulares para el total desarrollo madurativo. Además, si estos estímulos son experimentados antes o después de estos períodos sensibles o si el estímulo nutricional es inadecuado o excesivo, es probable que ocurran disfunciones o un desarrollo inadecuado.

Las tres etapas neuropsicológicas definidas por Millon son: fijación sensorial, autonomía sensoriomotora e iniciativa intracortical. Cada una de estas etapas refleja transacciones entre influencias constitucionales y de experiencias que se combinan para establecer un fundamento para las etapas siguientes: si las acciones recíprocas en una etapa son deficientes o están deformadas, todas las etapas subsiguientes se verán afectadas, puesto que se apoyan en una base defectuosa (Millon, 1974; Millon & Everly, 1994).

La primera etapa designada como fijación sensorial, predomina del nacimiento hasta aproximadamente los 18 meses de edad. Este período se caracteriza por una maduración rápida de los sustratos neurobiológicos para los procesos sensoriales, así como por el apego y la dependencia del bebé con respecto a otros (Millon, 1974; Millon & Everly, 1994).

La segunda etapa, designada como autonomía sensoriomotora, empieza aproximadamente a los 12 meses y se extiende en su desarrollo culminante hacia los seis años. Se caracteriza por una diferenciación rápida de las capacidades motoras, que se coordinan con las funciones sensoriales establecidas, lo que permite al niño pequeño caminar, manipular y verbalizar de forma cada vez más hábiles (Millon, 1974; Millon & Everly, 1994).

La tercera etapa, llamada el periodo de la iniciativa intracortical, predomina a partir de los cuatro años de edad y a través de toda adolescencia. Durante toda esta etapa se da una capacidad de rápido desarrollo de los centros corticales superiores, lo que permite al niño reflexionar, proyectar y actuar independientemente de la vigilancia paterna (Millon, 1974; Millon & Everly, 1994).

Los *factores ambientales* incluyen el aprendizaje que puede ser considerado como la adquisición de varias respuestas cognitivas, afectivas y conductuales, que el organismo inicialmente no posee y que son adquiridas a través de tres categorías de aprendizaje: aprendizaje por contigüidad, aprendizaje instrumental y aprendizaje vicario (Millon & Everly, 1994).

El aprendizaje por contigüidad se basa en que cualquier grupo de elementos ambientales que aparezcan simultáneamente o en una estrecha secuencia temporal van a quedar asociados entre sí.

El aprendizaje instrumental se resume en la ley de efecto de Thorndike; la conducta que es seguida por consecuencias que satisfacen o recompensan al individuo será repetida y

por otro lado, disminuirán las conductas que son seguidas por consecuencias que el individuo encuentra punitivas o no placenteras.

El aprendizaje vicario, basado en las ideas de Bandura, incluye que los seres humanos pueden aprender tanto por observación como por acción. Es decir, las personas, como seres sociales, observan la conducta de los otros y las ocasiones en que ésta es recompensada, desatendida o castigada y por tanto, pueden utilizar las consecuencias observadas tanto como sus propias experiencias directas (Millon & Everly, 1994).

Millon & Everly (1994) añaden que el aprendizaje debe asumir la responsabilidad de la formación de la personalidad, aunque los sustratos biológicos puedan definir los límites del desarrollo de la personalidad en un sentido grosero.

Para terminar, en lo que se refiere al desarrollo de la personalidad, los procesos de desarrollo temprano son más significativos en la formación de la personalidad que las experiencias más tardías. Esta conclusión está basada en dos postulados: 1) las experiencias tempranas de la vida están entrelazadas con los fundamentos biológicos y 2) las experiencias tempranas de la vida dan la estructura y el tono para el subsecuente aprendizaje a lo largo de la vida (Millon & Everly, 1994).

### **2.3 – La personalidad normal y la psicopatología**

Millon (1994a, 2004a) propone que la mejor forma de valorar una conducta como normal o anormal es tomando en consideración la esfera cualitativa, frente al criterio

estadístico, donde la conducta anormal es cualquier conducta que se desvía de la norma esperada o aceptada.

El autor propone que la normalidad y la anormalidad deben ser entendidas como conceptos relativos y considerados como puntos representativos sobre un *continuum* o gradiente más que como categorías nominales discretas. Para Millon, la conducta anormal se desarrolla y se forma a través de los mismos principios y mecanismos que están involucrados en el desarrollo de la conducta normal, lo que ocurre es que debido a diferencias en las disposiciones biológicas y en las influencias ambientales, algunas personas aprenden hábitos desadaptativos cognitivos, afectivos y de conductas manifiestas, mientras que otras personas no lo hacen (Millon, 1969; 1974; 2001b; Millon & Everly, 1994).

En este sentido ninguna línea divisoria estricta separa la normalidad de la patología: no sólo son los patrones de personalidad tan complejos que determinadas esferas podrán funcionar "normalmente", en tanto que otras no, sino que las circunstancias ambientales pueden cambiar además de tal modo que determinadas conductas y estrategias se revelen como "sanas" en un momento, pero en otros no. De esta manera, el patrón de personalidad del individuo se convierte en el fundamento para la capacidad de funcionar de una forma sana o enferma. Además, el autor defiende que todas las formas de psicopatología no son ajenas o externas al sujeto, sino que el resultado de la capacidad total de enfrentamiento del mismo respecto a la tensión que le asalta (Millon, 1974).

En su diferenciación entre personalidad normal y patológica, Millon incluye la diferenciación entre patrones y estilos. En general, usa el término patrón cuando se

refiere a la personalidad patológica mientras que usa el término estilo para hablar de personalidad normal (Millon, 1994a).

En líneas generales, se puede decir que las siguientes conductas definen a un sujeto con una personalidad normal:

- a) Muestra capacidad para relacionarse con su entorno de una manera **flexible y adaptativa**;
- b) Las percepciones características del individuo de sí mismo y del entorno son fundamentalmente **constructivas**;
- c) Los patrones de conducta manifiesta predominantes del individuo pueden ser considerados como **promotores de salud**.

Por otro lado, se puede decir que una persona presenta una personalidad patológica cuando:

- a) La persona intenta afrontar las responsabilidades y las relaciones cotidianas con **inflexibilidad y conductas desadaptativas**;
- b) Las percepciones características de sí mismo y del entorno son fundamentalmente **autofrustrantes**;
- c) Los patrones de conducta manifiesta del individuo tienen **efectos perniciosos para la salud**.

Sin embargo, pese al tenue y fluctuante carácter de la distinción entre normalidad y patología, Millon propone tres criterios que apuntan hacia la presencia de un patrón de

personalidad anormal: escasa flexibilidad para adaptarse, tendencia a crear círculos viciosos y escasa estabilidad ante situaciones creadoras de estrés.

El término *escasa flexibilidad adaptativa* se refiere a una tendencia consistente del individuo a relacionarse consigo mismo y a enfrentarse al ambiente a través de estrategias apropiadamente rígidas y aplicadas uniformemente. Tal rigidez, además inhibe el desarrollo de un amplio repertorio de estrategias de afrontamiento. No se trata sólo de la incapacidad del individuo para adaptarse a los acontecimientos, sino que además esta persona también intenta cambiar las condiciones ambientales, en tanto que no es capaz de llevar a cabo conductas más allá de su limitado repertorio cultural (Millon, 1969; 1974; Millon & Everly, 1994).

El segundo criterio, *tendencia a crear círculos viciosos*, se presenta a través de la manipulación del ambiente, que intenta el individuo, no solamente en lo que se refiere a la rigidez y uniformidad en las estrategias de afrontamiento, sino también la tendencia de esas estrategias a provocar o poner en marcha nuevas conductas autofrustrantes, poniendo en movimiento círculos viciosos autodestructores que hacen que su malestar persista y se intensifique (Millon, 1969; 1974; Millon & Everly, 1994).

El tercer criterio, la *estabilidad lábil*, significa patrones de personalidad que de forma característica se muestran frágiles y carentes de elasticidad bajo condiciones de presión ambiental. Debido a que se han producido de forma recurrente varios intentos, de afrontamiento de conflictos poco efectivos, estos conflictos no resueltos tienden a emerger de nuevo. Cuando esto ocurre, es posible que el sujeto derive hacia formas patológicas de afrontamiento, con un control menos adecuado sobre sus emociones y

finalmente con percepciones subjetivas y distorsiones de la realidad (Millon, 1969; 1974; Millon & Everly, 1994).

#### **2.4 – Las herramientas de evaluación clínica y de la personalidad**

Como ya hemos mencionado anteriormente, una de las características importantes del modelo de personalidad de Millon es la necesidad de construir los instrumentos de medida en relación con su modelo de personalidad, construcción emprendida, en palabras del propio autor, como “acto defensivo”, para garantizar la uniformidad instrumental y la calidad psicométrica de los instrumentos dedicados a evaluar su modelo teórico (Sánchez-López, 2001).

Los instrumentos desarrollados por Millon y sus colaboradores hasta ahora, todos con versión original en inglés y estandarizados a la población estadounidense, son listados a continuación.

##### *a) MCMI – Inventario Multiaxial Clínico de Millon*

Este cuestionario fue elaborado para suministrar información al profesional clínico en tareas de evaluación y toma de decisión sobre el tratamiento de personas con dificultades emocionales e interpersonales. El MCMI-I (Millon, 1983) fue revisado y seguido por el MCMI-II (Millon, 1987) y MCMI-III (Millon, 1997b, 2004b). El MCMI-II ya está publicado en España (Millon, 2002) y próximamente se publicará la estandarización del MCMI-III a la población española por TEA Ediciones (Madrid), dirigida por la Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Violeta Cardenal Hernáez y la Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> María del Pilar Sánchez López de la Universidad Complutense de Madrid (Millon, en prensa).

*b) MAPI – Inventario de Personalidad para Adolescentes de Millon*

Este cuestionario tiene como objetivo evaluar la personalidad del adolescente, sus características y sus problemas de comportamiento en el entorno escolar/académico y de orientación, además de valorar a adolescentes con problemas emocionales de conducta (Millon, Green & Meagher, 1982a). Algunos autores están trabajando en su adaptación a la población española (Jiménez-Gómez, Ávila-Espada, Sánchez-Crespo, & Merino-Barragón, 1995; Pont, 1998), pero el instrumento todavía no está publicado en España.

*c) MACI – Inventario Clínico para Adolescentes de Millon*

Este cuestionario tiene su foco de atención puesto exclusivamente en la problemática clínica, cumpliendo dos finalidades: a) permitir una evaluación inicial de los adolescentes con trastornos, para confirmar diagnósticos o asesorar estrategias individualizadas de tratamiento y b) servir como instrumento para la evaluación del cambio debido al tratamiento (Millon, 1994b). El MACI está estandarizado a la población española (Millon, 2004c).

*d) MBHI – Inventario de Conductas de Salud de Millon*

Este es un cuestionario creado para ayudar a los clínicos, tanto psicólogos como médicos, en la evaluación de la relación personalidad-comportamiento y salud en los pacientes de ambulatorio e ingresados, usuarios de los servicios de salud (Millon, Green & Meagher, 1982b). En los últimos años Millon está trabajando en una revisión del

MBHI, incluyendo nuevos ítems y análisis, de forma que el nuevo instrumento se llamará *Millon Behavioral Medicine Diagnostic* – MBMD (Quiroga-Romero, 2000).

*e) MIPS – Inventario de Estilos de Personalidad de Millon*

El MIPS está diseñado para evaluar los estilos de personalidad normal en adultos a partir de los 18 años de edad. Este inventario fue construido originalmente (Millon, 1994a) y revisado posteriormente (Millon, 2004a), cambiándose el nombre original de sus escalas, pero manteniéndose los mismos ítems y análisis. El MIPS está estandarizado a la población española y publicado en España (Millon, 2001a).

Teniendo en cuenta que en esta investigación nos centramos en la personalidad normal (y sus relaciones con salud), hemos elegido el MIPS para evaluar su medida (ver Capítulos 5 y 6).

## **2.5 – Psicoterapia sinérgica y Psicodinámica**

Además del desarrollo de instrumentos de medida clínica y de la personalidad, Millon señala la importancia de generar un modelo terapéutico que permita integrar todos los distintos ámbitos que componen actualmente el campo de estudio de la personalidad: los principios científicos básicos, los estilos y desórdenes de personalidad deducidos de forma teórica, el modelo de clasificación de la patología psíquica, los instrumentos de evaluación con base empírica y la integración de las diversas modalidades terapéuticas; proceso que el autor nombra por Psicodinámica (Sánchez-López, 2001).

El autor (Millon & Grossman, 2005) critica las teorías que centran su atención sólo en un nivel de datos (p.ej. intrapsíquico y cognitivo), que no pueden ayudar, pero que generan formulaciones que son limitadas por sus estrechas preconcepciones. Además, sus hallazgos deben, inevitablemente, ser incompatibles con el simple hecho de que los procesos psicológicos son multideterminados y multidimensionales en su expresión.

En los últimos años, Millon (Millon, Everly & Davis, 1995; Millon, 1997a; 2000; 2003, 2005, Millon & Grossman, 2005) ha centrado su interés en desarrollar y defender el concepto de Psicodinergia, partiendo de la idea de que las personas son un sistema integrado en el dominio de la Psicología, que han evolucionando a través de los milenios como entidades naturales. En términos concretos, Psicodinergia significa:

1. Integrar teorías conceptuales de las que se puedan derivar proposiciones deductivas;
2. Llevar a la construcción de una taxonomía coherente en el dominio del sujeto;
3. Poseer una serie de instrumentos empíricamente orientados que puedan identificar y cuantificar los constructos taxonómicos;
4. Producir técnicas de intervención dirigidas al cambio que vayan en consonancia tanto con la teoría dada como con la metáfora integradora que se halla en el origen de la personalidad misma.

Esto se traduce en que el tratamiento podría ser organizado sinérgicamente, en el sentido de fluir a partir de los procedimientos establecidos anteriormente: planificar la terapia a partir de las recomendaciones de los instrumentos de medida, que, a su vez, han sido construidos para representar la taxonomía multiaxial, la cual, a su vez, deriva

de una teoría de la personalidad acorde con ciertos principios universales de la naturaleza.

En la intervención psicodiagnóstica, Millon plantea la integración de técnicas que se utilizan en series temporales y que promueven el cambio que podría no ocurrir si usásemos solamente una técnica. La integración insiste en la primacía de una *gestalt* que da coherencia, proporciona una estructura interactiva y crea un orden entre los elementos. Cada personalidad es una síntesis y sistema sustantivo: “*el todo es más grande que la suma de sus partes*”. Los problemas de los pacientes son una estructura de conductas, cogniciones, procesos intrapsíquicos, que, juntos, dan lugar a un proceso que emerge en diferentes momentos y en una configuración dinámica y cambiante. La psicoterapia se concibe así como una configuración de estrategias en las cuales una técnica de intervención es seleccionada no sólo por su eficacia en resolver un trastorno concreto, sino por su contribución a la constelación de técnicas usadas en el tratamiento, de las cuales no es más que una parte (Millon, Everly & Davis, 1995; Millon, 1988; Davis, 1999). Millon señala que la “revolución” que plantea es que los trastornos clínicos no son exclusivamente conductuales o cognitivos o inconscientes, sino que estos no son más que una parte del “todo” que es la persona. Los rasgos y expresiones psíquicas son sistemáticos y multioperacionales, por lo que una parte del sistema no existe sin relación con los otros (Millon, 2000). Según el autor, la terapia tiene como reto recomponer la personalidad cuando hay un trastorno (Millon, 1999).

Algunos de los procedimientos de esta psicoterapia son, descritos por Millon (1988; 1999; 2000; 2003) y Davis (1999):

- a) “Parejas potenciadas”: métodos de tratamiento combinados simultáneamente que superan las características problemáticas que pueden darse si cada técnica se administra por separado. Se intenta el cambio desde diversos frentes, por lo que el tratamiento está orientado a más de un dominio expresivo del trastorno clínico.
- b) “Secuencia catalítica”: aquí se intenta coordinar el orden en el que se optimiza el impacto del cambio mediante la secuencia temporal. Las combinaciones terapéuticas y los progresos son diseñados para optimizar el impacto de los cambios de la manera en que puedan ser más efectivos.

Debajo de estos complejos nombres, Millon pretende una configuración de estrategias y tácticas en las que cada técnica de intervención es seleccionada no sólo por su eficacia para resolver un problema particular, sino también por su contribución al procedimiento terapéutico global, del cual forma parte (Millon, 2000).

En el Capítulo siguiente analizaremos la bibliografía disponible sobre las relaciones entre personalidad y salud, objeto de estudio foco de esta investigación.

### **Capítulo 3**

#### **Relaciones entre personalidad y salud / enfermedad**

### 3 – Relaciones entre personalidad y salud/enfermedad

En el Capítulo anterior se ha presentado el modelo de Millon, especificando el concepto de personalidad con el que se ha trabajado en esta investigación. En este Capítulo analizaremos la bibliografía existente sobre personalidad y salud / enfermedad, que ha utilizado en su inmensa mayoría otros modelos o constructos de personalidad distintos al de Millon, a saber: el modelo de Eysenck (operativizado a través de la aplicación del EPQ), el modelo de los Cinco Grandes Factores (teniendo al NEO como instrumento de medida), el patrón Tipo A (y sus facetas), la personalidad Tipo C, la Personalidad Tipo D, el Optimismo, el *Hardiness*, etc.

El Capítulo se ha organizado, partiendo de los conceptos de Salud y de la Psicología de la Salud como marco teórico general, para a continuación pasar a la bibliografía sobre Personalidad y Salud, derivada de los capítulos de libros, metanálisis y revisiones publicados hasta ahora. En seguida, se han analizado los estudios empíricos publicados en los últimos cinco años en las revistas científicas internacionales de impacto dedicadas a esta temática. Siguiendo la metodología empleada en algunos metanálisis analizados (p. ej., Friedman & Booth-Kewley, 1987a; Booth-Kewley & Friedman, 1987), las revistas elegidas fueron “*Health Psychology*”, “*Personality and Individual Differences*”, “*Journal of Personality and Social Psychology*”, “*Journal of Behavioral Medicine*”, “*Journal of Psychosomatic Research*” y “*Psychosomatic Medicine*”, en las que se ha buscado, volumen a volumen, los artículos que analizasen específicamente las relaciones entre personalidad y salud / enfermedad en los últimos cinco años. Como cierre del Capítulo se comenta la aplicabilidad del modelo de Millon y el estado actual de la cuestión.

### 3.1 – Los Conceptos de Salud

La salud es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS a partir de ahora) como “un estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia” (Organización Mundial de la Salud, 1998, pp.11). Además, la OMS explica que dentro del contexto de la promoción de la salud, la salud es considerada no como un estado abstracto sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. Es decir, es un recurso para la vida diaria, no es el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas.

A fecha de hoy, la definición de la OMS es la aceptada oficialmente y la que se ha utilizado en esta investigación, sin embargo, la salud no siempre ha sido entendida de esta manera, en la Tabla 3.1 se presentan los principales conceptos de salud barajados a lo largo de la historia de la humanidad.

El hecho de que el modelo biomédico clásico, que define la salud en términos de ausencia de enfermedad, haya sido el modelo dominante desde Galeno hasta la fecha de hoy (Suls & Rothman, 2004), ha permitido un avance significativo en la medicina, estimulando el desarrollo de fármacos sintéticos y tecnología médica, puesto que la investigación se ha centrado en controlar enfermedades causadas por un agente patógeno específico (Branon & Feist, 2001).

**Tabla 3.1 –Definiciones de salud correspondientes a diversas culturas**

<b>Cultura</b>	<b>Período temporal</b>	<b>Definiciones de la salud</b>
Prehistórica	10.000 a.C.	Es puesta en peligro por espíritus procedentes del exterior que se introducen en el cuerpo.
Babilonios y asirios	1800 – 700 a.C.	Es puesta en peligro por los dioses que envían las enfermedades como castigo.
Antiguos hebreos	1000 – 300 a.C.	Es un regalo de Dios, si bien la enfermedad es un castigo divino.
Antiguos griegos	500 a.C.	Es una unidad holística de cuerpo y espíritu.
Antigua China	1100 – 200 a.C.	Es un equilibrio entre las fuerzas de la naturaleza.
Galeno en la Antigua Roma	130 – 200 d.C.	Es la ausencia de elementos patógenos, como puede ser el aire en mal estado o los fluidos corporales espurios, que causan enfermedades.
Primeros cristianos	300 – 600 d.C.	No es tan importante como la enfermedad, que constituye un signo de que el individuo ha sido elegido por Dios.
Descartes en Francia	1596 – 1650	Es una condición del cuerpo mecánico, que está separado de la mente.
Vichow en Alemania	Finales del siglo XIX	Es puesta en peligro por organismos microscópicos que invaden las células, produciendo enfermedades.
Freud en Viena	Finales del siglo XIX	Está influida por las emociones y la mente.
OMS	1946	Es un estado de bienestar, físico, mental y social completo.

Fuente: Brannon & Feist (2001).

Esto ha producido un cambio importante en las causas fundamentales de muerte. Actualmente, los problemas sanitarios fundamentales ya no proceden de las enfermedades infecciosas, sino de las enfermedades crónicas que se desarrollan, persisten y vuelven a aparecer durante un largo período de tiempo (Contrada, Cather & O’Leary, 1999). En la Tabla 3.2 se presenta el reflejo del cambio sustancial en las causas de muerte en Estados Unidos de América a principios y finales del siglo XX.

Como se puede comprobar, si bien las enfermedades cardiovasculares (incluyendo accidentes cerebro-vasculares) encabezan ambas listas, ahí se terminan prácticamente las similitudes. En 1900, la mayor parte de las muertes se producían por enfermedades cuya raíz se encontraba en problemas de salud comunitaria o pública, tales como la gripe, la neumonía, la tuberculosis, la difteria, la fiebre tifoidea y el sarampión. A lo largo de la segunda mitad del siglo XX, la mayor parte de las muertes podían atribuirse

a enfermedades crónicas (cardiovasculares, cáncer, enfermedades obstructivas crónicas, diabetes, etc.).

**Tabla 3.2 – Las diez causas principales de muerte en Estados Unidos de América entre 1900 y 1997 (cada unidad representa 100.000 casos).**

1900	Tasa	1997	Tasa
1.-Enfermedades cardiovasculares (enfermedades coronarias y cerebrovasculares).	345	1.-Enfermedades cardiovasculares (enfermedades coronarias y cerebrovasculares).	331
2.-Gripe y neumonías.	202	2.-Cáncer.	201
3.-Tuberculosis.	194	3.-Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas.	41
4.-Gastritis, duodenitis, enteritis y colitis.	143	4.-Accidentes (daños no intencionados).	34
5.-Accidentes (daños no Intencionados).	72	5.-Gripe y neumonía.	33
6.-Cáncer.	64	6.-Diabetes.	23
7.-Difteria.	40	7.-Suicidio.	11
8.-Fiebre tifoidea.	31	8.-Enfermedades renales.	10
9.-Sarampión.	13	9.-Enfermedades hepáticas crónicas y cirrosis.	9,3
10.-Enfermedades hepáticas crónicas y cirrosis		10.-Septicemia (infecciones de la sangre).	8,4
		Enfermedad de Alzheimer	8,4

Fuente: Brannon & Feist (2001).

En las Tablas 3.3 y 3.4 se incluyen las principales causas de muerte a fecha de hoy, publicadas por los Institutos de Estadística de España y Portugal (países que se incluyen en esta investigación). Los datos de Brasil no están disponibles.

Como se puede comprobar, aunque se traten de países muy distintos en cuanto a la cultura, la asistencia sanitaria, el tipo de alimentación, etc., la dinámica encontrada en la población norteamericana se mantiene. Si nos fijamos en las cuatro primeras causas de muerte, las enfermedades crónicas siguen liderando todas las listas. Las cardiovasculares encabezan el ranking, seguidas por los tumores, enfermedades respiratorias (en Estados Unidos de América y España) y causas externas de mortalidad

(en cuarto lugar en Estados Unidos de América, en tercer en Portugal y en quinto lugar en España).

**Tabla 3.3 – Defunciones según la causa de muerte en España en el año 2003 (porcentaje por 100.000 habitantes de cada grupo de edad)**

Causas de muerte	Tasa Total
1.-Enfermedades del sistema circulatorio	308,973
2.-Tumores	237,655
3.-Enfermedades del sistema respiratorio	104,281
4.-Enfermedades del sistema digestivo	46,604
5.-Causas externas de mortalidad (accidentes, accidentes de tráfico, intoxicaciones, etc.)	39,750
6.-Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	35,265
7.-Trastornos mentales y del comportamiento	31,120
8.-Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	28,918
9.-Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	26,214
10.-Enfermedades del sistema genitourinario	21,521
11.-Enfermedades infecciosas y parasitarias	17,384
12.-Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	8,471
13.-Enfermedades de sangre y de órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan mecanismos de inmunidad	2,962
14.-Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2,450
15.-Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	2,428
16.-Afecciones originadas en el periodo perinatal	2,112
17.-Embarazo, parto y puerperio	0,048

Fuente: Instituto Nacional de Estadística de España (2003). Elaboración propia.

**Tabla 3.4 – Defunciones según la causa de muerte en Portugal en el año 2003 (número de casos)**

Causas de muerte	Tasa Total
1.-Enfermedades del sistema circulatorio	76803
2.-Tumores	65291
3.-Causas externas de mortalidad (accidentes, accidentes de tráfico, intoxicaciones, etc.)	19667
4.-Enfermedades del sistema respiratorio	16206
5.-Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	10889
6.-Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	9800
7.-Enfermedades del sistema digestivo	6545
8.-Enfermedades del sistema genitourinario	4481
9.-Enfermedades infecciosas y parasitarias	3800
10.-Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	2494
11.-Trastornos mentales y del comportamiento	701
12.-Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	424
13.-Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	347
14.-Enfermedades de sangre y de órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan mecanismos de inmunidad	255
15.-Afecciones originadas en el periodo perinatal	242
16.-Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	60
17.-Embarazo, parto y puerperio	8

Fuente: Instituto Nacional de Estatística de Portugal (2003). Elaboración propia.

El cambio substancial en las causas de muerte ha hecho que el foco de atención pasara a las enfermedades crónicas. Sobretudo porque mientras las enfermedades infecciosas son causadas por agentes patógenos externos, las enfermedades crónicas se caracterizan por su origen multifactorial, donde el comportamiento y el estilo de vida individual juegan un papel fundamental en el desarrollo de la enfermedad. Según McGinnis y Foege (1993), la mayoría de los trastornos crónicos han estado ligados al consumo de tabaco (responsable del 19% de las muertes), la dieta y la inactividad física (responsable del 14% de las muertes), el consumo de drogas ilícitas (responsable del 9% de las muertes en Estados Unidos de América en el año 1990), el abuso de alcohol, y el estrés. No obstante, algunos casos actuales de enfermedades infecciosas y parasitarias, como el VIH-SIDA por ejemplo, se contagia como resultado de comportamientos de riesgo poco saludables, donde la conducta del sujeto tiene un papel fundamental (Branon & Feist, 2001).

La evidencia, cada vez mas presente, de que los factores psicosociales están estrechamente relacionados con el desarrollo de las enfermedades, sobretudo crónicas, pero también las infecciosas, ha dado lugar al surgimiento y fortalecimiento del modelo biopsicosocial en la segunda mitad del Siglo XX (Branon & Feist, 2001). El modelo biopsicosocial sostiene la idea de que los procesos biológicos, psicológicos y sociales están integral e interactuadamente implicados en la salud y en la enfermedad (Suls & Rothman, 2004). A raíz de la aparición del modelo biopsicosocial, en el campo de la Psicología, se ha creado un área de estudio propia para investigar acerca de qué procesos psicosociales están implicados en la Salud de los sujetos: la Psicología de la Salud.

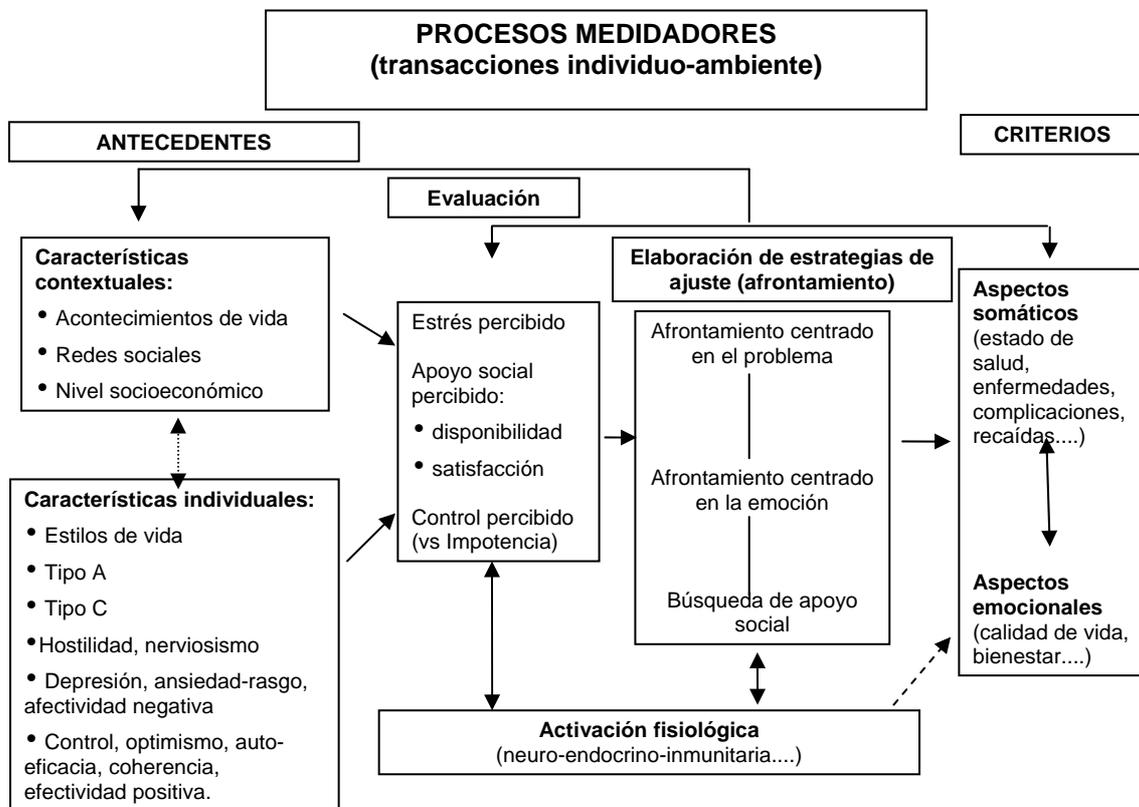
### 3.2 –La Psicología de la Salud

La Psicología de la Salud fue reconocida oficialmente como campo específico de la Psicología en el año 1978 por la *American Psychological Association*, la conocida División 38 (Suls & Rothman, 2004), que le dedicó una revista propia, *Health Psychology*, en el año 1985. Teniendo en cuenta los cambios sustanciales en lo que se refiere a la salud / enfermedad de las personas, puestas de manifiesto por el modelo biopsicosocial, la Psicología de la Salud surge con el objetivo de unir dos grandes áreas de la Ciencia: lo que es fundamentalmente biológico, que ha estado bajo el dominio de la Medicina, y lo específicamente psicológico, estudiado por la Psicología (Ballester-Arnal, 1997, Branon & Feist, 2001).

La Psicología de la Salud es un dominio de investigación fundamental y de aplicación reciente, en pleno crecimiento a nivel internacional. Trata de estudiar, comprender y predecir cuáles son los factores psicológicos que juegan un papel en la aparición de las enfermedades, que pueden acelerar o ralentizar su evolución. La Psicología de la Salud no reniega los modelos anteriores. Integra a la vez las hipótesis y resultados de los estudios biomédicos clásicos (efectos de agentes patógenos externos), las hipótesis psicosomáticas (el papel nocivo o protector de ciertas estructuras de personalidad) y los resultados de estudios epidemiológicos (estilos de vida de riesgo, características sociodemográficas) para estudiar cómo estos factores influyen, sólo o conjuntamente, en la aparición y en la evolución de las enfermedades (Bruchon-Schweitzer, 2002).

En la Figura 3.1 presentamos el modelo transaccional en Psicología de la Salud, propuesto por Bruchon-Sweitzer (2002).

Figura 3.1 – Un modelo transaccional en Psicología de la Salud



Fuente: Bruchon-Schweitzer (2002).

Tal y como se representa en la Figura 3.1, los factores de riesgo y de pronóstico para los aspectos somáticos (estado de salud, enfermedades, complicaciones, recaídas, etc.) y emocionales (calidad de vida, bienestar...) son al menos en parte influenciados por los factores psicosociales, que juegan bien un papel de antecedentes (acontecimientos de vida estresantes, redes de apoyo social, características cognitivo-afectiva estables) bien de moderadores o mediadores (transacciones entre individuo y ambiente, estrés percibido, control percibido, apoyo social percibido, estrategias de ajuste o *coping*, comportamientos en relación a la enfermedad, adherencia terapéutica). Se supone que los antecedentes tienen claramente un efecto principal sobre la salud (efecto “directo”); este efecto atraviesa ciertas variables que pueden atenuar, reforzar (moderadores) o

simplemente expresar (mediadores) el impacto de estos antecedentes sobre los criterios estudiados (efecto “indirecto”). Es el estudio de estos caminos complejos entre estos diversos factores psicosociales y los temas que se predicen (iniciación y evolución ulterior de la enfermedad, pero también salud, calidad de vida, bienestar) lo que caracteriza este modelo transaccional en Psicología de la Salud (Bruchon-Schweitzer & Quintard, 2001).

Partiendo del marco de la Psicología de la Salud, la investigación que se presenta en este trabajo se centra en estudiar la influencia de la personalidad sobre la salud de los sujetos. Tomando como base este modelo, la personalidad estaría recogida en las características individuales del sujeto, formando parte de una red en la que recibe y produce influencia sobre las características contextuales (acontecimientos de vida, redes sociales, nivel socioeconómico, etc.), lo cual produce influencias sobre el estrés percibido y genera una activación fisiológica, que a su vez influirá sobre el desarrollo de estrategias de afrontamiento. Este complejo proceso redundará en el estado de salud del sujeto, tanto en lo que se refiere a los aspectos más somáticos como más emocionales.

### **3.3 – La Influencia de la Personalidad sobre la Salud / Enfermedad**

El interés por determinar la influencia de la personalidad sobre la salud de las personas no es reciente; ha estado presente desde hace más de 2000 años, lo que sugiere que algo de verdadero debe haber en el vínculo entre estas variables. En la antigüedad, Hipócrates proclamó los cuatro humores corporales (sanguíneo, bilis negra, bilis amarilla y flemático) como base de la personalidad. Galeno, en la antigua Roma, reconsidera estos elementos no sólo en relación con el temperamento, sino también

como causas de enfermedad (Fusté-Escolano & Ruíz-Rodríguez, 2000). Así, se pensaba que el humor predominante producía un temperamento dominante y que su exceso conduciría a la enfermedad (Allport, 1961). Por ejemplo, un exceso de bilis negra produciría una personalidad melancólica, una depresión eventual y una enfermedad física asociada. Según Booth-Kewley y Friedman (1987), hoy en día se ha reemplazado los humores por las hormonas, pero las tipologías básicas perduran en: el desesperado, melancólico depresivo; el enfadado, hostil colérico; el apático, fleumático alexitimico; y el rojizo, optimista sanguíneo.

En un pasado más reciente, ya dentro de lo que denominamos Psicología Científica, se puede constatar que el interés por arrojar algo de luz sobre las relaciones entre personalidad y salud sigue vigente. En una revisión de Rodin y Stone (1987) de los *Psychological Abstracts* publicados en los años 50 y 60, los autores encuentran 136 artículos que cubrían los efectos de la personalidad y/o los estados psicológicos sobre la salud en los años 50; este número aumenta a 257 en los años 60.

Sin embargo, aunque la investigación científica en este campo sea intensa en las últimas décadas, todavía quedan muchas preguntas por contestar. Fusté-Escolano y Ruíz-Rodríguez (2000) citan algunas de ellas, a saber: ¿la personalidad está asociada a ciertos patrones de respuesta psicofisiológica?, ¿personalidades diferentes se hallan inextricablemente asociadas a enfermedades diferentes? ¿de qué depende que de entre todas aquellas personas que poseen el marcador genético de determinada enfermedad sólo algunas de ellas desarrollen la enfermedad y otras no?, ¿qué factores bio-psico-sociales predisponen o interactúan con la fisiología del organismo para poner en marcha el proceso desencadenante de la enfermedad? Estos autores señalan que el proceso de

recuperación de las enfermedades y trastornos, la manifestación de predisposiciones a padecer de ciertas enfermedades víricas (gripe, sinusitis, hepatitis, herpes, etc.), la exposición a factores de riesgo (consumo de tabaco, alcohol, alimentación inadecuada, etc.) y el desarrollo o no de una determinada enfermedad asociada a un “marcador genético” son algunas de las incógnitas donde la personalidad podría jugar un papel importante en la predisposición y posterior desarrollo de la enfermedad, así como en la evolución y en el modo en cómo éste lo afronta.

La primera hipótesis científica que se tiene conocimiento, que propone que existe una relación entre personalidad y salud/enfermedad es formulada por Dunbar (1943). Partiendo de los descubrimientos de la psicósomática, el autor desarrolló la noción de que las respuestas habituales, que las personas exhiben como parte de sus propias personalidades, están relacionadas con enfermedades específicas.

Desde entonces, han sido muchos los estudios que lo siguieron, intentando desvelar algo acerca de las relaciones entre personalidad y salud. A partir de una revisión de los estudios publicados entre 1945 y 1984, Friedman y Booth-Kewley (1987a), proponen los siguientes posibles vínculos entre personalidad y enfermedad: a) la enfermedad produce cambios en la personalidad, b) los hábitos no saludables, c) las influencias directas de la personalidad, c) lo biológico como variable adyacente, d) las conductas de enfermedad y e) las múltiples influencias (ver Cuadro 3.1).

**Cuadro 3.1.-Posibles vínculos entre personalidad y enfermedad**

<b>Tipo de vínculo</b>	<b>Descripción</b>	<b>Ejemplo</b>
<i>Las enfermedades producen cambios en la personalidad</i>	Si la personalidad es asociada a la enfermedad es porque ciertos aspectos de la personalidad son el resultado de sus procesos.	Algunos pacientes con enfermedades graves como el cáncer se convierten en personas temerosas y depresivas.
<i>Hábitos no saludables</i>	La personalidad puede conducir a enfermedades a través de comportamientos no saludables.	Si la ansiedad conduce las personas a comer demasiado y esto contribuye al desarrollo de la diabetes, entonces la ansiedad es un factor causal de la diabetes.
<i>Influencias directas de la personalidad</i>	La personalidad puede afectar las enfermedades directamente a través de mecanismos fisiológicos.	Si la llamada personalidad Tipo A conduce a la hipertensión o al daño de las arterias, y estos estados fomentan el desarrollo de enfermedades coronarias, la personalidad Tipo A podría ser la causa de las enfermedades del corazón. Eliminando el Tipo A se podría entonces reducir la probabilidad de enfermedades del corazón.
<i>Lo biológico como tercera variable</i>	La personalidad está relacionada con la enfermedad a través de una tercera variable biológica adyacente.	Si una hiper-respuesta nerviosa es un factor adyacente del desarrollo de una personalidad ansiosa y un sistema de hiper-respuesta nerviosa es un factor de desarrollo de enfermedades del corazón, la ansiedad crónica podría ser un indicador para la enfermedad cardíaca. Sin embargo, la ansiedad <i>per se</i> podría no necesariamente jugar un papel en el desarrollo de la enfermedad cardíaca, depende de los mecanismos implicados.
<i>Comportamientos de enfermedad</i>	La enfermedad es socialmente definida como un estado que implica ser diagnosticado por un médico y encajar el papel de enfermo. Los factores sociales pueden a veces, artificialmente, producir o inflar el vínculo entre personalidad y enfermedad.	Si el dolor de espalda, el dolor en el pecho, etc. producen un diagnóstico de enfermedad, pero son también estrechamente relacionados con el diagnóstico de ansiedad o depresión, entonces el resultado del vínculo personalidad-enfermedad no cae realmente en la categoría de las influencias directas de la personalidad en la enfermedad física. Es un artefacto del método.
<i>Múltiples influencias: el cuerpo es un sistema</i>	En muchos casos, es probable que una variedad de diferentes influencias causales y nudos de feedback estén trabajando en la relación entre personalidad y enfermedad.	Una excesiva ansiedad puede conducir a fumar, beber y tener insomnio, que jugarán un papel en el funcionamiento de una serie de procesos psicofisiológicos (influenciados parcialmente por la genética), que afectarán a varios aspectos de la salud y de la enfermedad.

Fuente: Friedman & Booth-Kewley (1987a). Elaboración propia.

A raíz del metanálisis realizado por Friedman y Booth-Kewley (1987a) y el análisis de otros estudios realizados hasta la fecha, Suls y Rittenhouse (1990) proponen tres

posibles modelos de conexión entre personalidad y enfermedad: a) el modelo en que la personalidad induce una hiperreactividad (ver Figura 3.2), b) el modelo de la predisposición constitucional (ver Figura 3.3) y c) el modelo de los comportamientos peligrosos (ver Figura 3.4).

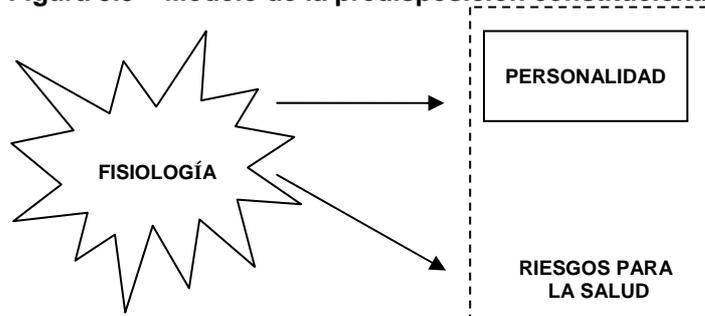
**Figura 3.2 – Modelo en que la personalidad induce la hiperreactividad**



Fuente: Suls & Rittenhouse (1990).

El modelo en que la personalidad induce la hiperreactividad (*personality-induced hyperreactivity model*) consiste en que ciertas personas con un rasgo particular crónico y extremo presentan una reactividad fisiológica exagerada ante el estrés. Una de las hipótesis más conocidas dentro de este modelo es la asociación entre el patrón Tipo A y las enfermedades cardiovasculares, basada en que los sujetos Tipo A (comparados con los Tipo B) exhiben un gran incremento de tensión sanguínea, ritmo cardíaco y catecolamina como respuesta a situaciones estresantes. Aunque este modelo haya acaparado la atención de la mayor parte de los investigadores, evidenciada por el amplio cuerpo de estudios en la bibliografía, este tipo de conexión entre personalidad y salud/enfermedad todavía resulta poco clara.

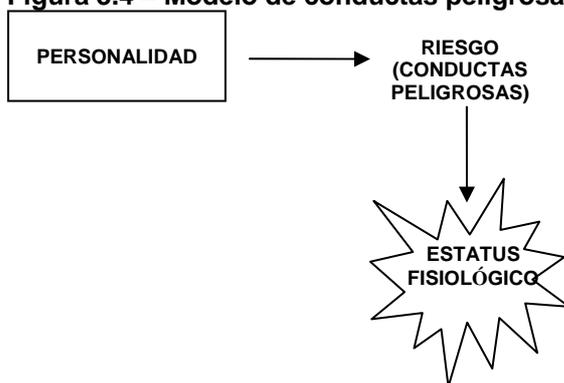
**Figura 3.3 – Modelo de la predisposición constitucional**



Fuente: Suls & Rittenhouse (1990).

El modelo de la predisposición constitucional (*constitucional predisposition model*), menos estudiado que los demás, postula que ciertas predisposiciones de la personalidad pueden ser indicadores de una estructura adquirida de debilidad en el sistema orgánico y esta debilidad incrementa el riesgo de enfermar. Como ejemplo de este modelo citamos los clásicos estudios de Eysenck que, entre otras hipótesis, sugieren que los neuróticos presentarían más riesgo de desarrollar un cáncer que los demás porque experimentan estrés de modo crónico.

**Figura 3.4 – Modelo de conductas peligrosas**



Fuente: Suls & Rittenhouse (1990).

De acuerdo con el modelo de las conductas peligrosas (*dangerous behaviors model*), ciertas predisposiciones puntuales hacen con que el individuo crea o busque situaciones que provocan reactividad, incurra en cargas excesivas, facilite que se entable conductas de riesgo o no adopte conductas de salud preventivas. Como ejemplo se puede citar el caso de los neuróticos que pueden fumar intensamente para hacer frente al estrés y así dar lugar al desarrollo de un cáncer de pulmón o de enfermedades del corazón. En esta misma línea, se sabe que los sujetos Tipo A comen más carne roja, consumen más alcohol y tabaco y estas conductas, derivadas de su estilo de vida, podría llevarlos a desarrollar una enfermedad cardiovascular,

Conrada, Cathe y O’Leary (1999) proponen tres importantes puntos de entrada para el estudio de las relaciones entre salud y la personalidad y otros factores psicológicos. La personalidad puede ser estudiada: a) en relación con trastornos físicos, b) en los procesos que culminan en trastornos físicos o c) en factores que influyen sobre la utilización de la atención sanitaria y sus resultados. Además, la personalidad puede influenciar el bienestar físico, a través del uso y eficacia de medios formales e informales para detectar y tratar problemas de salud. En este papel, la personalidad no puede contribuir directamente en la iniciación o progresión de la enfermedad, sin embargo, puede alterar su curso y resultados.

En lo que a la investigación se refiere, Conrada, Cathe y O’Leary (1999) destacan posibles obstáculos en los estudios sobre personalidad y salud, tanto desde el punto de vista de la naturaleza de la enfermedad (ver Tabla 3.5) como desde la óptica de la personalidad (ver Tabla 3.6).

**Tabla 3.5 – Obstáculos en la investigación sobre personalidad-salud desde la naturaleza de la enfermedad/tratamiento**

<b>Características de la enfermedad</b>	<b>Implicaciones para el entendimiento del papel de la personalidad</b>
La imprecisión diagnóstica	Los diagnósticos médicos son susceptibles a todas las fuentes de sesgo y errores, que pueden afectar el juicio humano. Las múltiples bases de diagnóstico varían en fiabilidad y pueden producir conclusiones contradictorias. Muchas de las técnicas diagnósticas disponibles han sido administradas sólo en individuos que las prueban positivamente y no en la población general.
Determinaciones múltiples	Muchas de las enfermedades crónicas se reflejan múltiples, en que los determinantes se relacionan entre si, haciendo difícil, igualmente artificial, aislar una contribución independiente para una causa individual.
La heterogeneidad de los síntomas	Las variaciones en la presentación de los síntomas pueden reflejar diferencias en la etiología o en comorbidades no detectadas. Los síntomas pueden afectar a la personalidad o su medida. La ausencia de síntomas también puede influenciar las medidas de personalidad en poblaciones de pacientes.

(continuación)

La historial natural	La asociación prospectiva entre personalidad y enfermedad puede reflejar los efectos de la enfermedad preclínica en las medidas de personalidad. El curso del desarrollo de la enfermedad puede influir en la sintomatología. Los factores que causan el progreso de la enfermedad, incluida la personalidad, pueden variar en su importancia a lo largo del tiempo.
Tratamiento	La medicación y los tratamientos quirúrgicos que influyen sobre la enfermedad pueden afectar las medidas de personalidad. Las interacciones con el sistema de cuidados para la salud pueden afectar las medidas de personalidad. Los factores que influyen sobre la búsqueda de tratamiento o afectan el acceso al tratamiento reducen la generalizabilidad de las investigaciones que incluyen pacientes en tratamiento.

Fuente: Contrada, Cathe & O'Leary (1999).

Bruchon-Schweitzer (2002) destaca la importancia de diferenciar la perspectiva psicossomática de la epidemiológica en la investigación sobre personalidad y salud/enfermedad. Según estos autores, cuando la investigación parte desde una óptica psicossomática, se busca un perfil de personalidad que corresponda a ciertas enfermedades (asma, úlceras, cánceres), puesto que esta óptica está orientada a la investigación de características afectivas y cognitivas comunes a las enfermedades y personalidades dichas "psicossomáticas". Sin embargo, desde el punto de vista de la epidemiología, la búsqueda, a priori atórica, parte de la acumulación de resultados empíricos que podrán sugerir hipótesis. Así, la comparación (retrospectiva, después prospectiva) de grupos enfermos y sanos permite describir los "estilos de vida" asociados al riesgo de desarrollar enfermedades coronarias (Tipo A o Tipo II), los cánceres (Tipo C o Tipo I), así como los estilos de vida sanos.

**Tabla 3.6 – La interface personalidad-enfermedad: principios generales desde en punto de vista de la personalidad**

Características de personalidad	Implicaciones para el entendimiento de la enfermedad física
Relevancia para la adaptación	La personalidad es relacionada tanto con la adaptación individual como con los procesos que reflejan la adaptación evolutiva, que proporcionan la base de los vínculos con varios procesos de salud relacionados.
Patrón de comportamiento - Estabilidad temporal  - Consistencia trans-situacional  - Perfiles de situación-comportamiento	Compatible con los procesos de enfermedad relacionados que se extienden a lo largo del tiempo. Compatible con los procesos de enfermedad relacionados que envuelven la exposición al riesgo en diversos ambientes. Compatible con los procesos de enfermedad relacionados que envuelven una respuesta particular a una situación particular.
La estructura de la personalidad	La estructura cognitivo-afectiva subyacente a los patrones de comportamientos que promueven la personalidad puede causar la enfermedad. La estructura neurobiológica puede ser un factor causal tanto de la personalidad como de la enfermedad.
La organización de la personalidad - Generabilidad/Dominancia  - Formato jerárquico	La relevancia de la personalidad para el sistema cognitivo, afectivo y biológico, permitiéndose múltiples posibles vínculos entre personalidad y los procesos de la enfermedad relacionada. Las asociaciones con la enfermedad en un nivel de la organización de la personalidad pueden reflejar factores funcionando en otros niveles de la personalidad.
Procesos - El desarrollo de la personalidad, expresión, cambio - La regulación del comportamiento  - Interacción de la persona y el entorno - Selección de situaciones - Construcción/alteración de situaciones - Respuestas a las situaciones - Evaluación del impacto sobre la situación - Duración de la exposición a la situación	El papel de la personalidad en organizar, dirigir, activar y en mantener los comportamientos, permiten múltiples posibles vínculos con los procesos de la enfermedad relacionada.  La personalidad afecta a la salud física mayoritariamente a través de procesos por el que el tipo de personalidad determina las interacciones individuo-ambiente.

Fuente: Contrada, Cathe & O'Leary (1999)

### 3.4 – Personalidad y enfermedades / indicadores de salud específicos

La mayor parte de los estudios empíricos llevados a cabo hasta la fecha de hoy intentan analizar la personalidad asociándola a una enfermedad o marcador de salud específicos. De entrada podemos citar el clásico y ya citado metanálisis de Friedman y Booth-Kewley (1987a), que revisa las correlaciones entre variables de personalidad (Ansiedad, Depresión, Ira y Extraversión) y cinco enfermedades crónicas (enfermedades cardiovasculares, asma, úlcera, artritis y dolor de cabeza), a partir de 229 estudios publicados entre 1945 y 1984 (de los cuales seleccionan 101 según criterios estadísticos). El resumen de los resultados estadísticos encontrados por los autores es presentado en la Tabla 3.7.

**Tabla 3.7 – Resumen de los resultados del metanálisis de las correlaciones entre personalidad y enfermedad (con tamaño del efecto igual a cero no incluido)**

VV de personalidad/ Enfermedades Físicas	Enfermedades Cardiovasculares	Asma	Úlcera	Artritis	Dolor de Cabeza
Ansiedad	0,13	0,36	0,18	0,20	0,20
Depresión	0,23	0,16	0,07	0,15	0,18
Rabia/ Hostilidad/Agresividad	0,14	0,22	-0,03*	0,14	0,05*
Rabia/Hostilidad	0,16	0,25	-0,01*	0,15	-0,01*
Extraversión	0,07	-0,13	-0,17	-0,17	0,08

Nota: \*no significativo;  $p > 0,05$ .

Fuente: Friedman & Booth-Kewley (1987a). Elaboración propia.

Como se puede comprobar, las correlaciones no fueron nunca superiores a 0,40, y en muchos casos fueron bastante más bajas; las dos variables que claramente siempre aparecían relacionadas (y normalmente con mayor coeficiente de correlación) eran siempre la Ansiedad y la Depresión. Los propios autores señalan como razones para que no sean muy altas las correlaciones el hecho de que muchos estudios no examinan más que uno o dos aspectos de la personalidad y esto impide decidir si cada aspecto actúa de

forma independiente, en interacción o si su efecto es redundante con otros aspectos de la personalidad. La consistencia de los resultados de este metanálisis no corrobora la idea de que enfermedades específicas causan problemas de personalidad a través de mecanismos fisiológicos directos.

Este metanálisis, citado muy a menudo en la bibliografía sobre personalidad y salud, es considerado como un marco de referencia para los estudios sobre personalidad y salud/enfermedad que lo siguen. Este trabajo pone de manifiesto que los estudios y medidas que se estaban realizando carecían de validez, lo que conducía a hallazgos inconsistentes e interpretaciones ambiguas. No obstante, los avances en la prevención, en el tratamiento psicológico y en la psicología de la personalidad, inspira el resurgimiento del interés en las relaciones entre personalidad y salud/enfermedad (Suls & Rittenhouse, 1990). La revisión de los estudios publicados en los últimos cinco años lo pone de manifiesto. Pasamos a analizarlos.

Partiendo del supuesto de que los factores tomados *per se* no son adecuados para los análisis entre personalidad y salud/enfermedad, Vollrath y Torgersen (2002) proponen configuraciones de los factores básicos de personalidad, representados por una tipología. El estudio llevado a cabo por los autores, con 683 estudiantes universitarios, analiza si los ocho tipos de personalidad propuestos (ver Tabla 3.8) están relacionados con las conductas de riesgo para de salud.

Los resultados del estudio de Vollrath y Torgesen (2002) demuestran que los Impulsivos (*Impulsives*), Hedonistas (*Hedonists*) e Inseguros (*Insecures*) son particularmente propensos a entablar múltiples comportamientos de riesgo (consumo de

**Tabla 3.8 – Los ocho tipos de personalidad derivados de los factores básicos de personalidad**

<b>Tipo</b>	<b>Niveles de E, N y R / Descripción</b>
Espectadores ( <i>Spectators</i> )	E = bajo; N = alto; R = bajo. Demuestran poca responsabilidad por las demandas sociales, baja vulnerabilidad al estrés, son emocionalmente monótonos, bajos en ambición y pasivos en el afrontamiento.
Inseguros ( <i>Insecures</i> )	E = bajo; N = alto; R = bajo. Son tímidos y auto-concienciados, tienen alta vulnerabilidad al estrés, experimentan emociones negativas frecuentemente, se comportan de manera dependiente en las relaciones interpersonales y recurren a la evitación y afrontamientos ineficaces.
Escépticos ( <i>Sceptics</i> )	E = bajo; N = bajo; R = alto. Son reservados en sus relaciones con los demás, auto-seguros, resilientes al estrés, emocionalmente estables y sistemáticos en el afrontamiento.
Melancólicos ( <i>Brooders</i> )	E = bajo; N = alto; R = alto. Son tímidos e introvertidos, vulnerables al estrés, propensos a emociones negativas, ambivalentes y escrupulosos.
Hedonistas ( <i>Hedonists</i> )	E = alto; N = bajo; R = bajo. Son muy vulnerables al estrés, emocionalmente inestables y pasivos en el afrontamiento.
Impulsivos ( <i>Impulsives</i> )	E = alto; N = alto; R = bajo. Buscan atención y son orientados al placer.
Empresarios ( <i>Entrepreneurs</i> )	E = alto; N = bajo; R = alto. Tienen habilidades sociales, demuestran talento en el liderazgo; tienen alta resistencia al estrés, son eficaces en el afrontamiento y demuestran ambición y energía a la hora de perseguir sus objetivos
Complicados ( <i>Complicateds</i> )	E = alto; N = alto; R = alto. Son extravertidos y socialmente dependientes, emocionalmente intensos y variables, en cierto modo vulnerables al estrés, pero también flexibles y eficaces en el afrontamiento.

Fuente: Vollrath & Torgesen (2002). Elaboración propia.

Nota: E = Extraversión; N = Neuroticismo; R = Responsabilidad.

tabaco, alcohol y drogas; actividad sexual sin protección) mientras que los tipos Escéptico (*Sceptics*) y Melancólico (*Brooders*) se abstienen de este tipo de comportamiento. La conclusión general del estudio es que los tipos de personalidad son muy útiles para predecir los comportamientos de riesgo para la salud.

Siguiendo esta misma línea, se ha encontrado otros estudios que analizan las asociaciones entre personalidad y conductas de riesgo para la salud. Lauriola, Russo, Lucidi, Violani y Levin (2005) analizan el papel de la personalidad (operativizada a través de la aplicación del EPQ) en la toma decisiones respecto a los riesgos de salud en una muestra de 252 estudiantes universitarios. Los resultados indican que los factores de

personalidad y los factores situacionales actúan conjuntamente para promover la buena y prevenir la mala salud. El afecto negativo aparece como predictor de la búsqueda de riesgos para la salud.

En lo que a la salud percibida se refiere, Williams, O'Brien y Colder (2004), en una muestra de 135 estudiantes universitarios, sugieren que el Neuroticismo (operativizado a través de la aplicación del NEO PIR) predice una pobre conducta de salud, particularmente cuando está asociado a bajos niveles de Extraversión. La Extraversión está asociada a conductas de salud, expectativas de conductas de salud y probablemente estimativas de una mejor salud.

En cuanto a las quejas somáticas relatadas sin explicación médica (jaquecas, dolor de espalda, fatiga, etc.), De Gucht, Fischler y Heiser (2004), en un estudio con 318 pacientes de atención primaria, encuentran que el afecto negativo es el determinante más fuerte de los cambios en el número de síntomas relatados, el afecto positivo también, pero en menor medida. Los autores concluyen que el afecto negativo es un factor importante en las quejas de salud relatadas sin explicación médica porque contribuyen a que los síntomas evolucionen y persistan. Por otro lado, al comparar las dos medidas tomadas en el estudio, ni el Neuroticismo ni la Alexitimia contribuyen a que el número de quejas aumenten.

No obstante, Sabbonchi y Lundh (2003) examinan las relaciones entre perfeccionismo, rabia, salud somática y afecto positivo en una muestra de 184 adultos, encontrando correlaciones muy bajas entre las quejas somáticas y las variables de personalidad estudiadas.

Los indicadores de salud/enfermedad también han sido asociados a la Hostilidad. Siegler, Costa, Brummett, Helms, Barefoot, William et al. (2003) examinan si el patrón de Hostilidad en estudiantes puede actuar con predictor del riesgo de salud relatado más tarde, en la mediana edad, en una muestra de 2200 estudiantes. Los resultados apuntan a que los altos niveles de Hostilidad y sus cambios predicen un amplio rango de indicadores de riesgo para la salud (tabaquismo, consumo de alcohol, dieta inadecuada, etc.).

Christensen, Lund, Damsgaard, Holstein, Ditlevsen, Diderichsen et al. (2004), analizan la asociación entre la hostilidad cínica y la cantidad de síntomas relatados, mediados por las conductas de salud (consumo de alcohol, tabaquismo, actividad física e índice de masa corporal) en un estudio epidemiológico llevado a cabo en Dinamarca con 3426 hombres y 3699 mujeres. La hostilidad cínica, definida como un actitud negativa duradera hacia los demás, que envuelve componentes cognitivos, afectivos y conductuales, fue operativizada a través de la aplicación de la *Cook-Medley Hostility Scale* (Cook & Medley, 1954). Los resultados indican que altos niveles de Hostilidad fueron asociados con una carga elevada de síntomas relatados, no obstante las conductas de salud no se revelaron como mediadoras de este efecto.

En cuanto a las preocupaciones hipocondríacas, Ferguson (2004) analiza la personalidad (operativizada a través de los marcadores bipolares de Goldberg para evaluar el modelo de los Cinco Grandes Factores) y la preocupaciones hipocondríacas en una muestra de 630 donadores de sangre y 258 estudiantes universitarios. El estudio revela que la estabilidad emocional predice niveles más bajos de preocupaciones hipocondríacas.

Las dimensiones Neuroticismo y Extraversión del modelo de los Cinco Grandes Factores también han sido asociadas a la mortalidad. Wilson, Krueger, Gu, Bienios, Mendes de León y Evans (2005), en un estudio llevado a cabo con 6158 ancianos, encuentran asociación entre personalidad (Neuroticismo y Extraversión operativizados a través de las escalas correspondientes del NEO) y la mortalidad. Los resultados del estudio indican que un alto nivel de Neuroticismo incrementa el riesgo de morir en 33%, en comparación con los sujetos con bajo nivel. Por otro lado, un alto nivel de Extraversión está asociado a una disminución del riesgo de morir en 21%, en comparación con los sujetos con bajo nivel. Estos hallazgos indican que altos niveles de Extraversión y bajos niveles de Neuroticismo están asociados con una significativa reducción del riesgo de mortalidad en ancianos, mediada parcialmente por los patrones de personalidad relacionados de actividad cognitiva, social y física.

El efecto de los placebos y su relación con variables de personalidad también han sido estudiados. Geers, Helfer, Kosbab, Weiland, y Landry (2005) testan la hipótesis de que la personalidad (Optimismo y Pesimismo) y variables situacionales interactúan para determinar la respuesta a los placebos en una muestra de 54 estudiantes, a través de tres situaciones distintas; Situación 1, en la que se informa que la píldora (placebo) que tomarán producirá un efecto desagradable; Situación 2, en la que se informa que algunos tomarán una píldora con efectos desagradables y otros tomarán placebo (aunque ambos sean placebos); y Situación 3, en que se informa a todos que tomarán un placebo. Los resultados indican que los pesimistas son más propensos que los optimistas a responder negativamente al placebo cuando la expectativa es que estos provocarán un efecto desagradable, pero no en las Situaciones 2 y 3 descritas anteriormente, lo que

sugiere que la personalidad y las variables situaciones interactúan en la respuesta a los placebos. Esto se debe a que los pesimistas presentan una tendencia a creer que es más probable que les ocurran acontecimientos negativos, mientras que los optimistas son más reacios y reactivos cuando reciben información negativa.

En la revisión que se ha realizado, también hemos encontrado estudios que asocian la personalidad al sistema inmune.

Dolbier, Coker, Leiferman, Steinhardt, Schapiro, Nehete et al. (2001) analizan las relaciones entre el rasgo de *Hardiness* (una constelación de atributos de personalidad que funcionan como recurso de resistencia al encontrarse con situaciones estresantes) y la respuesta inmune (empleando como indicadores: células *natural killer*-NK, *Candida albicans*, una proteína purificada del *Mycobacterium* de la tuberculosis-PPD, lipopolysaccharide-LPS, Concanavalin A-Con y *Staphylococcus enterotoxin A*-Staph A) en una muestra de 21 sujetos sanos bajo condiciones no estresantes. Los resultados ponen de manifiesto diferencias significativas entre algunas de las medidas de respuesta inmune (*Candida*, PPD, Con A, y Staph A) entre sujetos con altas y bajas puntuaciones en *Hardiness*. En este caso, las personas con altas puntuaciones en *Hardiness* presentan más proliferación de respuesta inmune que las del grupo con bajas puntuaciones.

Teniendo en cuenta que el número de leucocitos computados y la Hostilidad aparecen relacionados, de modo independiente, como causa de enfermedades cardiovasculares y otras causas de mortalidad, Surtees, Wainwright, Khaw, Luben, Brayne y Day (2003) investigan si estas variables están asociadas. El estudio, llevado a cabo con los 11367 participantes del *European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition in*

*Norkolk* (Reino Unido), confirma la hipótesis de que Hostilidad y la respuesta inmune están relacionadas, o sea, que altos niveles de Hostilidad están asociados a un incremento de leucocitos computados, que a su vez indican un incremento de la actividad inflamatoria.

La respuesta inmune también ha sido asociada al Optimismo como rasgo. Segerstrom, Castañeda y Spencer (2003) analizan la asociación entre Optimismo y respuesta inmune (operativizada a través de la reacción de la piel) en 38 estudiantes de medicina y derecho en dos momentos, uno sin situación de estrés (a la vuelta de las vacaciones) y otra con estrés (durante los exámenes), además de aplicarles una prueba de calculo aritmético. Los resultados apuntan a que el Optimismo se asocia directamente con la reacción cutánea cuando los estudiantes no realizan la prueba aritmética y aparece negativamente asociado cuando la realizan.

Asimismo, se ha encontrado estudios que asocian la personalidad con enfermedades específicas (asma, enfermedades gastrointestinales, enfermedades renales, fatiga, dolor crónico, adherencia al tratamiento del VIH-SIDA, artritis reumatoide, enfermedades cardiovasculares, cáncer, etc.).

En pacientes asmáticos, Ten Brinke, Ouwerkerk, Bel y Spinhoven (2001) encuentran que, entre otros factores psicológicos, no hay diferencias de personalidad (operativizada a través de la aplicación del TCI – *Temperament and Character Inventory*) entre pacientes con leves y severos niveles de asma. La TCI, también utilizada en otro estudio que citaremos más adelante (Jiang, Sato, Hara, Takedomi, Ozaki, & Yamada, 2003), incluye cuatro dimensiones temperamentales independientes entre si, a saber: búsqueda

de novedad (*novelty seeking*), evitación del daño (*harm avoidance*), dependencia gratificante (*reward dependence*) y persistencia (*persistence*).

Christensen, Ehlers, Wiebe, Moran, Raichle, Ferneyhough et al. (2002) examinan el papel de la personalidad (operativizada a través del NEO-PIR) como predictor de la mortalidad en pacientes con insuficiencia renal crónica en una muestra de 269 pacientes. El estudio encuentra relaciones con dos grupos de sujetos: los que presentan altos niveles de Neuroticismo y los que tienen bajos niveles de Responsabilidad. Los pacientes con altas puntuaciones en Neuroticismo tienen 37,5% y que puntúan bajo en Responsabilidad un 36,4% de mortalidad estimada

En lo que se refiere a las enfermedades gastrointestinales, Tanunm y Malt (2001) en un estudio llevado a cabo con 111 sujetos (56 con enfermedad gastrointestinal funcional y 55 controles), encuentran que el Neuroticismo (operativizado a través de la aplicación del EPQ y del NEO-PI) y la agresividad oculta son indicadores de vulnerabilidad a las enfermedades gastrointestinales funcionales, presentando diferencias significativas respecto al grupo control.

Otro estudio, de Hazlett-Stevens, Craske, Mayer, Chang y Naliboff (2003), analiza las relaciones entre la presencia del síndrome del colon irritable y el Neuroticismo (medida con la subescala correspondiente del EPQ), entre otros factores psicológicos (ansiedad general, susceptibilidad a la ansiedad, ansiedad visceral y preocupación crónica) en una muestra de 1021 estudiantes universitarios. Este estudio señala que hay diferencias significativas en los niveles de Neuroticismo entre enfermos y no enfermos de síndrome

del colon irritable, sin embargo esta variable no aparece como predictora de la enfermedad en el análisis de regresión logística.

Utilizando otra medida distinta al Neuroticismo, Howell, Poulton, Caspi y Talley (2003) buscan cual es el papel de la personalidad en el dolor abdominal en un estudio de cohorte con 980 sujetos, utilizando el *Multidimensional Personality Questionnaire – MPQ* (Tellegen 1982) como medida de la personalidad. Los resultados señalan que las escalas de personalidad no están fuertemente vinculadas a la sintomatología gastrointestinal, es decir que hay mínimas diferencias de personalidad, lo que puede indicar que los pacientes con síntomas gastrointestinales funcionales no tengan un único perfil de personalidad.

También se ha estudiado el dolor crónico. Ramírez-Maestre, López-Martínez y Esteve-Zarazaga (2004) analizan las relaciones entre Neuroticismo, Extraversión, edad, sexo y dolor percibido, mediados por las estrategias de *coping* (activa o pasiva) en una muestra de 96 pacientes con dolor crónico en España. El hipotético modelo establece – testado a partir del modelo de ecuaciones estructurales - relaciones positivas entre Neuroticismo, el uso de estrategias de *coping* pasivas y la percepción de la intensidad del dolor. Por otro lado, la Extraversión se asocia positivamente con el uso de estrategias de *coping* activas y negativamente con la percepción de la intensidad del dolor.

Siguiendo esta línea (la personalidad como facilitadora de procesos que actúan sobre la enfermedad), Smith y Zautra (2002) analizan el papel de la personalidad (usando el NEO-PIR) en los procesos de estrés en una muestra de 255 mujeres con artritis reumatoide y osteoartritis. Los resultados apoyan fuertemente el papel de la

personalidad en los procesos de estrés en pacientes con artritis. Los pacientes con altos niveles de Neuroticismo reportan más estrés interpersonal, que a su vez está asociado con más angustia y actividad de la enfermedad.

Jiang, Sato, Hara, Takedomi, Ozaki y Yamada (2003) han explorado la asociación entre ansiedad, dimensiones del modelo de personalidad psicobiológico de Cloninger (operativizado a través de la aplicación del *Temperament and Character Inventory* – TCI, descrito anteriormente) y fatiga en una muestra de estudiantes de Medicina y pacientes psiquiátricos por separado. Los resultados del estudio señalan que las dimensiones “evitación del daño” (*harm avoidance*) y “auto-dirección” (*self-directedness*) del TCI, presentan correlaciones inversas entre sí y pueden ser consideradas como predictoras de la fatiga. Cabe resaltar que la dimensión “evitación del daño” (*harm-avoidance*) del TCI refleja rasgos similares a los de Neuroticismo propuestos por Eysenck.

Oron y Reichenberg (2003) investigan los efectos de la personalidad (evaluada con las escalas Neuroticismo y Extraversión del EPQ) en las quejas musculoesqueléticas en una muestra de 217 soldados. Los resultados indican una asociación entre Extraversión y quejas musculoesqueléticas. La tendencia de los extravertidos a ser más activos y dispuestos a participar de las actividades de intenso entrenamiento físico (como es el caso de los soldados en formación), podría exponerlos a más heridas musculoesqueléticas. Por otro lado, los sujetos extravertidos son más propensos a relatar los síntomas de dolor, lo que probablemente hace con que relaten más dolores musculoesqueléticos. Es decir, los sujetos extravertidos tienen una tendencia general a expresar sus quejas, lo que estaría explicando esta asociación. No obstante, no se han

encontrado relaciones entre fatiga y Neuroticismo o Extraversión. Los autores entienden que esto puede ser debido a que este estudio no ha utilizado criterios clínicos para la fatiga y sí una debilidad general, agotamiento o a un cercano síncope. Asimismo, la muestra utilizada (jóvenes soldados) no es propensa a presentar este tipo de sintomatología.

Cohen, Doyle, Turner, Alper y Skoner (2003) evalúan la relación entre resfriados comunes y el estilo emocional negativo (también denominado Neuroticismo o afecto negativo) o positivo de 334 sujetos sanos, expuestos a dos tipos de virus en un experimento de laboratorio. Los resultados indican que la tendencia a experimentar emociones positivas está asociada con una gran resistencia a los resfriados, objetivamente constatados. Por otro lado, el estilo emocional negativo está asociado con más propensión a reportar síntomas de resfriado infundados (subjetivos) frente a los criterios objetivos adoptados por el experimento. En un estudio previo, siguiendo la misma metodología, pero utilizando el Big Five como medida de la personalidad, los autores (Feldman, Cohen, Doyle, Skoner & Gwaltney, 1999), encuentran que el Neuroticismo está directamente asociado con el relato de síntomas infundados (es decir, sin una base fisiológica), tanto antes como después de inocular el virus.

A partir de la evidencia de que hay pocos estudios que analizan la influencia de la personalidad sobre la adherencia al tratamiento con antiretrovirales en paciente con VIH-SIDA, Penedo, Gonzalez, Dahn, Antoni, Malow, Costa et al. (2003) llevan a cabo un estudio con 145 sujetos. Los resultados demuestran que los rasgos de personalidad (medidos a través del NEO-PIR), tales como el Neuroticismo, están significativamente asociados con una pobre calidad de vida, mientras que la Responsabilidad y la

Extraversión están asociados con una buena calidad de vida. En contraste, los rasgos de personalidad no están directamente relacionados con la adherencia al tratamiento anti-retroviral. Los hallazgos sugieren que los rasgos de personalidad están asociados con VIH-calidad de vida por un lado, y que la calidad de vida está relacionada con la adherencia al tratamiento por otro.

Hirokawa, Nagata, Takatsuka y Shimizu (2004) han analizado si los niveles individuales de racionalidad-antiemocionalidad son un rasgo de personalidad firmemente predictivo del cáncer y de las enfermedades cardiovasculares en un estudio epidemiológico con 36990 japoneses. El estudio revela que los sujetos con altos niveles del rasgo de personalidad racionalidad-antiemocionalidad presentan un incremento en el riesgo morir de cáncer.

Dentro de este escenario, estas dos enfermedades crónicas, las cardiovasculares y el cáncer, han recibido mayor atención por parte de los investigadores, probablemente porque son las enfermedades que encabezan los rankings de morbilidad y mortalidad en prácticamente todos los países. Teniendo en cuenta el gran número de estudios dedicados a dos estas enfermedades, se ha dedicado un apartado específico para cada una de ellas.

### **3.4.1 – Enfermedades Cardiovasculares**

El hecho de que las enfermedades cardiovasculares hayan encabezado y sigan encabezando las listas de causas de mortalidad y morbilidad de los países occidentales, ha hecho con que las mismas recibieran atención prioritaria en la investigación dentro

de la Psicología de la Salud, sobretodo en lo que a la personalidad se refiere. Además, su relevancia dentro del campo de la Psicología también tiene que ver con el hecho de que este tipo de enfermedades son causadas por múltiples factores, donde el estilo de vida y la conducta de las personas cobra importancia (tabaquismo, consumo de alcohol, dieta, inactividad física, etc.), La mayor parte de los estudios asocian las enfermedades cardiovasculares al patrón Tipo A (o a algunos de sus componentes), que ha llegado a ser considerado por el *Nacional Heart, Lung and Blood Institute* de Estados Unidos de América, como uno de los factores de riesgo que incrementan la aparición de enfermedades cardiovasculares (Booth-Kewley & Friedman, 1987). Sin embargo, a raíz de su no confirmación en la replicación de muchos estudios, la asociación patrón Tipo A-enfermedades cardiovasculares se ha estado discutiendo en los últimos años.

El patrón Tipo A es definido como un conjunto de características que comprenden la impaciencia, la agresividad, la competitividad y el deseo de éxito y reconocimiento social (Friedman & Rosenman, 1959; 1974). Las personas Tipo A son caracterizados como adictas al trabajo, demuestran una habla explosiva, suelen presentarse como agresivas y con una lucha incesante por lograr más y más en menos y menos tiempo, es la enfermedad de las prisas (Friedman & Booth-Kewley, 1987b). Los sujetos que no presentan este patrón son nombrados Tipo B.

Los dos primeros (y más utilizados) métodos de evaluación del patrón Tipo A fueron la Entrevista Estructurada - SI (Friedman, Brown & Rosenman, 1969) y el *Jenkins Activity Survey* - JAS (Jenkins, Zyzanski & Rosenman, 1979). El formato de la SI permite al entrevistador evaluar las características del habla, la respuesta general a la provocación y el deseo del sujeto de ejercer el control social. Los autores de la SI entienden que la

evaluación del patrón Tipo A en realidad es determinado más por el estilo en que el entrevistado responde a las preguntas que por el contenido de sus respuestas. Por otro lado, el JAS es un cuestionario de papel y lápiz con tres escalas estandarizadas: S – velocidad e impaciencia (*speed and impatience*), J – implicación en el trabajo (*job involvement*) y H – competitividad (*hard-driving competitiveness*). El cuestionario presenta 52 ítems, concernientes a la forma habitual de comportarse cara a las situaciones estresantes, competición, frustración y urgencia.

Booth-Kewley y Friedman (1987), llevaron a cabo un metanálisis de 150 artículos publicados entre 1945 y 1984, con el objetivo de integrar y organizar los resultados de los estudios que investigan ciertas variables de personalidad (Ira, Hostilidad, Agresividad, Depresión, Extraversión, patrón Tipo A e importantes componentes del patrón Tipo A) en relación con las enfermedades cardiovasculares, donde revisan entre otros datos, la fiabilidad de las medidas de la SI y del JAS, además de su poder predictor en relación con las enfermedades coronarias. En la Tabla 3.9 se presenta el resumen de las conclusiones señaladas por los autores.

A parte de concluir que la SI demuestra ser una medida predictora de las enfermedades cardiovasculares claramente superior que el JAS, los autores (Booth-Kewley & Friedman, 1987) destacan la fuerte asociación encontrada entre enfermedades cardiovasculares y el patrón Tipo A y Depresión, pero también, aunque en menor medida, con Ira/Hostilidad/Agresividad y Ansiedad. No obstante, basado en los estudios prospectivos analizados, esta revisión apunta a una disminución en la relación Tipo A- Enfermedades Cardiovasculares, en comparación con los estudios transaccionales. Finalmente, el estudio revela que el panorama coronarias-personalidad que emerge de

esta revisión no revela características como adicto al trabajo, con prisas e impaciente individualmente; y sí una persona con uno o más afectos negativos, quizás depresivo, agresivamente competitivo, que se frustra fácilmente, ansioso, enfadado o alguna combinación de estos afectos. En todo caso, una personalidad desadaptada en realidad puede ser particularmente pro desarrollo de enfermedades cardiovasculares y tal vez otras enfermedades. Estos resultados son confirmados por otro estudio empírico llevado a cabo por los mismos autores (Friedman & Booth-Kewley, 1987b) en que participan una muestra de 100 sujetos (50 enfermos y 50 del grupo control).

**Tabla 3.9 – Conclusiones del metanálisis que analiza los predictores psicológicos de la enfermedad coronaria**

1. La relación entre el Patrón Tipo A y las enfermedades cardiovasculares (CHD) y otras enfermedades oclusivas es modesta pero fiable. El tamaño del efecto es comparable con otros factores de riesgo.
2. El diagnóstico a través de la SI es mucho mejor predictor que el del JAS, probablemente porque las subescalas del JAS son invalidas y porque sólo la SI evalúa aspectos no verbales o el estilo de expresarse.
3. La exigencia y la competitividad pueden ser relacionados en cierta medida con las CHD, pero la velocidad y la implicación en el trabajo, que también son característicos del patrón Tipo A, probablemente no. Sin embargo, La Ira y la Hostilidad parecen ser factores predictivos.
4. La Depresión es relacionada con las CHD y su relación es fuerte comparada con el patrón Tipo A evaluado a través de la SI. La Ansiedad es ligeramente relacionada con las CHD, mientras que la Extraversión no está relacionada
5. Aunque las diferentes enfermedades puedan estar asociadas a diferentes personalidades, los patrones diferenciales no se desprenden de los estudios existentes.
6. Las relaciones entre el patrón Tipo A (evaluado tanto a través de la SI como del JAS) y las enfermedades encontradas en estudios prospectivos son mucho más pequeñas que las encontradas en los estudios transversales.
7. No se sabe lo suficiente acerca de si diferentes variables de personalidad (tales como el patrón Tipo A, la Depresión y la Hostilidad) son independientes o redundantes en su asociación con las CHD. Los metanálisis, basados en un reducido número de estudios prospectivos, sugieren que la edad, el tabaquismo, los niveles de colesterol, la tensión sanguínea y la educación no son mediadores importantes de la relación Tipo A-enfermedad.
8. La magnitud media de la relación observada entre el patrón Tipo A y las enfermedades ha disminuido recientemente, pero no hay una explicación definitiva de que esto sea cierto.

---

Fuente: Booth-Kewley & Friedman (1987).

Le Mellédo, Arthur, Dalton, Woo, Lipton, Bellavance et al., (2001) llevan a cabo un estudio en una muestra de 27 sujetos para analizar si los sujetos Tipo A y Tipo B (operativizados a través de la realización de la SI) difieren en su reactividad a los

receptores agonistas  $\beta_1$  y  $\beta_2$  del isoproterenol (operativizada a través de la aplicación del CD25, dosis de isoproterenol necesaria para incrementar el ritmo cardíaco en 25 bpm) y al agente panicogénico CCK-4 (*cholecystokinin-tetrapeptide*). Los resultados apuntan a que los sujetos Tipo A difieren significativamente de los Tipo B, exhibiendo altos niveles de CD25 de isoproterenol y un alto incremento del ritmo cardíaco tras la administración del agente CCK-4, lo que sugiere que la sensibilidad de los receptores  $\beta$ -periféricos puede ser incrementada en los sujetos con patrón Tipo A.

Yoshimasu (2001) analiza las relaciones entre el patrón Tipo A, los factores psicosociales del trabajo y el riesgo de infarto de miocardio en una muestra de 290 pacientes y 489 sujetos control. Los resultados apuntan a que el patrón Tipo A está asociado significativamente con un incremento del riesgo de sufrir este tipo de infarto.

No obstante, Gallacher, Sweetnam, Yarnell, Elwood y Stansfeld (2003) no encuentran diferencias en las puntuaciones del patrón Tipo A entre pacientes con enfermedades cardiovasculares y pacientes sanos (2394 en total), lo que puede ser debido al instrumento de medida empleado (el JAS y otros dos instrumentos de papel y lápiz). El estudio, que tomó medidas repetidas a lo largo de 9 años, apunta que las puntuaciones del patrón Tipo A están fuertemente asociadas con el momento en que ocurrió el episodio cardiovascular.

Contrada, Cather y O'Leary (1999) y Le Meellédo et al. (2001) puntualizan que actualmente el debate se centra en que sólo algunas dimensiones del Tipo A (Hostilidad, Ira, Competitividad) estarían asociadas al incremento del riesgo a las enfermedades cardiovasculares.

No obstante la Hostilidad (operativizada generalmente a través de la *Cook-Medley Hostility Scale*-Ho Scale de Cook & Medley, 1954; derivada del *MMPI-Minnesota Multifasic Personality Inventory*) ha sido la faceta del patrón Tipo A más estudiada; Surtees et al. (2003) la consideran como el componente “tóxico” del patrón Tipo A. Partiendo del supuesto de que la Hostilidad es un predictor independiente de las enfermedades cardiovasculares, ya que está asociada a cambios en la frecuencia cardiaca y esta inestabilidad es un factor de riesgo para el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares; Sloan, Bagiella, Shapiro, Kuhl, Chernikova, Berg et al. (2001) estudian los mecanismos fisiológicos implicados en esta interacción en un experimento realizado en laboratorio con 30 sujetos sanos. Los resultados sugieren que la Hostilidad es inversamente relacionada con la respuesta cardiaca autonómica. Así mismo, los datos apoyan la idea de que los sujetos hostiles se exponen a múltiples experiencias generadoras de estrés durante el día, lo que influye en la modulación cardiaca en proporción a sus niveles de Hostilidad.

Brondolo, Rieppi, Erickson, Bagiella, Shapiro, McKinley et al. (2003) examinan los aspectos del modelo transaccional de Hostilidad y salud, investigando las relaciones entre Hostilidad, interacciones interpersonales y tensión arterial en una muestra de 104 sujetos de la región. Los resultados indican que el rasgo de Hostilidad está asociado, tanto con la frecuencia e intensidad de las interacciones sociales negativas como con la magnitud de la respuesta cardiovascular a estas interacciones. Se hace especial referencia a la faceta “cinismo” de la Hostilidad, que está positivamente correlacionada con la intensidad de las interacciones negativas y asociada negativamente a encuentros positivos.

Neuman, Waldstein, Sollers, Thayer y Sorkin (2004) analizan si la Hostilidad influye en la reactividad cardiovascular en un experimento (que consistía en recordar y hablar de un evento reciente que le produjo rabia, frustración, irritación o disgusto) llevado a cabo con 80 sujetos. Los resultados sugieren que la Hostilidad influye en la recuperación cardiaca, pero no la reactividad al objetivo del experimento. Los hallazgos indican también que altos niveles de Hostilidad retrasan la recuperación cardiovascular.

Leclerc, Rahn y Linden (2006) encuentran que la Hostilidad es un predictor de la hipertensión, y por consiguiente, del desarrollo de las enfermedades cardiovasculares en un estudio llevado a cabo con 117 participantes. Los autores analizan las relaciones entre tensión sanguínea y Hostilidad (además de depresión e historia familiar de hipertensión) tomando dos medidas en un intervalo de 10 años.

La Hostilidad también ha sido asociada a la supervivencia de pacientes con enfermedad coronaria. Boyle, Williams, Mark, Brummett, Siegler, Helms et al. (2004), tras controlar la severidad de la enfermedad, en un estudio con 936 pacientes enfermos de arteria coronaria, encontraron que la Hostilidad predice tanto la mortalidad por enfermedad coronaria como la mortalidad total. El estudio también reveló que la versión abreviada de la *Cook-Medley Hostility Scale* es una medida más apropiada que la versión completa de la escala.

Muchos investigadores sospechan que el rasgo de Ira (otra de las facetas del patrón Tipo A) y la direccionalidad de la Ira, es decir, la expresión (*outward*) o la supresión (*inward*) de la Ira son factores de vulnerabilidad del desarrollo de la hipertensión. La Ira ha sido

operativizada mayoritariamente a través de la aplicación del *Spielberger State Trait Anger Expression Inventory* (Spielberger, 1991), que incluye tres facciones: a) la Ira como un rasgo de personalidad, que refleja una persona que habitualmente experimenta ira, a raíz de una mínima provocación o cuando es degradado, criticado o tratado injustamente; b) la expresión de la Ira (*angerout*), es decir, la frecuencia con que cuando se experimenta la Ira, esta es expresada como una agresión hacia otras personas o objetos, sea verbalmente o físicamente; y c) el control de la Ira (*anger-control*), definido como una gestión activa de los sentimientos de enfado, esforzándose por evitar la expresión de la irritación o agresión.

Schum, Jorgensen, Verhaeguen, Sauro y Thibodeau (2003) llevan a cabo un metanálisis de 15 estudios realizados para investigar las relaciones entre el rasgo de Ira y la expresión de la Ira con la tensión sanguínea tomada en ambulatorio. Los resultados encontrados por los autores indican una modesta correlación entre el rasgo de Ira y la expresión de la Ira (autoinformados) con los niveles de tensión arterial,  $r+ = - 0,072$  con tensión sanguínea diastólica y  $r+ = - 0,041$  con tensión sanguínea sistólica.

Por otro lado, se ha estudiado (Scuteri, Parsons, Chesney & Anderson, 2001) que la inhibición de la Ira potencia las relaciones entre altos niveles de  $PetCO_2$  y la presión arterial sistólica, pero sólo en la submuestra de mujeres (se traerán más detalles sobre las diferencias de sexo en las relaciones entre personalidad y salud/enfermedad en el Capítulo 4). Los autores resaltan que los estudios previos que se han revisado, evidencian diferencias en la asociación entre Ira y enfermedades cardiovasculares según el instrumento de medida que se ha utilizado. Así, cuando la Ira es evaluada a través de autoinformes, son observadas correlaciones entre expresión de la Ira y tensión

sanguínea; no obstante, cuando son realizadas observaciones del comportamiento, la inhibición de la Ira parece ser un predictor de la alta tensión sanguínea.

Bleil, McCaffery, Muldoon, Sutton-Tyrrell y Manuck (2004) analizan las relaciones entre el rasgo de Ira y la arteriosclerosis de la arteria carótida en 237 sujetos no tratados de hipertensión. El estudio revela una asociación entre altos índices de arteriosclerosis carótida y la Ira, particularmente con la tendencia a experimentar Ira frente a una mínima provocación (*angry temperament*) y la propensión a expresarla (*outanger*).

Tras la controversia acerca del Patrón Tipo A como factor de riesgo individual de las enfermedades cardiovasculares, Denollet, Vaes y Brutsaert (2000), Pedersen y Middel (2001) y Pedersen, Van Domburg, Theuns, Jordaens y Erdman (2004) proponen el Tipo D de personalidad, no como un factor de riesgo etiológico para las enfermedades coronarias, pero sí como un factor de peor pronóstico en pacientes con enfermedad coronaria confirmada, además de moderador de los efectos del tratamiento médico en estos pacientes. El Tipo D de personalidad es un patrón que combina la afectividad negativa (la tendencia a experimentar emociones negativas) y la inhibición social (la tendencia a inhibir la expresión de estas emociones en la interacción social) asociada a un incremento del riesgo de depresión, agotamiento vital, alienación social, infartos reincidentes y mortalidad independiente del riesgo biomédico establecido.

La escala que operativiza la medida de la personalidad Tipo D, la DS16, fue desarrollada originalmente para la población belga (Denollet, 1998) y aplicada posteriormente a la población danesa (Pedersen & Denollet, 2004) en una muestra de 112 pacientes que han sufrido infarto de miocardio y 115 sujetos control. Los resultados

de este último estudio confirman los índices de fiabilidad de la escala e indican que el Tipo D de personalidad está asociado con el trastorno de estrés postraumático relacionado con el infarto de miocardio. Más recientemente se ha publicado un estudio de una nueva versión de la escala con 14 ítems (DS14), confirmando sus propiedades psicométricas (estructura factorial, validez interna, test-retest y validez externa con las escalas del NEO), en una muestra de 3813 sujetos de la población general y pacientes cardíacos). Los resultados indicaron que la personalidad Tipo D es más prevalente en pacientes coronarios (28%) y en pacientes hipertensos (53%), en comparación con la población general (Denollet, 2005).

Por último, el Neuroticismo también parece guardar una estrecha relación con las enfermedades cardiovasculares. En el estudio de Murberg, Bru y Aarsland (2001), con 119 pacientes a lo largo de 24 meses, el Neuroticismo (medido con el EPQ) ha sido identificado como un factor predictor independiente de mortalidad en pacientes con fallo cardíaco. Además, el trabajo de Pedersen, Middel y Larsen (2002) con 112 pacientes después de tener su primer infarto de miocardio, lo identifican (operativizado a través de la aplicación de la versión reducida del EPQ) como predictor independiente para todos los índices de estrés y quejas de salud, cuando se analiza la satisfacción con el apoyo social.

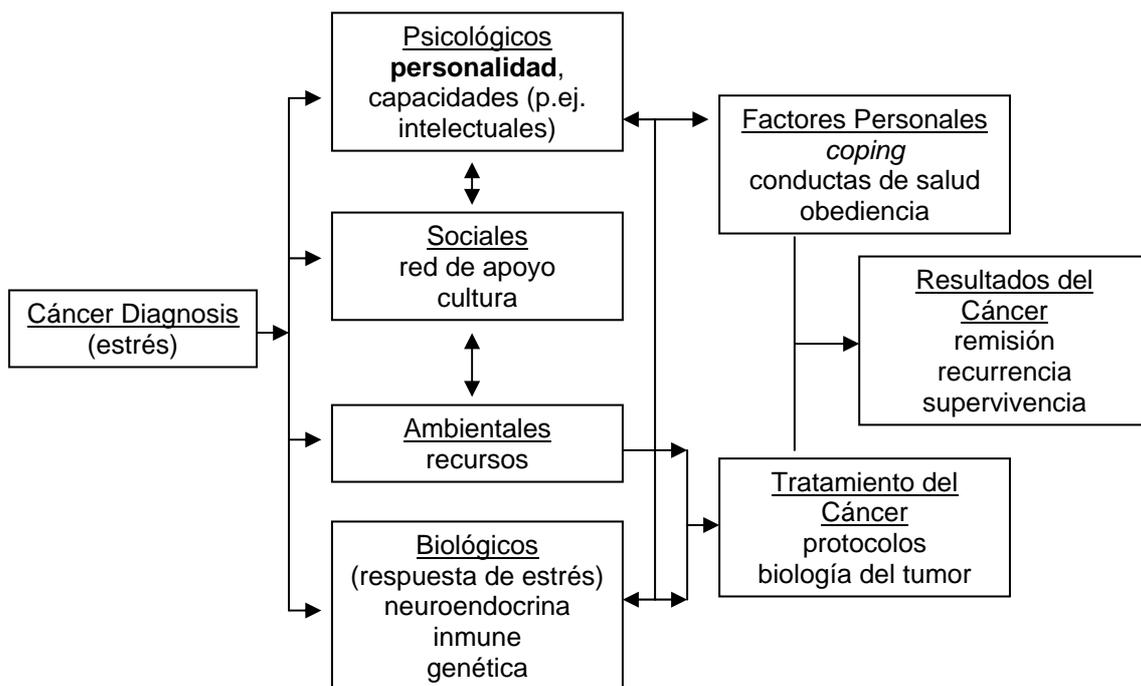
Otros autores, como Marusic y Eysenck (2001), entienden que el Neuroticismo (evaluado con el EPQ) asociado al consumo de tabaco puede ser un factor de riesgo para las isquemias coronarias. El estudio, llevado a cabo con 187 participantes, indica que la interacción Neuroticismo-consumo de tabaco es más importante que sólo fumar. La interacción entre ambos factores es sinérgica y multiplica sus efectos individuales

sobre las enfermedades isquémicas del corazón, deteriorando las vías coronarias y su vasoconstricción.

### 3.4.2 – Cáncer

Desde Galeno, numerosos investigadores han llevado a cabo estudios empíricos y han postulado modelos, intentando identificar y explicar los determinantes psicológicos del cáncer (Canada, Fawzy & Fawzy, 2005). En la Figura 3.2 se presenta uno de los posibles modelos, entre otros dentro del paradigma biopsicosocial, para estudiar los factores implicados en la progresión del cáncer. A partir de este modelo, la “mente” (p.ej. los factores psicológicos) influencia el “cuerpo”, a través de complejas interacciones entre las respuestas de estrés endocrinas e inmunes, reguladas por las conductas de salud, y adherencia al tratamiento, régimen y vigilancia, disponibilidad y accesibilidad a los recursos (p.j. sociales y económicos).

**Figura 3.5 – Modelo biopsicosocial propuesto**



Fuente: Canada, Fawzy & Fawzy (2005).

En todo caso, tras 1800 años de observación y 50 años de estudios empíricos, la importancia de los factores psicológicos en el curso del cáncer todavía no está clara. Un gran número de estudios empíricos han reportado asociación entre factores psicológicos (p.ej., respuesta afectiva, estilo de afrontamiento y apoyo social) que son favorables al curso de la enfermedad (esto es, tiempo de supervivencia más amplio y/o intervalos libres de recurrencia de la enfermedad), mientras que otros estudios han descubierto exactamente lo contrario (esto es, estas variables fueron relacionadas con una peor evolución o alta mortalidad y/o índices de recurrencia). Para complicar todavía más el asunto, estudios adicionales fueron incapaces de demostrar ninguna relación entre las mismas variables psicológicas y el pronóstico del cáncer. En realidad, todo parece indicar que cada nueva investigación añade muy poco acerca del papel de los predictores psicosociales de la enfermedad (Canada, Fawzy & Fawzy, 2005).

Dentro de este complejo fenómeno multifactorial, los investigadores a menudo han centrado su atención sobre las relaciones entre la personalidad y el estrés como un factor de riesgo de la enfermedad (McKenna, Zevon, Corn & Rounds, 1999).

Entretanto, mientras que las enfermedades cardiovasculares han sido asociadas al patrón Tipo A y a la personalidad tipo D, el cáncer ha sido relacionado con el patrón de personalidad Tipo C, el estilo conductista Tipo C y el Tipo I de personalidad.

Los sujetos con una personalidad Tipo C se caracterizan por una “fachada” agradable, a expensas de un esfuerzo defensivo constante. Los métodos indirectos han permitido saber que la activación autónoma en los sujetos cancerosos es más importante que las

demás cara a un estímulo estresante. Estas personas presentan a la vez resultados débiles cuando se les explora su afectividad negativa para las autoevaluaciones y cuando se evalúa su desamparo indirectamente (observaciones, entrevistas) o actitudes defensivas (insinceridad, deseabilidad social). Es un estilo de ser “repressor”, que no puede ventilar sus emociones negativas (sobre todo, la hostilidad y la cólera). El control de las emociones aparece bien como un factor de riesgo, bien como de pronóstico de la carcinogénesis (Greer & Morris, 1975).

El Tipo I es un tipo de personalidad predispuesto al desarrollo de cánceres; corresponde a un patrón de reacciones al estrés, como la supresión de las emociones (pasan de afectos intensos en apariencia y son incapaces de expresar sus emociones), y la impotencia-desesperación (ceder fácilmente, no dejarse defender), tener cogniciones depresivas como la creencia en su propia incapacidad de atender sus objetivos (Grossart-Maticeck & Eysenck, 1990).

El estilo de conducta Tipo C, más que una estructura estable de personalidad (disposición), es un estilo de ajuste a ciertas situaciones sociales estresantes, caracterizadas por el conflicto o la pérdida. Sus características fundamentales son la supresión de las emociones y la impotencia-desesperación. El sujeto Tipo C es simpático, apacible, cooperante y estoico cara a la adversidad. Respeta la autoridad, no es asertivo y no expresa sus emociones (Temoshok, 1987). Sin embargo, tanto la personalidad como el estilo de conducta Tipo C no están relacionados con el cáncer de manera consistente (Canada, Fawzy & Fawzy, 2005).

En una revisión de los estudios previos llevados a cabo hasta la fecha, Bahson (1981), sintetiza las características psicológicas que los pacientes con cáncer tienen en común (ver Tabla 3.10).

**Tabla 3.10 – Características psicológicas de los pacientes con cáncer**

1. Tienen dificultades con las descargas emocionales y tienden a ser inhibidos y represivos.
2. Los que presentan un rápido desarrollo de la enfermedad son más defensivos y demasiado controlados que los pacientes con un lento desarrollo de la neoplasia.
3. A diferencia de otras personas de tres grupos control, los enfermos de cáncer recuerdan a sus familiares como no implicados, fríos o no participativos en sus experiencias emocionales tempranas.
4. Utilizan mucho la negación y la represión.
5. Se nota una excesiva descarga emocional, aunque menos común, en un alta proporción de pacientes con cáncer en comparación con sujetos control.
6. Se describen como incapaces, sienten que sus hermanos fueron preferidos y expresan una manera de ser alienada, solitaria y negligente.
7. No es la pérdida y la depresión que solos redundan en cáncer, y sí la combinación de acontecimientos vitales con un particular ego defensivo y estilo de afrontamiento.

Fuente: Bahson (1981). Elaboración propia.

En la Tabla 3.11 se listan las hipótesis más comúnmente estudiadas en lo que concierne a los factores psicosociales que contribuyen al cáncer de mama, citadas por McKenna et al. (1999) en un metanálisis de 46 estudios publicados entre 1970 y 1996.

**Tabla 3.11 – Hipótesis mas comúnmente estudiadas en lo que concierne a los factores psicosociales que contribuyen al cáncer de mama**

1. Experimentan elevados sentimientos de ansiedad y depresión.
2. Proviene de entornos familiares sin apoyo.
3. Tienen un **estilo de personalidad conflictivo - de evitación** (son pasivos, no competitivos, tolerantes y armonizan las interacciones personales).
4. Utilizan la negación y la represión como defensas psicológicas.
5. Tienen dificultades para expresar ira o resentimiento (personalidad Tipo C).
6. Pueden ser descritos como extravertidos.
7. Han experimentado un excepcional número de acontecimientos vitales duros y estresantes. La presencia de estrés en una vida en particular puede también agravar o actuar como un catalizador de la influencia de los **rasgos de personalidad** que están hipotéticamente asociados a la enfermedad.
8. Han sufrido la separación o pérdida de algo/alguien que les es significativo.

Fuente: McKenna et al. (1999). Elaboración propia.

Sin embargo, el modelo biopsicosocial señala la importancia de tener en cuenta las diferencias individuales observadas en la evolución de los cánceres. Por ejemplo, ciertos

antecedentes medioambientales como los acontecimientos de vida tienen un impacto desfavorable sobre la evolución de la enfermedad. Del mismo modo, ciertos antecedentes personales como una personalidad depresiva y la tendencia a reprimir las emociones negativas son asociadas a una evolución peor de los cánceres. Además, es importante tener en cuenta las estrategias de *coping*, que actúan mediatizando la relación entre los antecedentes y la evolución de la enfermedad (Bruchon-Schweitzer & Quintard, 2001; Bruchon-Schweitzer, 2002).

En efecto, las investigaciones llevadas a cabo con los pacientes cancerosos, manejan entre otros aspectos, las estrategias de *coping* específicas puestas en evidencia en estos sujetos, que tienen un impacto desfavorable sobre el estado somático y emocional de los pacientes. La impotencia-desesperación parece revelarse particularmente nociva; se asocia a una evolución desfavorable de la enfermedad, como por ejemplo recaídas y menor tiempo de supervivencia sin recaídas (Bruchon-Schweitzer & Quintard, 2001; Bruchon-Schweitzer, 2002).

Canada, Fawzy y Fawzy (2005) evalúan el papel de la personalidad (evaluada a través del EPQ) en la predicción de la recurrencia y en el tiempo de supervivencia (durante 10 años) en una muestra de 60 hombres y mujeres con estadio I de melanoma. Los resultados indican que el papel de la personalidad en la recurrencia y el tiempo de supervivencia de los pacientes con cáncer es mínimo, frente a los aspectos biológicos de la enfermedad.

Teniendo en cuenta que el Optimismo está inversamente asociado al distrés, McGregor, Bowen, Ankerst, Andersen, Yasui y McTiernan (2004), encuentran que el riesgo

percibido de padecer un cáncer de mama está parcialmente mediado por las relaciones entre Optimismo y las preocupaciones sobre el cáncer, en un estudio llevado a cabo con 1366 mujeres. El Optimismo se asocia inversamente con las preocupaciones con tener cáncer y con el riesgo de padecer cáncer de mama. Además, hay una relación significativa entre el riesgo de padecer cáncer de mama y las preocupaciones con la enfermedad.

El Optimismo también ha sido considerado como un factor que influye en el ajuste de las personas que han sido tratadas de cáncer. En un estudio de Carver, Smith, Derhagopian, Antoni, Petronis y Weiss (2005) con una muestra de 163 mujeres, se sugiere que el Optimismo explica parte del ajuste a la enfermedad tras 5-13 años de haberles sido practicada la cirugía, sobretodo en lo que se refiere al bienestar en el principio del tratamiento.

### **3.5 – Los estudios realizados con el modelo de personalidad de Millon**

De los estudios analizados, ninguno ha empleado el modelo de personalidad de Millon o el MIPS como medida de la personalidad con el objetivo de analizar sus relaciones con salud / enfermedad. Tampoco se ha encontrado registro de estudios entre salud y el modelo de personalidad de Millon en la base de datos *Psycinfo* de la *American Psychological Association*.

No obstante, el modelo de personalidad de Millon y el MIPS como medida de la personalidad normal han sido aplicados por los miembros y colaboradores del Grupo de Investigación Estudios Psicológicos, Género y Salud (con sede en esta Universidad)

para estudiar su relación con otras variables psicosociales y demográficas tales como: sexo (Bonilla-Campos & Castro-Solano, 2000), edad (Díaz-Morales & Castro Solano, 2000), nación/cultura (Sánchez-López & Aparicio-García, 1998; Aparicio-García & Sánchez-López, 1998 y Aparicio-García, 2000), objetivos de vida y satisfacción vital (Castro-Solano & Díaz-Morales, 2000), en el ámbito laboral (Castro-Solano & Casullo, 2000; Aparicio-García, 2001), cognición y relación con la hemisfericidad (Ruíz-Rodríguez & Fusté-Escolano, 2000), mujeres víctimas de malos tratos (Patrón-Hernández, Fernández-Ros y Corbalán-Berná, 2000) y tipología circadiana (Sánchez López & Díaz Morales, 2000; Dresch, Sánchez-López & Aparicio-García, 2005).

Estos estudios corroboran la aplicabilidad del modelo de personalidad de Millon, teniendo al MIPS como medida de la personalidad, en el estudio de sus relaciones con otras variables, puesto que, además de tener un marco teórico de partida (a diferencia de otros modelos, que parten de los datos) que permite explicarlas, posibilita un análisis más afinado, ya que el MIPS se estructura en tres grandes áreas (Metas Motivacionales, Modos Cognitivos y Comportamientos Interpersonales), derivando en 24 escalas y no en bloques de variables como otros instrumentos de medida de la personalidad existentes (p. ej. el EPQ de Eysenck y el NEO-PIR de Costa & McGrae). Una de las críticas más frecuentes en el estudio de las relaciones entre personalidad y salud es que las variables de personalidad empleadas son demasiado amplias (Bruchon-Schweitzer & Quintard, 2001; Bruchon-Schweitzer, 2002; Christensen et al., 2002), los Cinco “Grandes” Factores, por ejemplo; o que el constructo no presenta un marco teórico que permite entender lo que indican los resultados (Friedman & Booth-Kewley, 1987a).

### 3.6 – El estado de la cuestión

A partir de los datos revisados en las páginas previas, algunas cuestiones se presentan bastante claras. En primer lugar, no parece ser que diferentes enfermedades (cardiovasculares, cáncer, asma, etc.) se asocien a un rasgo de personalidad específico (Friedman & Booth-Kewley, 1987a).

Además, aunque los análisis sugieren que la personalidad puede jugar un papel en el desarrollo o progresión de las enfermedades (sobretudo crónicas), esta evidencia es relativamente débil. Bruchon-Schweitzer y Quintard (2001) matizan que esto puede ser debido a que las categorías de personalidad analizadas sean demasiado globales y heterogéneas (Tipo A, Tipo C, Factores de Personalidad, etc.). Parece ser que características afectivo-cognitivas más específicas, como es el caso de la Hostilidad en las enfermedades cardiovasculares, el Optimismo/*Hardiness* respecto al sistema inmune, son claramente un factor de riesgo o protector de la salud. Los propios autores del NEO reconocen que los factores del instrumento abarcan aspectos amplios, (p.e. el factor Extraversión abarca desde el aspecto de dominación al de cuidado a los demás), que pueden dificultar el análisis de las diferencias de sexo/género en este caso (Costa, Terracciano & McCrae, 2001), pero también creemos que dificultaría un análisis más afinado de las relaciones con salud/enfermedad.

Wasylikiw y Fekken (2002) corroboran esta idea, sugiriendo que la asociación entre personalidad y medidas de salud autopercebida/conductas de salud depende de que la variable de personalidad sea una medida global (las dimensiones de personalidad) o un

rasgo específico (las facetas de las dimensiones del NEO). El estudio llevado a cabo por los autores prueba parcialmente la hipótesis de que las dimensiones de personalidad (Neuroticismo, Extraversión, Apertura, Amabilidad y Responsabilidad) predicen mejor las medidas generales de salud (las correlaciones fueron más altas) y que los rasgos (las facetas de las dimensiones del NEO) son mejores predictores de las conductas saludables.

Otra posible explicación de la inconsistencia entre personalidad-enfermedad puede residir en el hecho de que centrarse en una variable de personalidad (como es el caso en la mayoría de los estudios) hace que no se tenga en cuenta las configuraciones de los factores de personalidad entre sí. Por ejemplo, un individuo no es sólo introvertido, emocionalmente estable o no responsable, sino que todos estos rasgos le caracterizan de forma simultánea (Vollrath & Torgersen, 2002).

En todo caso, todo parece indicar que una personalidad desaptada puede ser en realidad particularmente favorable al desarrollo de enfermedades, tanto cardiovasculares como las demás (Friedman & Booth-Kewley, 1987b). Esto explica quizás el hecho de que el Neuroticismo (y sus otras denominaciones como afecto negativo, estilo emocional negativo, etc.) sea la variable estrella en este tipo de estudios. Las altas puntuaciones en Neuroticismo – caracterizadas por Eysenck y Eysenck (1997) como una persona ansiosa, preocupada, con cambios de humor y frecuentemente deprimida; con quejas psicósomáticas, exageradamente emotivo, que presenta reacciones emocionales muy fuertes de todo tipo – presentan correlaciones significativas en la gran mayoría de los estudios analizados. También dentro de lo que se podría considerar como variables desaptativas de personalidad, encontramos muchos estudios que asocian peor salud al

patrón Tipo A y sus facetas (p.ej., la Hostilidad y la Ira), a la personalidad Tipo C, a la personalidad Tipo D, etc. Por otro lado, el Optimismo, el estilo emocional positivo o el *Hardiness* han sido asociadas a más salud.

No obstante, aunque la personalidad aparece como variable asociada directamente o como mediadora (Pedersen, Middel & Larsen, 2002) de las enfermedades o conductas y riesgos para la salud, se carece de un marco teórico sobre el que interpretarla (Friedman & Booth Kewley, 1987a). Los modelos factoriales más utilizados, como es el caso del modelo de Eysenck y el de Costa y McGrae, se limitan a ofrecernos la caracterización de los sujetos, pero no una teoría sobre la que poder interpretarlos, lo que hace con que los datos resulten poco explicativos.

Bruchon-Schweitzer y Quintard (2001) sugieren que las futuras investigaciones deberían basarse en vías todavía poco exploradas. En primer lugar, sobre las interacciones entre características de personalidad y su contexto (por ejemplo, la conjunción entre ciertos factores de vulnerabilidad y la confrontación a situaciones extremadamente estresantes). En segundo lugar, sobre el papel de las transacciones entre el individuo y la situación (ciertos procesos, estados afectivos y cognitivos “actuales”, ciertas conductas de riesgo mediatizando significativamente las relaciones entre predictores y resultantes somáticos). Y, por último en los co-funcionamientos biopsicosociales crónicos (relaciones duraderas y estables entre características disposicionales y biológicas) y agudos (activación o inhibición transitoria del funcionamiento de ciertos sistemas en relación con ciertos estados afectivo-cognitivos). En resumen, sobre estudios que considerasen la personalidad como una variable subyacente o mediadora en los procesos de salud/enfermedad.

Por último, cabe destacar que, a parte de los estudios epidemiológicos, las muestras de los estudios revisados son bastante reducidas. Esto también puede hacer que los resultados pierdan eficacia. Además, muchas de las muestras sólo incluyen a uno de los sexos y otras, aunque incluyan a hombres y mujeres, no presentan los resultados desagregados para cada sexo. En el próximo capítulo analizaremos con detalle las diferencias de sexo/género en las relaciones entre personalidad y salud/enfermedad, así como las otras dos variables demográficas que se incluyen en esta investigación, la situación laboral y la cultura/nación.

## **Capítulo 4**

### **Diferencias según sexo/género, situación laboral y cultura/nación en las relaciones entre personalidad y salud/enfermedad**

#### **4 – Diferencias según sexo/género, situación laboral y cultura/nación en las relaciones entre personalidad y salud/enfermedad**

El propósito de este Capítulo es matizar los resultados aportados por los estudios que analizan las relaciones entre personalidad y salud según las tres variables demográficas que se han incluido en esta investigación: el sexo/género, la situación laboral y la cultura/nación de los sujetos. No se trata de acotar el tema de las diferencias de sexo/género, situación laboral y cultura/nación en salud y personalidad tomadas por separado y sí en las relaciones de ambas variables, tema central de la investigación que se presenta. No obstante, han sido escasos o no se han encontrado estudios que consideren las diferencias de cultura/nación y situación laboral en el análisis de las relaciones entre personalidad y salud, por lo que se ha optado por aportar algunos resultados relevantes respecto a las diferencias según estas variables demográficas en personalidad por un lado y salud por otro, ya que pueden ser útiles en la comprensión de la cuestión.

##### **4.1 – Diferencias según sexo/género**

Antes de analizar las diferencias de sexo/género en las relaciones entre personalidad y salud, cabe señalar algunos aspectos importantes a tenerse en cuenta en las diferencias según sexo/género en salud y en personalidad, analizadas independientemente, ya que los mismos pueden arrojar algo de luz sobre los resultados aportados sobre las relaciones entre personalidad y salud según sexo/género.

#### **4.1.1 – Diferencias según sexo/género en salud**

En los últimos veinte años se han hecho visibles datos significativos sobre las diferencias en la forma de enfermar y morir entre hombres y mujeres. Esto ha dado pie a reflexionar sobre la existencia de un posible sesgo de género en los temas relacionados con la salud; sesgo que ha facilitado la llamada “invisibilidad” de la mujer en las áreas de investigación sobre la salud, la formación de profesionales y los cuidados asistenciales (Sánchez-López, 2003).

Las diferencias en enfermar y morir, entre hombres y mujeres, se tornan evidentes cuando se miran los últimos datos de defunciones en España y Portugal, países considerados en este estudio (los datos de Brasil no están disponibles). Como se puede comprobar en las Tablas 4.1 (datos de España) y 4.2 (datos de Portugal), la primera causa de muerte para las mujeres son las enfermedades cardiovasculares mientras que en los varones son los tumores en ambos países.

Las diferencias en salud entre hombres y mujeres pueden ser analizadas desde la óptica biológica (sexo), social y cultural (género) o en la interacción de ambas (sexo y género). El sexo se refiere a las características biológicas como la anatomía (p.ej., tamaño y formato del cuerpo) y la fisiología (p. ej., actividad hormonal y funcionamiento de los órganos). En lo que a la salud se refiere, el sexo puede determinar diferencias en la propensión a ciertas condiciones de salud o enfermedades, diferentes riesgos o la necesidad de tratamiento (Greaves, Hankivsky, Amaratunga, Ballem, Chow, De Konick et al., 1999). Así por ejemplo, en lo que al sistema inmune se refiere, las mujeres son inmunológicamente más reactivas que los varones, lo que las hace más protegidas de las

enfermedades infecciosas. No obstante, son más susceptibles a enfermedades autoinmunes, tales como artritis reumatoide, lupus eritomatoso sistémico, tiroiditis autoalérgica, alergias, diabetes mellitus insulina-dependiente, etc. (Fusté-Escolano, 2003).

**Tabla 4.1 – Defunciones según la causa de muerte en España en el año 2003 (porcentaje por 100.000 habitantes de cada grupo de edad) según sexo**

Causas de muerte	Tasa Total	Tasa Varones	Tasa Mujeres
Enfermedades del sistema circulatorio	308,973	284,716	332,378
Tumores	237,655	302,169	175,411
Enfermedades del sistema respiratorio	104,281	123,464	85,774
Enfermedades del sistema digestivo	46,604	51,692	41,696
Causas externas de mortalidad (accidentes, accidentes de tráfico, intoxicaciones, etc.)	39,750	57,737	22,396
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	35,265	28,154	42,127
Trastornos mentales y del comportamiento	31,120	20,983	40,901
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	28,918	23,247	34,390
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	26,214	22,588	29,712
Enfermedades del sistema genitourinario	21,521	20,619	22,392
Enfermedades infecciosas y parasitarias	17,384	19,553	15,291
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	8,471	5,154	11,671
Enfermedades de sangre y de órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan mecanismos de inmunidad	2,962	2,473	3,433
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2,450	2,637	2,269
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	2,428	1,537	3,288
Afecciones originadas en el periodo perinatal	2,112	2,419	1,815
Embarazo, parto y puerperio	0,048	0,000	0,094

Fuente: Instituto Nacional de Estadística de España (2003) - Elaboración propia.

**Tabla 4.2 – Defunciones según la causa de muerte en Portugal en el año 2003 (número de casos) según sexo**

Causas de muerte	Tasa Total	Varones	Mujeres
Enfermedades del sistema circulatorio	76803	34656	42147
Tumores	65291	39061	26230
Causas externas de mortalidad (accidentes, accidentes de tráfico, intoxicaciones, etc.)	19667	13254	6413
Enfermedades del sistema respiratorio	16206	9190	7016
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	10889	4965	5924
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	9800	4166	5634
Enfermedades del sistema digestivo	6545	4114	2431
Enfermedades del sistema genitourinario	4481	2313	2168
Enfermedades infecciosas y parasitarias	3800	2674	1126
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	2494	1162	1332
Trastornos mentales y del comportamiento	701	369	332
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	424	147	287
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	347	177	170
Enfermedades de sangre y de órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan mecanismos de inmunidad	255	116	139
Afecciones originadas en el periodo perinatal	242	128	114
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	60	21	39
Embarazo, parto y puerperio	8	-	8

Fuente: Instituto Nacional de Estatística de Portugal (2003) - Elaboración propia.

El género<sup>1</sup> se refiere al vasto papel, social y culturalmente determinado, de los rasgos de personalidad, de los comportamientos, de los valores, del poder relativo y de la influencia que la sociedad adscribe a los dos sexos sobre diferentes bases. En lo que respecta a la salud, el género puede determinar la diferente exposición a ciertos riesgos, el patrón distinto de búsqueda de tratamiento o el impacto diferente de los determinantes de salud, económico y social (Greaves et al., 1999).

Sin embargo, el determinante más crítico para la salud de hombres y mujeres se refiere a la interacción de ambos factores (sexo y género). Por ejemplo, los factores relacionados con el sexo afectan a la manifestación de síntomas de los infartos de miocardio. Los factores de género afectan el tiempo empleado en la búsqueda de tratamiento en el caso de las mujeres, así como las reacciones del personal sanitario al presentarse un hombre o una mujer con síntomas cardíacos (Rohlf, García, Gavalda, Medrano, Juvinyà, Baltasa et al., 2004). Tomados conjuntamente, el efecto combinado de los factores relacionados con el sexo y con el género afectan el status de salud, la reacción del sistema de salud y eventualmente los resultantes de la salud.

Así, como señalan Rohlf, Borrell y Fonseca (2000), “*la salud de mujeres y hombres es diferente y es desigual*” (pp. 64). Diferente porque hay factores biológicos (genéticos, hereditarios, fisiológicos, etc.) que se manifiestan de forma diferente en la salud y en los

---

<sup>1</sup>Cabe resaltar que algunos estudios, sobretodo los publicados en revistas científicas norteamericanas, utilizan predominantemente el término “*gender*” en detrimento de “*sex*” para referirse a las diferencias encontradas según la variable demográfica “*sexo*”.

riesgos de enfermedad. Desigual porque hay otros factores, que en parte son explicados por el género, que influyen de una manera injusta en la salud de las personas.

Otro aspecto relevante a tener en cuenta en las diferencias de salud entre hombres y mujeres se refiere a la paradoja mortalidad/morbilidad, es decir, el hecho de que las mujeres viven más, pero tienen peor salud. Las estadísticas tomadas en conjunto demuestran que las mujeres viven más (en media 7 años) que los hombres por un lado, pero autoevalúan peor su estado de salud por otro (Encuesta Nacional de Salud, 2003). Bird y Rieker (2002), matizan que aunque la expectativa de vida haya aumentado para ambos sexos, los hombres han ganado años de vida saludable mientras que las mujeres han ganado años de discapacidad, lo que implica una mayor morbilidad favoreciendo a las mujeres.

Sin embargo, a la hora de generalizar estas conclusiones, es necesario tener en cuenta algunas matizaciones. El considerar que únicamente la variable sexo/género es la importante puede llevar a conclusiones no demasiado coincidentes con la realidad. Como se ha visto anteriormente, tanto el sexo como el género son variables muy importantes a tener en cuenta, pero también lo es la edad que se tenga, la situación laboral, el nivel educativo, el hecho de vivir en pareja o no, el hecho de vivir en un entorno rural o urbano, etc., que pueden a veces ser tan importantes o más, que el hecho de ser hombre o mujer (Sánchez-López, 2005). Para ilustrar esta afirmación presentamos algunos datos del Sistema de Salud del Reino Unido en la Tabla 4.3.

**Tabla 4.3 – Autoestimación del estado de salud por sexo, casados, trabajadores a tiempo completo, edad entre 20-60 años, directivos y empleados de oficina**

Sexo	Autovaloración general del estado de salud	
	De excelente a buena	De justo a muy mal
Hombres	87,8%	12,2%
Mujeres	86,9%	13,1%

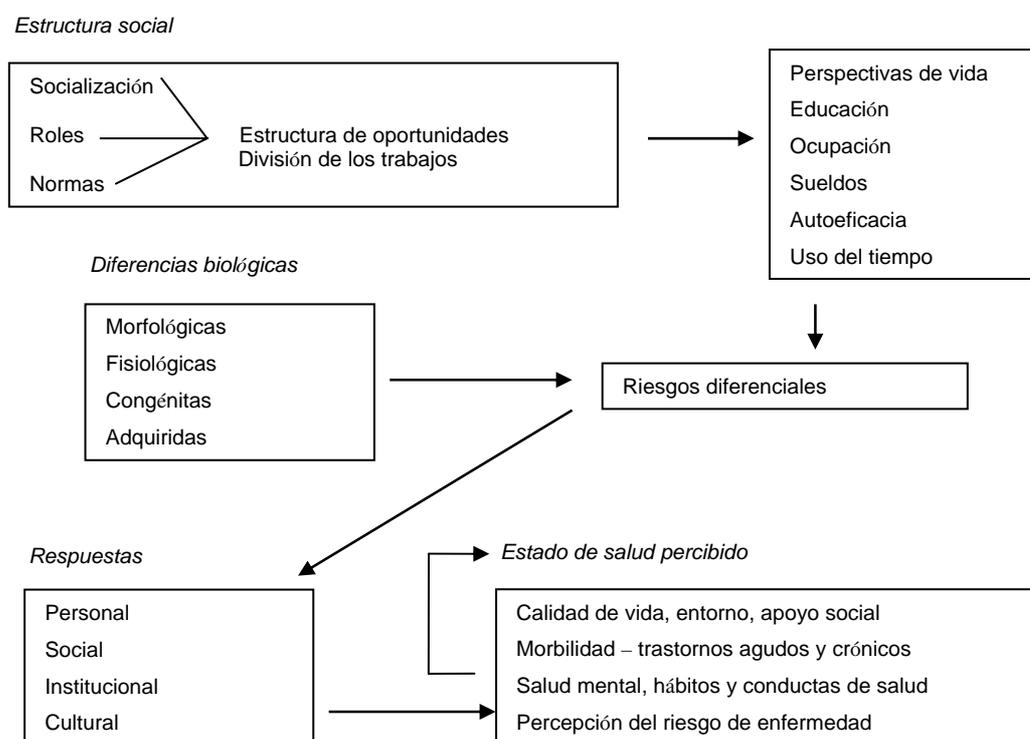
Fuente: *Health Survey for England* 1998, citado por Bartley (2003).

Como se puede comprobar en la Tabla 4.3, cuando se emparejan a hombres y mujeres según otras variables demográficas (estado civil, situación laboral, edad y tipo de contrato laboral), las diferencias de salud entre sexos resultan insignificantes.

No obstante, hay que tener en cuenta que la paradoja mortalidad/morbilidad está basada sobre todo en la percepción que uno tiene respecto a su estado de salud. En las encuestas de salud, las mujeres perciben tener peor salud que los hombres (Encuesta Nacional de Salud, 2003). Esto puede ser debido a dos razones. Primero, las mujeres, biológicamente, son más propensas a presentar enfermedades crónicas como hemos comentado anteriormente, por lo tanto presentan más morbilidad. Segundo, porque aunque actualmente no haya duda de que la autopercepción del estado de salud sea una medida fiable (Singh-Manoux, Martijain, Ferrie, Zins, Marmot y Goldberg, 2006), hay que considerar que los hombres y las mujeres no se basan en los mismos indicadores para autoevaluar su estado de salud. En la Figura 4.1 se presenta el esquema propuesto por Rohlf, Borrell y Fonseca (2000) respecto a las relaciones entre género y la salud percibida, en el que la estructura social incide sobre las perspectivas de vida, educación, ocupación, sueldos, autoeficacia y uso del tiempo; que junto con las diferencias biológicas (morfológicas, fisiológicas, congénitas, adquiridas) influyen sobre los riesgos diferenciales. Estos riesgos inciden sobre las respuestas (personal, social, institucional y cultural), resultando en el estado de salud percibido, que incluye calidad de vida,

entorno y apoyo social; morbilidad (trastornos agudos y crónicos); salud mental, hábitos y conductas de salud, y percepción del riesgo de enfermedad.

**Figura 4.1 – Relaciones entre el género y la salud percibida**



Fuente: Rohlfs, Borrell & Fonseca (2000).

Kasle, Wilhelm y Reed (2002) resaltan que las mujeres definen su estado de salud basado en términos de si sus relaciones con los demás y con la comunidad en general son saludables. Para las mujeres, es muy importante sentirse incluidas, respetadas, con posibilidad de calificarse y desarrollarse, tener oportunidades para trabajar, asumir una variedad de papeles y ser creativas, entre otros.

#### 4.1.2 – Diferencias según sexo/género en personalidad

Las diferencias de sexo/género en personalidad se han analizado ampliamente. Feingold (1994) las recoge en un metanálisis de los estudios realizados entre 1958-1992, dividiéndolos en dos estudios según las variables analizadas, en los que encuentra diferencias significativas según sexo/género. En líneas generales, las mujeres presentan puntuaciones más elevadas en Extraversión, Ansiedad, Confianza y especialmente cuidado tierno a los demás (*Nurturance*); mientras que los varones puntúan más alto en Firmeza y presentan promedios ligeramente más altos en Autoestima.

En la misma línea, Lynn y Martin (1997) analizan las diferencias de personalidad según el modelo de Eysenck en 37 naciones. A nivel general, los resultados indican que las mujeres puntúan más en Neuroticismo y los hombres en Psicoticismo y Extraversión. La magnitud de las diferencias, según sexo, encontradas en las 37 naciones (entre ellas España, Brasil y Portugal, países incluidos en la investigación que se presenta) no están relacionadas con la renta per capita de los países estudiados.

A partir de los estudios de Feingold (1994) y Lynn y Martin (1997), Costa, Terraciano y McCrae (2001) llevan a cabo un estudio, comparando las puntuaciones de los 30 facetas del NEO-PIR según sexo. Los resultados corroboran el patrón encontrado en estudios anteriores, indicando que las mujeres puntúan más en las facetas de los factores Neuroticismo (excepto en la faceta Hostilidad), Amabilidad y en las facetas Cordialidad del factor Extraversión, así como en la faceta Sentimientos del factor Apertura. Los hombres puntúan más en la faceta Asertividad del factor Extraversión, así como en la

faceta Ideas del factor Apertura. No se han encontrado diferencias de sexo/género en las facetas del factor Responsabilidad.

Los autores (Costa Jr., Terraciano y McCrae, 2001) señalan que el patrón de las diferencias encontradas en personalidad según sexo/género ha sido bastante semejante en los países estudiados. Esto corrobora los resultados encontrados en los estudios transculturales. Best y Williams (1997) resaltan que, en el área de las diferencias de sexo/género, las similitudes pan-culturales pesan más que las diferencias culturales. En todo caso, Costa, Terraciano y McCrae (2001), encuentran que el patrón diferencial entre varones y mujeres es más evidente en el Occidente (sobre todo en países individualistas, ricos, igualitarios y masculinos). Estos resultados son confirmados por otros dos estudios realizados por los mismos autores recientemente (McCrae & Terraciano, 2005a; McCrae & Terraciano, 2005b). Los autores sugieren que una posible explicación a esta marcada diferencia se basa en que en las culturas tradicionales los sujetos se comparan más con otras personas de su mismo sexo/género, mientras que en las culturas modernas, los hombres y mujeres tomen a ambos sexos como referencia a la hora de compararse con los demás.

El estudio de Costa, Terraciano y McGrae (2001) indica que las mujeres se diferencian de los varones en que tienden a experimentar sentimientos negativos (excepto Hostilidad), son amables, altruistas, afectuosas y amistosas en sus relaciones con los demás y experimentan de manera más profunda y diferenciada los estados emocionales (tanto la felicidad como la desdicha). En cambio, los hombres se distinguen en que son dominantes y socialmente destacados y son curiosos intelectualmente, buscando activamente ideas nuevas y poco convencionales en el terreno mental. En la Tabla 4.4

presentamos las diferencias de medias a través del estadístico “*d*” en los países que se incluyen en la investigación que se presenta.

**Tabla 4.4 – Diferencias según sexo (*d*) en los Factores del NEOPIR en España, Portugal y Brasil**

Países	Factores del NEOPIR				
	N	A	F-Ex/In	F-Op/CI	F-Co/Un
España	0,64***	0,45***	0,26***	0,28***	0,20***
Portugal	0,45***	0,31***	0,19**	0,11	0,33***
Brasil	0,59***	0,25***	0,11***	0,26***	0,15***

Fuente: McCrae y Terracciano (2005b). Elaboración propia. \*\*\* $p < 0,001$ .

Nota: N = Neuroticismo; A = Amabilidad ; F-Ex/In = Extraversión/Introversión Feminina; F-Op/CI = Apertura/No Apertura Feminina y F-Co/Un = Responsabilidad/No Responsabilidad Feminina.

Las diferencias de sexo/género en personalidad también han sido estudiadas empleándose el modelo de Millon. En el modelo de personalidad de Millon, se puede esperar, a priori, que haya diferencias de sexo/género en el par de escalas Individualismo (favoreciendo a los varones) y Protección (favoreciendo a las mujeres), debido, en parte, a sus bases biológicas. Estas escalas están basadas en el constructo bipolar hacia si mismo-hacia los demás, derivado del principio evolutivo y ecológico “Replicación” (ver Capítulo 2).

La escala Individualismo está basada en la polaridad “hacia si mismo”, que está relacionada con las estrategia “*r*” de reproducción sexual a nivel biológico, caracterizada por una rápida maduración, un corto ciclo de vida con ciclos reproductivos igualmente cortos, alto ratio de reproducción y baja inversión de los progenitores (Keller, 1997). Así, “*la estrategia ‘r’ del macho puede manifestarse en lo que denominamos conductas de Individualismo, cuya característica es que están inspiradas más por el interés en sí mismo que por el interés en los demás*” (Millon, 2004a, pp. 16).

Por otro lado, la escala Protección está basada en la polaridad “hacia los demás”, que está relacionada con las estrategias “K” de reproducción, que se caracterizan por un largo ciclo vital, ciclos espaciados de reproducción, bajo ratio de reproducción y altos niveles de inversión de los progenitores (Keller, 1997). En este caso, *“la estrategia ‘K’ de la hembra, en cambio, se manifiesta en lo que denominamos orientación a la protección. Las hembras tienen mayor disposición a favorecer a los demás, a unirse e intimar, a sentir empatía y a proteger”* (Millon, 2004a, pp. 16).

En todo caso, Keller (1997) resalta que ambas estrategias, “r” y “K”, no representan categorías discretas, y sí que simbolizan un *continuum*, en el que, tanto los individuos como las especies, son relativamente “r” o “K”.

Bonilla-Campos y Castro-Solano (2000) analizan las diferencias de sexo/género en población española, utilizando el modelo de personalidad de Millon. Los resultados encontrados en población adulta española indican que las mujeres puntúan significativamente más en Protección, Sentimiento y Aquiescencia, mientras que los varones tienen puntuaciones más altas en Individualidad, Pensamiento y Dominio. La misma tendencia aparece con los datos de Millon en la versión original del MIPS.

Los resultados aportados por el estudio de Bonilla-Campos y Castro-Solano (2000) indican que las mujeres se caracterizan por satisfacer primero a los demás en lo que se refiere a sus metas motivacionales; forman sus juicios respecto a sus propias reacciones afectivas y son guiadas por sus valores personales cuando procesan la información que reciben. Cuando se relacionan con los demás, son simpáticas socialmente, estableciendo vínculos afectivos y lealtades muy fuertes, pero ocultando sus sentimientos negativos.

Por otro lado, los varones, en cuanto a sus metas, son orientados a sus propias necesidades, sin preocuparse de los demás, son independientes y egocéntricos; procesan los conocimientos por medio de la lógica y lo analítico, tomando decisiones basadas en juicios objetivos; y al relacionarse con los demás son energéticos, dominantes y socialmente agresivos. Se ven como intrépidos y competitivos, son ambiciosos y obstinados.

Otro aspecto importante a señalar en relación con los resultados de Bonilla-Campos y Castro-Solano (2000) es que las escalas en que las mujeres puntúan significativamente más alto son escalas consideradas por Millon (1994a ,2004a) como pertenecientes al grupo de las escalas menos desadaptativas, mientras que las escalas en que los varones tienen puntuaciones más altas son escalas pertenecientes al grupo de las más adaptativas del MIPS.

En todo caso, el patrón de las diferencias de personalidad según sexo encontradas con el modelo de Eysenck, con el modelo de los Cinco Grandes Factores y con el modelo de personalidad de Millon son bastante semejantes.

#### **4.1.3 – Diferencias según sexo/género en las relaciones entre personalidad y salud**

No todos los estudios analizados en el Capítulo anterior incluyen a ambos sexos en las muestras; algunos sólo incluyen a hombres y otros sólo a mujeres. Además, hay otros estudios que aunque consideren a los dos sexos en las muestras, no presentan los resultados desagregados para hombres y mujeres. Teniendo en cuenta estos datos, presentaremos a continuación los resultados encontrados divididos en tres apartados:

estudios realizados sólo con mujeres, estudios realizados sólo con hombres y estudios realizados con ambos sexos.

#### **4.1.3.1 – Estudios realizados sólo con mujeres**

Considerando que la artritis reumatoide y la osteoartritis son enfermedades más comunes en mujeres, Smith y Zautra (2002) confirman que las mujeres con altos niveles de Neuroticismo reportan más estrés interpersonal que las que presentan bajos niveles en esta dimensión. Además, cuando se controlan los niveles de Neuroticismo, las mujeres con altas puntuaciones en sensibilidad interpersonal relatan más estrés interpersonal.

El cáncer de mama, otra enfermedad clásicamente femenina, ha sido analizado ampliamente en su relación con variables de personalidad. Sin embargo, un metanálisis llevado a cabo por McKenna, Zevon, Corn y Rounds (1999) indica una modesta asociación de la enfermedad con factores psicosociales específicos (Extraversión-Introversión, Depresión, expresión de la Hostilidad/Ira y cáncer de mama).

No obstante, estudios más recientes asocian el cáncer de mama al Optimismo como rasgo. El estudio de McGregor, Bowen, Ankerst, Andersen, Yasui y McTiernan (2004) ha analizado la relación entre el Optimismo, el riesgo percibido de padecer la enfermedad y las preocupaciones acerca del cáncer en una muestra de mujeres de la zona (no enfermas de cáncer de mama). Los resultados apuntan a que el Optimismo está inversamente asociado a las preocupaciones acerca de la enfermedad y al riesgo

percibido de padecer la enfermedad. Además, el riesgo percibido de padecer la enfermedad está relacionado positivamente con las preocupaciones acerca del cáncer.

La relación entre Optimismo y cáncer también ha sido estudiada en mujeres pacientes de cáncer. Carver, Smith, Derhagopian, Antoni, Petronis y Weiss (2005) estudian si el Optimismo y el bienestar psicológico influyen en la adherencia al tratamiento, tanto inicial como a largo plazo. Los resultados indican que el Optimismo explica en parte la adherencia al tratamiento y el bienestar psicológico sólo en el estadio inicial del tratamiento.

El Optimismo también ha estado asociado al ritmo de progresión de las arteroesclerosis carótida en mujeres sanas. El estudio de Mathews, Raikkonen, Sutton-Tyrrell y Kuller (2004) indica que el rasgo de Optimismo se presenta como un predictor significativo de los indicadores de salud evaluados (medida de la cintura, HDL, triglicéridos, glucosa, consumo de tabaco, presión arterial, actividad física y consumo de alcohol). Así, las mujeres optimistas muestran menos probabilidad de progresión de las enfermedades carótidas que las pesimistas. Una posible explicación a esto reside en la evidente conducta pro-activa de afrontamiento de los optimistas en sus conductas de salud (seguir una dieta baja en grasa saturada, incrementar la actividad física, etc).

La arteroesclerosis también ha sido estudiada en su relación con Hostilidad y dos tipos de expresión de la Ira (*in*, hacia si mismo; y *out*, hacia el entorno), además de Depresión en mujeres con sospecha de isquemia miocárdica. El trabajo de Rutledge, Reis, Olson, Owens, Kelsey, Pepine et al. (2001) encuentra que las mujeres que puntúan alto en ira-*out* presentan riesgo elevado de presentar bajos niveles de HDL-C, altos niveles de

LDL-C e índice elevado de masa corporal. No obstante, el estudio no encuentra asociación entre Hostilidad cínica e hipertensión, cuando se controlan las covariables del estudio (edad, menopausia y status socioeconómico – ingresos y nivel de estudios). La exploración realizada a posteriori indica que el status socioeconómico es la covariable que parece mediar los efectos de la Hostilidad cínica en la tensión sanguínea.

El estudio de Neuman, Waldstein, Sollers, Thayer y Sorkin (2004) también intenta arrojar algo de luz en las relaciones entre Hostilidad y enfermedades cardiovasculares en mujeres. Los autores llevan a cabo un experimento con mujeres, en las que se les pide que recuerden un evento que les produjo rabia, frustración, irritación o disgusto en el último año para tomarles medidas de la respuesta cardiaca y se les evalúa la Hostilidad. Los resultados indican que hay un efecto nocivo de la Hostilidad en la recuperación cardiovascular, pero no durante el período en que las mujeres recuerdan el evento desagradable.

En la misma línea, Olson, Krantz, Kelsey, Pepine, Sopko, Handberg et al. (2005) analizan si la Hostilidad está asociada a un incremento en los eventos cardiovasculares en mujeres a las que se ha practicado una angiografía entre los años 1996 y 2000. Los hallazgos del estudio indican que en las mujeres con sospecha de isquemia del miocardio, los altos niveles de Hostilidad, están asociados a un escaso período de supervivencia sin eventos cardiovasculares adversos (hospitalización por angina, infarto de miocardio no fatal, derrame, otros eventos vasculares, fallo cardíaco congestivo y muerte). Tras el control de los demás factores de riesgo (tabaquismo, niveles de colesterol, índice de masa corporal, medida de la cintura, tensión sanguínea, etc.), la asociación con el riesgo de eventos adversos se ha incrementado.

#### **4.1.3.2 – Estudios realizados sólo con hombres**

Todos los estudios llevados a cabo con varones que se han analizado, se centran en el estudio de las enfermedades cardiovasculares y su relación con personalidad. El estudio de Friedman y Booth-Kewley (1987b) con una muestra de varones con diagnóstico cardiovascular y un grupo control, sugiere que la Depresión, la Ansiedad o ambas variables están asociadas a las enfermedades cardiovasculares, de forma independiente o además del patrón Tipo A.

Gallacher, Sweetnam, Yarnell, Elwood y Stansfeld (2003) estudian si el patrón Tipo A es un desencadenante de las enfermedades cardiovasculares. El estudio de los autores concluye que no hay diferencias en las puntuaciones del patrón Tipo A entre los sujetos que padecen y que no padecen de enfermedades cardiovasculares. No obstante, entre los sujetos que sufren de enfermedades cardiovasculares, el patrón Tipo A ha estado asociado al momento en que ocurrió el evento cardiovascular.

Friedman, Schwartz, Schnall, Landsbergis, Pieper, Grin et al. (2001) tampoco encuentran diferencias en sujetos caracterizados con patrón tipo A en varones con ligera hipertensión y con tensión normal. Los resultados apuntan a que la hipertensión podría estar asociada a la tensión en el trabajo, la edad y la masa corporal. Los autores sugieren que los factores situacionales, biológicos y quizás los factores conductuales podrían ser determinantes primarios de una ligera hipertensión, pero que no son predictores significativos para personas sin enfermedades cardiovasculares.

La Hostilidad, considerada como el componente “tóxico” del patrón Tipo A (Surtees, Wainwright, Khaw, Luben, Brayne & Day, 2003) también ha sido estudiada en varones. Jorgensen, Frankowski, Lantinga, Phadke, Sradkin y Abdul-Karim (2001) analizan si la Hostilidad defensiva está asociada a las enfermedades cardiovasculares en varones veteranos de guerra, tomando medidas de los participantes un día antes de la realización de una angiografía. Tras computar las puntuaciones, se establecieron 4 grupos según las variables estudiadas: DH = puntuaciones elevadas en hostilidad defensiva; HH = puntuaciones elevadas en hostilidad; SD = puntuaciones altas en defensibilidad social; y LRisk = puntuaciones bajas en riesgos psicológicos. Los resultados indican que los grupos no difieren significativamente en los factores de riesgo o en el estado de salud, sin embargo, la media de arterias bloqueadas del grupo DH supera en 50% a las medias combinadas de los otros grupos estudiados.

Otros estudios han asociado las enfermedades cardiovasculares al rasgo de Ira (otra de las facetas del patrón Tipo A) en varones. Bleil, McCafery, Muldon, Sutton-Tyrrell y Manuck (2004) analizan si el rasgo de Ira está asociado a las aterosclerosis de la arteria carótida en una muestra de pacientes hipertensos que no reciben tratamiento para la hipertensión. Los resultados apuntan a que el rasgo de Ira, en particular la tendencia a experimentar Ira frente a la más mínima provocación (el temperamento de Ira) y la propensión a expresar la Ira aparentemente están asociados con elevados índices de arteroesclerosis carótida, tras controlar los demás factores de riesgo de este tipo de enfermedad (edad, raza, nivel de estudios, consumo de tabaco, índice de masa corporal, tensión sanguínea, colesterol y glucosa).

Mona, Fitzmaurice, Kubzansky, Rimm y Kawachi (2004) sugieren que el patrón de asociación entre las enfermedades coronarias y la Ira es más complicado de lo que parece. El estudio, llevado a cabo por los autores con 23.522 profesionales de la salud, indica que moderados niveles de la expresión de la Ira son protectores contra el infarto de miocardio no fatal. Asimismo, no se ha encontrado que la expresión de la Ira está relacionada con el riesgo de padecer enfermedades coronarias y cardiovasculares en total. No obstante, los varones con enfermedad coronaria preexistente y que sienten Ira con más frecuencia, tienen incrementados significativamente el riesgo de reincidir en enfermedades cardiovasculares. Entretanto, cabe resaltar que las puntuaciones en expresión de la Ira de toda la muestra fueron bastante moderadas.

#### **4.1.3.3 – Estudios realizados con ambos sexos**

En este apartado presentaremos los resultados de los estudios analizados en el Capítulo 3 que desagregan los datos por sexo, empezando por los síntomas relatados por los sujetos. De Gught, Fischler y Heiser (2004) analizan si las dimensiones Neuroticismo y Alexitimia, y los estados afectivos positivo y negativo afectan significativamente a los cambios en el número de síntomas infundados reportados, comparando dos medidas tomadas en un periodo de 6 meses. El trabajo de los autores encuentra diferencias significativas según sexo. Las mujeres reportan altos niveles de afecto negativo asociado al alto riesgo de síntomas infundados. Por otro lado, en lo que a la relación entre personalidad y la respuesta a los placebos se refiere (que se podría asociar al relato de síntomas infundados), Geers, Helfer, Kosbab, Weiland y Landry (2005) no encuentran diferencias significativas según sexo.

El afecto positivo también ha sido estudiado con relación al perfeccionismo, la rabia y la salud somática. El estudio de Saboonchi y Lundh (2003) encuentra una significativa asociación entre uno de los componentes del perfeccionismo, el recetado (*prescribed*), y las quejas somáticas (en particular la tensión/fatiga), pero sólo en las mujeres. Los autores no encontraron relaciones significativas entre perfeccionismo y afecto positivo.

La asociación entre personalidad y la adopción de riesgos para la salud también ha sido estudiada. Vollrath y Torgersen (2002), encuentran diferencias según sexo entre los 8 tipos de personalidad que proponen, provenientes de la combinación de los niveles de Extraversión, Neuroticismo y Responsabilidad (ver Tabla 3.9 presentada en el Capítulo 3). Los varones puntúan más en los tipos Espectador (*Spectators*), Hedonista (*Hedonists*) y Escéptico (*Sceptics*), mientras que las mujeres son más Melancólicas (*Brooders*), Impulsivas (*Impulsives*) y Complicadas (*Complicateds*). Respecto a la asociación de los tipos con la adopción de conductas de riesgo para la salud, el sexo no está relacionado con ninguna de las variables de tabaquismo estudiadas. Sin embargo, los varones presentan más consumo de alcohol y hachís, además de conductas sexuales de riesgo.

El estudio de Lariola, Russo, Lucidi, Violani y Levin (2005) tampoco encuentra diferencias de sexo/género en el análisis de las conductas de riesgos para la salud. No obstante, los resultados sugieren que las diferencias de sexo/género en personalidad (p.ej., las mujeres puntúan más alto que los varones en Neuroticismo) son más importantes que el ser hombre o mujer per se al considerar las diferencias individuales respecto a las decisiones positivas o negativas para la salud.

Teniendo como punto de partida que el rasgo racionalidad/antiemocionalidad es un fuerte predictor del cáncer, las isquemias del corazón y la muerte súbita, Hirokawa, Nagata, Takatsuka y Shimizu (2004) encuentran diferencias de sexo en un estudio epidemiológico llevado a cabo en Japón. Al controlar las covariables (edad, consumo de tabaco), los resultados indican que hay una disminución del riesgo de muerte por cáncer y enfermedades cardiovasculares en los varones con nivel medio del rasgo racionalidad/antiemocionalidad, frente a los que presentan nivel bajo. En las mujeres no se ha encontrado asociación entre este rasgo y el riesgo de muerte/padecimiento de las enfermedades consideradas en el estudio.

Por otro lado, el estudio de Canada, Fawzy y Fawzy (2005) encuentra que la personalidad no predice la recurrencia y el tiempo de supervivencia de los pacientes con estadio I de melanoma maligno (10 años después de ser intervenido quirúrgicamente) y sí el estado biológico de la enfermedad. Sin embargo, el estudio revela que los varones son tres veces más vulnerables a recaer y siete veces más propensos a la muerte por esta enfermedad que las mujeres.

No obstante, en lo que al fallo cardíaco se refiere, Murberg, Bru y Aarshland (2001), en un estudio prospectivo llevado a cabo durante 2 años, encuentra que el Neuroticismo es un fuerte predictor de la mortalidad, independiente de la severidad de la enfermedad, del sexo y de la edad de los sujetos.

En lo que se refiere al patrón Tipo A, Yoshimasu (2001), en un estudio realizado en Japón, estudia las relaciones entre el patrón Tipo A, los factores psicosociales del tipo de trabajo y el infarto de miocardio no mortal. Los resultados apuntan a una fuerte

asociación entre el patrón Tipo A y el infarto de miocardio en toda la muestra, pero las relaciones son especialmente altas en las mujeres.

La Hostilidad, considerada como el componente “tóxico” del Patrón Tipo A ha estado asociada tanto a las enfermedades cardiovasculares como a la respuesta inmune. Sin embargo, el estudio de Surtees, Wainwright, Khaw, Luben, Brayne y Day (2003) no revela diferencias de sexo en las relaciones entre altos niveles de Hostilidad y un incremento de la actividad inflamatoria.

Por otro lado, el estudio de Leclerc, Rahn y Linden (2006) encuentra diferencias de sexo/género al estudiar si la Hostilidad (y la Depresión) son predictores de la presión sanguínea, en dos medidas tomadas con intervalo de 10 años. Los resultados llevados a cabo para cada sexo por separado revelan que la presión sanguínea elevada (sistólica y diastólica) después de 10 años, está asociada a diferentes variables psicológicas según sexo/género evaluadas al principio del estudio. En el caso de las mujeres está asociada a bajos niveles de Hostilidad, mientras que en los varones a altos niveles de autodecepción.

La Hostilidad y sus relaciones con sexo/género y enfermedades cardíacas también ha sido estudiada por Sloan, Bagiella, Shapiro, Kuhl, Chernikova, Berg et al. (2001). Los resultados del estudio sugieren un posible efecto del sexo/género sobre las relaciones entre Hostilidad y la respuesta cardíaca durante la realización de las tareas-desafío propuestas por el experimento (calculo aritmético y una tarea de asociación de colores y palabras). Para los hombres la Hostilidad durante la ejecución de las tareas-desafío está asociada al ritmo cardíaco y a la raíz cuadrada de las diferencias sucesivas en la

variabilidad cardiaca, mientras que en las mujeres a la baja frecuencia cardiaca y a las medidas globales del periodo de variabilidad cardiaca. La asociación encontrada entre bajos niveles de Hostilidad y la respuesta cardiaca en las mujeres coincide con el estudio prospectivo analizado en el párrafo anterior.

Otro estudio, de Christensen, Lund, Damsgaard, Holstein, Ditlevsen, Diderichsen et al. (2004) encuentra diferencias sutiles entre hombres y mujeres al analizar si la Hostilidad cínica está asociada a los síntomas reportados en un estudio realizado con población danesa de base. Los análisis indican que el ratio de probabilidad difiere sensiblemente entre sexos, 2,3 en los hombres y 2,1 en mujeres, tras controlar las demás covariables (edad, nivel de educación, clase social y status de cohabitación).

Aún dentro de las enfermedades cardiovasculares, se ha estudiado también las diferencias de sexo/género en lo que se refiere a la expresión de la Ira como rasgo de personalidad. Sctuteri, Parsons, Chesney y Anderson (2001) estudia si los altos niveles de PetCO<sub>2</sub> (*end-tidal CO<sub>2</sub>*, considerado como un predictor independiente de la presión sanguínea sistólica) están asociados con la inhibición de la Ira. Los resultados apuntan a que la inhibición de la Ira potencia la relación entre altos niveles de PetCO<sub>2</sub> y presión sanguínea sistólica en mujeres, pero no en hombres.

Partiendo de la hipótesis de que la percepción del dolor es determinada, entre otros factores, por las características personales, Ramírez-Maestre, López-Martínez y Esteve-Zaragoza (2004), encuentran diferencias de personalidad, estrategias de *coping* y sexo/género en pacientes con dolor crónico. Los resultados indican una asociación positiva entre Neuroticismo, estrategias de *coping* pasivas e intensidad del dolor por un

lado, y Extraversión, estrategias de *coping* activas e inversa con intensidad del dolor por otro. Al analizar los resultados separados por sexo, se encuentra que los hombres utilizan más estrategias de *coping* activas, mientras que las mujeres emplean más estrategias de *coping* pasivas.

#### 4.2 – Diferencias según cultura/nación

La base teórica de este apartado proviene en gran medida de dos clásicos, el *Handbook of Cross-Cultural Psychology*, publicado originalmente por Triandis y Lampert (1980) y revisado por Berry, Poortinga, Pandey, Dasen, Saraswathi, Segall et al. (1997); y el monográfico destinado a las diferencias culturales en personalidad y su medida en el *Journal of Cross-Cultural Psychology* (Church & Lonner, 1998a).

De un modo general, la base de los modelos transculturales es la comparación entre grupos con el fin de obtener universales culturales a la vez que delimitaciones relativamente claras de sus diferencias (Jahoda & Krewer, 1997). No obstante, esto no siempre es posible por la dificultad misma de delimitar qué es un grupo cultural. Triandis (1980) define un grupo cultural a través de tres referentes: el tiempo, el lugar y la lengua. El autor entiende que no se puede definir un grupo cultural por su nacionalidad, raza, religión, sexo o clase social. Sin embargo, aunque teóricamente una nación no pueda ser considerada como un grupo cultural, en la bibliografía revisada los conceptos se confunden a menudo, ya que muchos de los estudios refieren diferencias culturales cuando en verdad están comparando datos obtenidos en diferentes países. McCrae y Terracciano (2005a) llegan a decirlo literalmente en uno de sus estudios “*a través del artículo, utilizamos el término cultura libremente al referirse a naciones o a*

*subgrupos de naciones. Entendemos que las naciones no tienen culturas monolíticas y que nuestras muestras no necesariamente reflejan toda la diversidad cultural existente dentro de las naciones”* (pp.547). Así, no se puede decir que la investigación que se presenta sea transcultural, se trata de una investigación transnacional, ya que comparamos datos de tres países, que comparten la misma lengua (Portugal y Brasil) y la misma localización geográfica (España y Portugal), incluso compartiendo frontera. Además, Portugal y España comparten una importante relación histórica con Brasil, ya que fueron sus principales colonizadores.

Considerando que ninguno de los estudios que exploran las relaciones entre personalidad y salud, analizados en el Capítulo anterior, comparen distintas culturas/naciones, se ha optado por analizar algunos resultados importantes, respecto a personalidad y salud, analizadas de modo independiente, según nación/cultura.

#### **4.2.1 – Diferencias según cultura/nación en salud**

Aunque la recogida de los datos de salud sea más fiable en algunas naciones/culturas que otras, es cierto que las enfermedades crónicas y los accidentes causan más morbilidad y mortalidad en los países industrializados que en los países en desarrollo. Además, si bien la incidencia de infecciones y enfermedades parasitarias existen en todo el mundo, estas son más predominantes en África, Asia y Latinoamérica, exceptuándose las infecciones respiratorias y el SIDA, que supera los accidentes como causa de muerte entre 25-44 años en los Estados Unidos de América (Beardsley & Pedersen, 1997).

Las diferencias culturales en salud son producidas básicamente por las conductas adoptadas por las diferentes naciones/culturas que pueden poner en riesgo la salud, como puede ser el consumo o no de tabaco, de alcohol, de determinados alimentos, la actividad física, etc. Beardsley y Pedersen (1997) citan cuatro estudios epidemiológicos que lo ponen en evidencia: el *Framingham Heart Study*, el *Ni-Hon-San Study* y el *Honolulu Heart Study*, el *Adventist Health Study* y el *North Karelia Project*.

El *Framingham Heart Study*, llevado a cabo con 5.209 hombres de mediana edad (sin ninguna enfermedad cardiovascular) de diferentes grupos étnicos en Framingham, Massachussets, Honolulu (un grupo de japoneses americanos) y Puerto Rico, entre los años 1948 y 1949, encuentra que los norteamericanos blancos se mueren dos veces más que los puertorriqueños y cuatro veces más que los japoneses (de Honolulu) de enfermedades cardiovasculares. Se encontró asociación entre el tabaquismo y las enfermedades cardiovasculares en Framingham y Massachussets, pero no en Puerto Rico. Además, la obesidad relativa es un riesgo menos importante en los blancos americanos que en las demás poblaciones estudiadas.

El *Ni-Hon-Study* y el *Honolulu Heart Study* estudian un grupo de 12.000 hombres japoneses en Hiroshima y Nagasaki (en Japón) y en San Francisco (E.E.U.U.). Cuando el estudio fue iniciado en el año 1964, Japón tenía los más bajos y los E.E.U.U. los más altos índices de enfermedades cerebrovasculares. No obstante, Japón tenía los índices más altos de derrames. El estudio demostró dos procesos sincronizados pero asimétricos, extendidos en japoneses emigrados de Japón a Hawai y California. El primer proceso se refiere al incremento de las enfermedades cardiovasculares. El segundo proceso indica que la incidencia de derrames disminuyó a la mitad en relación

con los japoneses que viven en Japón. Esto indica que en un entorno occidental, los factores de riesgo para derrame pueden ser revertidos más rápidamente que los factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares. El primer proceso podría estar explicado por la dieta. Mientras que en Japón la dieta se centra en el consumo de pescado, carbohidratos complejos, vegetales, frutas, cereales no refinados y tofu; en E.E.U.U. la alimentación está basada en pan, carne de cerdo y derivados y alimentos grasos. El segundo proceso podría ser debido al consumo de alcohol, que puede actuar como un factor protector de las enfermedades cardiovasculares por un lado, pero que está asociado positivamente a la aparición de derrames. En todo caso, el estudio evidencia la conducta alimenticia como el posible desencadenante de las ambas enfermedades.

El *Adventist Health Study* (239 estudios realizados entre 1954 y 1995) indica que una posible explicación al hecho de que los adventistas viven más y con mejor salud en E.E.U.U., reside en su adopción de hábitos saludables. La dieta alimenticia de los adventistas incluye restricciones en el consumo de carne (p.ej. de cerdo), muchos son lacto-huevo vegetarianos o han adoptado la dieta vegetariana en algún momento de la vida, consumen menos café y prácticamente no consumen tabaco (99%) y alcohol (90%). Por consiguiente, los adventistas tienen menos cáncer de mama, páncreas y colorectal, aunque presentan riesgos elevados de padecer cáncer de próstata y de endometrio. Además, presentan menos incidencia de cáncer de pulmón cuando se comparan adventistas no fumadores con otros no fumadores.

El *North Karelia Project* demuestra que los esfuerzos de los programas de educación para la salud pueden disminuir los factores de riesgo y por consiguiente el padecimiento de enfermedades cardiovasculares. El estudio, llevado a cabo en Karelia (Finlandia),

uno de los lugares con más altos índices de mortalidad cardiovascular en el mundo en el año 1972, pone en marcha una serie de programas para reducir los factores de riesgo, entre ellos, el colesterol, la presión sanguínea y el consumo de grasas animales saturadas. Los resultados recogidos en el año 1984 indican un descenso significativo de la mortalidad por derrame, cardiopatías isquémicas y demás enfermedades cardiovasculares en Karelia en comparación con el resto de Finlandia.

#### **4.2.2 – Diferencias según cultura/nación en personalidad**

La mayor parte de los estudios transculturales de personalidad llevados a cabo han utilizado el modelo de los Cinco Grande Factores, utilizando el Inventario de Personalidad NEO y sus versiones (traducidas al holandés, alemán, italiano, finlandés, español, hebreo, portugués, ruso, coreano, japonés, francés, filipino, etc.) como instrumento de medida (Church & Lonner, 1998b). McCrae, Costa, Del Pilar, Rolland y Parker (1998), apuntan que la estructura del modelo de los Cinco Grandes Factores es replicable no sólo en diferentes lenguas, sino también en lenguas de origen totalmente distintas, como es el caso del *sino-tibetan*, *hamito-semitic*, *uralic* y *malayo-polynesian*. Esto indica que la universalidad de la estructura proporciona una razón para sospechar que otros aspectos de la personalidad – el desarrollo, la herencia y correlatos – también pueden ser generalizables en general, a través de las culturas.

Desde la perspectiva evolucionista, MacDonald (1998) entiende que la universalidad de los mecanismos que subyacen a la personalidad refleja la similitud de los intereses humanos relacionados con la negociación del status jerárquico, afiliación con otros, perseverancia en objetivos a largo plazo, etc. En todo caso, se ha visto que las culturas

que evolucionaron bajo diferentes condiciones ecológicas, pudieron desarrollar diferentes niveles del sistema universal, mientras que las culturas que manipularon las influencias ambientales pudieron afectar los niveles del sistema particular de la personalidad. Además, las diferencias transculturales, por perseguir estos intereses universales y culturales, pueden diferir en los rasgos que son más altamente valorados.

No obstante, desde la perspectiva cultural, Markus y Kitayama (1998) señalan que aunque una estructura similar de los cuestionarios de personalidad pueda ser recuperada en diferentes contextos culturales, esto no implica que esta estructura sea una representación viable de la experiencia de estas personas, ya que las personas difieren a la hora de describirse a si mismas, según la cultura a la que pertenecen. Los autores citan el ejemplo de los norteamericanos y japoneses en el que, mientras los norteamericanos son más propensos a caracterizarse a si mismos en términos de atributos psicológicos (p.ej. soy muy tolerante, soy optimista), los japoneses tienden más a describirse en términos de preferencias y actividades diarias (p.ej., me gusta el helado, escucho música en los fines de semana).

McCrae y Terraciano (2005b), entienden que hay tres maneras en que la personalidad de las culturas puede ser conceptualizada: a través de las actitudes (*ethos*), del carácter nacional (*national character*) y de la personalidad agregada (*aggregate personality*). Las actitudes se refieren a las características utilizadas para describir las instituciones y costumbres de la cultura, tales como el folclore, la organización política, las prácticas de crianza y las creencias religiosas. El carácter nacional se refiere a los rasgos de personalidad que son percibidos y prototípicos de los miembros de la cultura. La personalidad agregada caracteriza la cultura en términos de la medida media de los

rasgos de personalidad de los miembros de la cultura. Esta última requiere, antes que nada, que se demuestre que el mismo constructo exista en cada cultura, y a continuación, que la medida de los instrumentos mantenga la validez en todas las culturas para que pueda ser posible la comparación y, finalmente, que las escalas demuestren equivalencia, o sea, que las puntuaciones tengan la misma interpretación absoluta en cada cultura.

Siguiendo esta línea, McCrae y Terraciano (2005a, 2005b) llevan a cabo un amplio estudio, incluyendo 79 países del Proyecto de Perfiles de Personalidad de las Culturas, con el objetivo de verificar si el NEOPIR puede ser utilizado como medida de la personalidad en diferentes países. Los resultados del estudio indican que, con raras excepciones, los niveles culturales de las puntuaciones del NEOPIR son generalizables según edad, grupos y sexo. El nivel cultural de la estructura factorial difiere sistemáticamente transculturalmente, con más varianza encontradas en las culturas occidentales. Las puntuaciones de la personalidad global demuestran patrones significativos de convergencia y de validez discriminatoria con otras variables de nivel cultural; de esta manera, las culturas relacionadas histórica y geográficamente demuestran perfiles de personalidad semejantes. Así, si nos centramos en el análisis de las correlaciones de las escalas multidimensionales, centrándonos sólo en los países que se han incluido en la investigación que se presenta (España, Portugal y Brasil), constatamos que los portugueses y brasileños (que están muy relacionados históricamente) presentan resultados bastante semejantes estadísticamente, caracterizándose por ser preocupados, hostiles, depresivos y vulnerables. Por otro lado, los españoles son impulsivos, cálidos, activos, alegres, imaginativos, liberales, fiables,

competentes, organizados y autodisciplinados. No obstante, las puntuaciones T de las tres naciones se parecen bastante (ver Tabla 4.5).

**Tabla 4.5 – Puntuaciones T de los factores del NEOPIR en España, Portugal y Brasil**

Países	Factores del NEOPIR				
	N	E	O	A	C
España	49,7	50,4	48,8	51,4	51,3
Portugal	51,6	51,3	51,3	51,1	50,7
Brasil	53,7	52,1	49,0	50,3	51,5

Fuente: McCrae y Terracciano (2005a). Elaboración propia.

Nota: N = Neuroticismo; E = Extraversión; O = Apertura; A = Amabilidad y C = Responsabilidad.

Utilizando el modelo de Millon y el MIPS como medida de la personalidad, Aparicio-García (2000) compara las puntuaciones de españoles con estadounidenses, argentinos y mexicanos. En la Tabla 4.6 presentamos las diferencias significativas encontradas, pero sólo en las que el estadístico *d* resultó de tamaño moderado a alto (superior a 0,40).

**Tabla 4.6 – Magnitud de las diferencias de medias (*d*) entre españoles y estadounidenses, mexicanos y argentinos**

Escalas	E.E.U.U.	México	Argentina (1)	Argentina (2)
1A – Expansión	-	-0,72	0,41	-
2A – Preservación	-	0,53	-	-
2A – Modificación	0,52	-	-	-
2B – Adecuación	-	0,67	0,71	-
3A – Individualidad	-	-0,69	-	-
3B – Protección	-	-	-0,42	-
4A – Extraversión	-	-	-	-
4B – Introversión	-	-	-	-
5A – Sensación	-	-	-	-
5B – Intuición	-	0,46	-	-
6A – Pensamiento	-0,48	-0,43	-	1,16
6B - Sentimiento	-	0,51	-	-
7A – Sistematización	-	-0,50	-0,42	-
7B – Innovación	-1,28	-	-	-
8A – Retraimiento	-	-	-	-
8B - Sociabilidad	-	-	-	-
9A – Indecisión	-	-	-	-
9B – Decisión	-	-0,82	-	-
10A – Discrepancia	-	-	-	-
10B - Conformismo	-2,86	-	0,41	-
11A - Sumisión	-	0,86	-	-
11B – Dominio	0,72	-0,55	-	-
12A – Descontento	-	0,70	0,46	-
12B - Aquiescencia	-	0,46	-	-

Fuente: Aparicio-García (2000). Elaboración propia.

Nota: El signo positivo indica una diferencia a favor de los españoles, el negativo a favor de los otros países estudiados (E.E.U.U., México y Argentina).

Como se puede comprobar, los españoles difieren más de los mexicanos que de los estadounidenses, lo que es curioso ya que México fue una de las colonias de España. En relación a las diferencias entre españoles y argentinos, los resultados no son concluyentes, puesto que los resultados encontrados en dos muestras independientes son bastante dispares. Una de las posibles explicaciones a este hecho es que el MIPS todavía no esté estandarizado en México y Argentina. En lo que se refiere a las diferencias entre los datos de E.E.U.U. y España (en los que el MIPS está estandarizado y publicado), las diferencias en las escalas Innovación y Conformismo son bastante significativas y con tamaño alto (superior a 0,80) según el estadístico *d* de Cohen. Este resultado indica que los estadounidenses son más innovadores y creativos, además de honrados, con autodominio, respetuosos ante la autoridad, cooperativos y no espontáneos, que los españoles.

### **4.3 – Diferencias según situación laboral**

La situación laboral se refiere al lugar que el sujeto ocupa en el mercado, que puede ser tener un trabajo fuera del hogar, dedicarse exclusivamente a las tareas del hogar, estar en paro, haberse jubilado o estar apartado del trabajo por motivos de salud/discapacidad parcial/total.

El trabajo, tanto productivo (remunerado) como reproductivo (no remunerado), tiene unas complejas relaciones con el género y con la salud de las personas, ya que se traduce en las estructuras normativas de socialización y de oportunidades. En una revisión de Rohlfs, Borrell y Fonseca (2000), se ha constatado que las ocupaciones son

claramente matizadas por los papeles sociales, que sistemáticamente dependen del género. Es evidente la falta de equilibrio existente entre la ocupación de trabajos remunerados (desarrollados mayoritariamente por hombres) y trabajos no remunerados, sobretodo el de las tareas de hogar, asumidos prácticamente por las mujeres. No obstante, también se constata un desequilibrio en la distribución del trabajo productivo, habiendo una segregación clara según género, en el que la fuerza de trabajo femenina está básicamente concentrada en el sector de servicios/terciarios, que están relacionadas con el papel tradicional de las mujeres en el ámbito doméstico (servicios de limpieza, hostelería, etc.), por otro lado, los puestos de trabajo de categoría superior están ocupados predominantemente por los hombres (Artazcoz, Escribà-Agüir & Cortès, 2004).

En lo que se refiere a las diferencias de salud entre el desarrollo de un trabajo remunerado o no remunerado, Ferrer-Pérez, Bosh-Fiol y Gili-Planas (1998) constatan que las mujeres que trabajan fuera de casa desarrollan más conductas de riesgo para la salud (tabaquismo e ingesta de alcohol) y en más cantidad o frecuencia que las amas de casa. No obstante en lo que se refiere a la morbilidad percibida, los resultados indican que ésta es más elevada entre las amas de casa, quienes manifiestan padecer más sintomatología aguda y más cantidad de enfermedades crónicas, valorando peor su estado de salud que las trabajadoras extradomésticas. Las autoras creen que el déficit importante en las áreas afectivo-familiar, sociocultural, de autonomía personal, económico-laboral y de ocio/tiempo libre, que la realización exclusiva de trabajo doméstico puede conllevar, podría estar en el origen de la mayor cantidad de problemas de salud presentados por el colectivo de las amas de casa.

En la misma línea Sánchez-López, Aparicio-García y Dresch (2006) comparan la salud física/psicológica de hombres y mujeres según su situación laboral, encontrando que las amas de casa son las que peor salud presentan y perciben y, en segundo lugar, las personas en paro, sean hombres o mujeres. Por tanto, al menos para las variables de salud que se han analizado, tanto física (número de visitas al médico, presencia de enfermedades crónicas, cantidad y frecuencia de dolencias físicas y salud percibida) como psicológica (ansiedad, autoestima y satisfacción), la condición de tener o no un trabajo fuera del hogar, pesa más que el sexo/género de quienes lo ejercen.

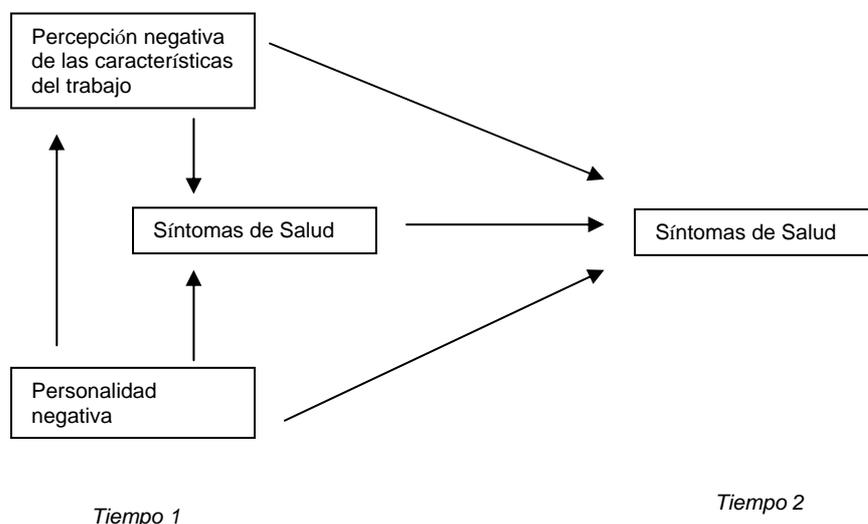
En la revisión llevada a cabo por Rohlfs, Borrel y Fonseca (2000) se ha encontrado que, generalmente, para las mujeres, el hecho de tener un trabajo remunerado repercute en un mejor estado de salud. Además, las personas que tienen ocupaciones más cualificadas y mejor remuneradas tienen un mejor estado de salud percibido, menos trastornos crónicos y mejores indicadores de salud mental.

Artazcoz, Escribà-Agüir y Cortès (2004) destacan la asociación entre el paro y el mal estado de salud, sobre todo en cuanto a la salud mental. Se sabe, por ejemplo, que el efecto del paro en la salud se explica de forma más compleja, dependiendo en gran medida de los roles familiares y es diferente según el género y la clase social. Así por ejemplo, el paro tiene un efecto menor en las mujeres y el colectivo más afectado es el de los hombres desempleados de clases más desfavorecidas, principales proveedores de los recursos económicos del hogar.

Son escasos los estudios que analizan el efecto de la situación laboral sobre las relaciones entre personalidad y salud. Ferguson, Daniels y Jones (2006) llevan a cabo

un metanálisis con el objetivo de analizar las relaciones entre personalidad negativa y la percepción negativa de las características del trabajo como predictores de síntomas de salud física y psicológica. En la Figura 4.2 se presenta el modelo testado por los autores, a través de 8 estudios (10 muestras independientes) resultantes de la selección de 4600 estudios potenciales llevados a cabo entre los años 1996 y 2003. Los resultados indican que ambas variables (personalidad negativa y percepción negativa de las características del trabajo) están asociadas a los síntomas relatados, tanto actuales (tiempo 1) como futuros (tiempo 2), no obstante el carácter predictivo de la personalidad negativa en relación a los síntomas relatados es más fuerte y consistente que el de la percepción negativa de las características del trabajo, tanto en el tiempo 1 como en el tiempo 2.

**Figura 4.2 – Modelo de las relaciones entre la percepción negativa de las características del trabajo y la personalidad negativa como predictoras de síntomas de salud**



Fuente: Ferguson, Daniels & Jones (2006).

Para terminar, Yoshimasu (2001), a raíz de un estudio epidemiológico llevado a cabo en Japón, también analiza las relaciones entre personalidad, trabajo y salud. El estudio encuentra que el patrón Tipo A es significativamente más alto en las mujeres que trabajan fuera del hogar que en las amas de casa. Por otro lado, aunque tener control y

las exigencias del trabajo no fueron asociadas con un incremento en los infartos de miocardio, una combinación de bajo control y niveles elevados de exigencia en el trabajo fueron asociados a un incremento en los riesgos de padecer enfermedades cardiovasculares.

#### **4.4 – A modo de resumen**

En lo que respecta a la salud (sobretudo percibida) de hombres y mujeres, los datos previos parecen indicar que otras variables, que no sólo el sexo, estarían explicando las diferencias en morbilidad/mortalidad, ya que cuando se emparejan ambos grupos según otros condicionantes sociales, como es la situación laboral, el nivel socioeconómico, el nivel de estudios, etc.; las diferencias desaparecen o se modifican.

En cuanto a las diferencias de sexo en personalidad, el patrón encontrado en la bibliografía es bastante semejante, independiente del modelo de personalidad utilizado y del país analizado, lo que evidencia que en el área de las diferencias de sexo en personalidad, las similitudes pan-culturales pesan más que las diferencias culturales. Así, en líneas generales, las mujeres se revelan más orientadas a satisfacer primero los demás, mientras que los hombres se orientan más hacia sus propias necesidades.

En cuanto a las diferencias de sexo en las relaciones entre personalidad y salud, cabe destacar que los estudios realizados sólo con mujeres investigan predominantemente el cáncer, mientras que los que sólo consideran a los hombres estudian mayoritariamente las enfermedades cardiovasculares, cuando los datos de las defunciones (presentados en las tablas 4.1 y 4.2) demuestran que las enfermedades cardiovasculares son la primera

causa de muerte en mujeres y los tumores en hombres. Esto podría estar indicando un posible sesgo de género en el orden de prioridad de las enfermedades estudiadas que sólo consideren a uno de los sexos en las muestras.

Asimismo, cuando se considera a ambos sexos en los estudios, es relevante destacar que las diferencias encontradas pueden estar explicadas en parte por el género de los sujetos. Este es el caso de la Ira y la Hostilidad, por ejemplo; mientras que en los hombres es la expresión de la Ira y los altos niveles de Hostilidad que les hace más vulnerable a las enfermedades cardiovasculares, en las mujeres es la inhibición de la Ira y los bajos niveles de Hostilidad lo que las hace más propensas al aumento de la tensión sanguínea y la respuesta cardíaca. Es decir, el papel social masculino, que les permite ser agresivo por un lado y el papel social femenino, que les exige ocultar su agresividad les hace más vulnerables a las enfermedades cardiovasculares en este caso.

En lo que se refiere a las diferencias culturales en salud, los resultados apuntan a que las diferencias encontradas pueden ser debidas a las distintas conductas de riesgo o de salud adoptadas por las diferentes culturas. Por otro lado, en cuanto a la personalidad, los estudios indican que culturas relacionadas histórica y geográficamente demuestran perfiles de personalidad semejantes.

Por último, en cuanto a la situación laboral, variable que en nuestra sociedad tiene mucha importancia sobre la vida de las personas hoy en día, se ha encontrado que el hecho de realizar un trabajo remunerado, reproductivo (tareas del hogar) o estar en paro puede ser una fuente de influencia sobre la salud de quien los desempeña.

**PARTE II**  
**INVESTIGACIÓN EMPÍRICA**

## Capítulo 5

### Método

## 5 – Método

### 5.1 – Predicciones

Una vez revisados los antecedentes teóricos, se plantea el siguiente objetivo previo:

1. Analizar los índices psicométricos de los instrumentos de medida que todavía no están estandarizados en los países que se han incluido en esta investigación. En Portugal y Brasil, el MIPS – Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (Millon, 1994a; 2004a) y la Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965). En España, Portugal y Brasil, la versión reducida del ISRA – Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (Miguel-Tobal & Cano-Vindel, 2002) y el Cuestionario de Medida de las Dolencias Físicas (Sánchez-López, Cardenal-Hernández & Sánchez-Herrero, 2001).

Y los siguientes objetivos principales:

2. Analizar las relaciones entre las variables (personalidad e indicadores de salud física y psicológica), buscando establecer perfiles diferenciales de personalidad según el estado de salud de los sujetos en cada muestra estudiada (española, portuguesa y brasileña);
3. Analizar si las variables demográficas sexo/género, situación laboral y cultura/nación modulan las relaciones entre personalidad y salud encontradas en el Objetivo 2.

El primer objetivo surge de la necesidad de adaptar los cuestionarios a las poblaciones portuguesa y brasileña, teniendo en cuenta que estos instrumentos no están todavía estandarizados en estos países, y comprobar si tienen las propiedades psicométricas adecuadas para tener en cuenta sus resultados en el contexto cultural en el que han sido aplicados. En el caso de la población española, la adaptación no ha sido necesaria, porque todos los instrumentos empleados están estandarizados (MIPS y Escala de Autoestima de Rosenberg) o contruidos en España (ISRA y Cuestionario de Dolencias Físicas). No obstante se ha comprobado si la versión reducida del ISRA y el Cuestionario de Dolencias Físicas cumplen con los requisitos psicométricos (consistencia interna), ya que ambos instrumentos no están todavía publicados.

En lo que se refiere específicamente al MIPS, además de analizar la consistencia interna (alfa de Cronbach y el método de las dos mitades) y la validez interna (intercorrelaciones entre las escalas), se ha analizado también la validez externa/convergente, es decir, comprobar si el cuestionario correlaciona con características que son similares (pero no las mismas) a las que supuestamente mide, tanto en Portugal cuanto en Brasil. La validez convergente del MIPS se puede analizar mediante el análisis correlacional de las relaciones del MIPS con otros cuestionarios de personalidad estandarizados en el país. Basándonos en la estandarización del MIPS en E.E.U.U. (Millon, 1994a; 2004a) y España (Millon, 2001a), y el análisis de la definición de cada escala del cuestionario con el que se correlaciona, se realiza la siguiente predicción:

Predicción 1: *El análisis de los índices psicométricos del MIPS (consistencia interna, validez interna y validez externa/convergente) y de los demás instrumentos (consistencia interna) permitirá su uso como medida de las variables empleadas en esta investigación en población española, portuguesa y brasileña.*

Respecto a la validez externa/convergente de las escalas del MIPS, se ha predicho la magnitud y dirección específicas de las correlaciones entre el MIPS y las escalas de la versión portuguesa del *Inventário de Personalidade NEO PI Revisto* (NEO PI-R, Costa & McCrae, 2000), basándose en las correlaciones encontradas en la versión original del MIPS (ver Tabla 5.1); y la dirección de las correlaciones específicas entre el MIPS y la versión brasileña del *Inventário Fatorial de Personalidade* (IFP, Pasquali, Azevedo & Ghesti, 1997), ver Tabla 5.2. No se presentan las magnitudes esperadas en el caso del IFP porque no se disponen de datos previos en la versión original. Se ha optado por utilizar el *Inventário Fatorial de Personalidade* en Brasil por ser el único instrumento de medida de la personalidad adaptado y publicado en el país que tiene informe favorable por parte del *Conselho Federal de Psicologia* (CFP a partir de ahora) brasileño (Testes Psicológicos, 2004). De entre los instrumentos utilizados por Millon (Millon, 1994a; 2004a) en la versión original del MIPS (el *Sixteen Personality Factor Questionnaire*, 16 PF de Cattell, Eber & Tatsuoka, 1970; el *Myers-Briggs Type Indicador*, MBTI de Myers y McCaulley, 1985; el *California Psychological Inventory*, CPI de Gough, 1987; el *NEO Personality Inventory*, NEO de Costa & McCrae, 1985; el *Gordon Personality Profile-Inventory*, GPP-I de Gordon, 1978; el *Beck Depresión Inventory*, BDI de Beck & Steer, 1987; y el *College Adjustment Scales*, CAS de Anton & Reed, 1991), el único que está adaptado y publicado en Brasil es el 16 PF, no obstante su adaptación a la población brasileña ha sido evaluada como desfavorable por

el Sistema de Evaluación de Testes Psicológicos del Consejo Federal de Psicología - CFP de Brasil. Así, en una carta enviada a todos los psicólogos brasileños con fecha de 27 de febrero de 2004, se hace constar que “El CFP reitera que el psicólogo, en el ejercicio de su profesión, sólo podrá hacer uso del test psicológico que, habiendo sido evaluado por la Comisión Consultiva en Evaluación Psicológica, haya obtenido el Informe Favorable del CFP”.

**Tabla 5.1 – Predicciones de la dirección y magnitud de las correlaciones entre el MIPS y la versión portuguesa del NEO PI-R en relación con la versión original**

	N		E		O		A		C	
	PT	EEUU								
1A.Expansión	A <sup>-</sup>	<b>-0,70</b>	M <sup>+</sup>	<b>0,48</b>		0,17		-0,02		0,27
1B.Preservación	A <sup>+</sup>	<b>0,80</b>	M <sup>-</sup>	<b>-0,41</b>		-0,10		-0,04		-0,19
2A.Modificación	M <sup>-</sup>	<b>-0,46</b>	M <sup>+</sup>	<b>0,49</b>		0,22		-0,16	A <sup>+</sup>	<b>0,53</b>
2B.Adecuación	A <sup>+</sup>	<b>0,62</b>	A <sup>-</sup>	<b>-0,51</b>		-0,19		0,06	M <sup>-</sup>	<b>-0,45</b>
3A. Individualidad		-0,00		-0,02		0,04	M <sup>-</sup>	<b>-0,47</b>		0,20
3B.Protección		0,09	M <sup>+</sup>	<b>0,38</b>		0,02		0,29		0,22
4A.Extroversión	M <sup>-</sup>	<b>-0,32</b>	A <sup>+</sup>	<b>0,72</b>		0,27		0,10		0,15
4B.Introversión	M <sup>+</sup>	<b>0,40</b>	A <sup>-</sup>	<b>-0,57</b>		-0,02		-0,27		-0,03
5A.Sensación		-0,00		-0,22	M <sup>-</sup>	<b>-0,45</b>		-0,11	M <sup>+</sup>	<b>0,32</b>
5B.Intuición		0,20		0,23	A <sup>+</sup>	<b>0,58</b>		0,01		-0,12
6A.Pensamiento	M <sup>-</sup>	<b>-0,37</b>		-0,01		0,03	M <sup>-</sup>	<b>-0,46</b>	M <sup>+</sup>	<b>0,40</b>
6B.Sentimiento	M <sup>+</sup>	<b>0,44</b>		0,12		0,08		0,23		-0,08
7A.Sistematización	M <sup>-</sup>	<b>-0,38</b>		0,23		0,11		-0,07	A <sup>+</sup>	<b>0,77</b>
7B.Innovación		0,21	M <sup>+</sup>	<b>0,41</b>		0,26		-0,10	M <sup>-</sup>	<b>-0,30</b>
8A.Retraimiento	M <sup>+</sup>	<b>0,34</b>	A <sup>-</sup>	<b>-0,65</b>		-0,22		-0,25		-0,02
8B.Sociabilidad	M <sup>-</sup>	<b>-0,44</b>	A <sup>+</sup>	<b>0,77</b>	M <sup>+</sup>	<b>0,32</b>		0,08	M <sup>+</sup>	<b>0,40</b>
9A.Indecisión	A <sup>+</sup>	<b>0,71</b>	M <sup>-</sup>	<b>-0,49</b>		-0,09		0,06		-0,23
9B.Decisión	A <sup>-</sup>	<b>-0,57</b>	M <sup>+</sup>	<b>0,50</b>		0,18		-0,21	M <sup>+</sup>	<b>0,47</b>
10A.Discrepancia	M <sup>+</sup>	<b>0,41</b>		-0,16		0,00	M <sup>-</sup>	<b>-0,38</b>		-0,20
10B.Conformismo		-0,20		0,20		-0,05		0,06	A <sup>+</sup>	<b>0,54</b>
11A.Sumisión	A <sup>+</sup>	<b>0,81</b>	M <sup>-</sup>	<b>-0,30</b>		-0,06		0,04	M <sup>-</sup>	<b>-0,36</b>
11B.Dominio	M <sup>-</sup>	<b>-0,33</b>		0,21		0,15	M <sup>-</sup>	<b>-0,45</b>	M <sup>+</sup>	<b>0,41</b>
12A.Descontento	A <sup>+</sup>	<b>0,65</b>		-0,29		0,01	M <sup>-</sup>	<b>-0,36</b>		-0,07
12B.Aquiescencia		0,19		-0,02		-0,09	A <sup>+</sup>	<b>0,61</b>		-0,01

Notas: sólo se presentan las predicciones para la muestra portuguesa de las correlaciones moderadas o altas en la versión original (Millon, 1994a; 2004a), señaladas en negro en la tabla ( $r > 0,30$  y nivel de significación de  $p < 0,01$ ). N = Neuroticismo, E = Extraversión, O = Apertura, A = Amabilidad y C = Responsabilidad (Escala del NEO PI-R). PT = Portugal, EEUU = Estados Unidos de América. M = Moderada (de 0,30 a 0,50) y A = Alta (de 0,51 a 1,00). <sup>-</sup> = Negativa, <sup>+</sup> = Positiva.

**Tabla 5.2 – Predicciones de la dirección de las correlaciones entre el MIPS y la versión brasileña del IFP**

	Ass	Int	Afa	Def	Afi	Dom	Den	Des	Exi	Agr	Ord	Per	Mud	Aut	Het
1A				Pos			Neg			Neg			Pos		
1B							Pos		Pos	Pos					
2A						Pos		Pos			Pos		Pos	Pos	Pos
2B							Pos				Neg	Neg	Neg		
3A						Pos	Neg	Pos		Pos				Pos	Pos
3B	Pos	Pos		Pos			Pos			Neg					
4A						Pos							Pos		
4B													Neg		
5A									Neg		Pos				Neg
5B									Pos		Neg				Pos
6A						Pos		Pos		Pos				Pos	
6B							Pos								
7A									Neg	Neg	Pos	Pos			
7B						Pos		Pos	Pos	Pos	Neg		Pos	Pos	Pos
8A													Neg		
8B						Pos		Pos					Pos	Pos	Pos
9A							Pos						Neg		
9B						Pos	Neg	Pos					Pos	Pos	Pos
10A									Pos	Pos	Neg			Pos	
10B				Pos							Pos				
11A															
11B						Pos		Pos	Pos	Pos				Pos	Pos
12A									Pos	Pos					
12B						Neg	Pos		Neg	Neg				Neg	Neg

Notas: Ass = *Assistência*, Int = *Intracção*, Afa = *Afago*, Def = *Deferência*, Afi = *Afiliação*, Dom = *Dominância*, Den = *Denegação*, Des = *Desempenho*, Exi = *Exibição*, Agr = *Agressão*, Ord = *Ordem*, Per = *Pesistência*, Mud = *Mudança*, Aut = *Autonomia* y Het = *Heterossexualidad* (Escala del IFP). Pos = Positiva, Neg = Negativa. En la Tabla 5.10 se presenta la descripción de las escalas del IFP.

El segundo objetivo surge de la revisión de los estudios presentados en el Capítulo 3, en los que se pone en evidencia que aunque las relaciones entre personalidad y salud parezcan evidentes, el procedimiento metodológico puede mermar los resultados. Un posible error sería el uso de categorías de personalidad demasiado heterogéneas o globales (p.ej. factores de personalidad, patrón de personalidad Tipo A, etc.) ya que los estudios analizados que adoptan unidades más específicas (p.ej. Hostilidad, Ira, Optimismo, *Hardiness*, personalidad Tipo C, etc.) demuestran resultados más consistentes. Otro error metodológico estaría en considerar una variable de personalidad aislada de las demás, sin considerar las relaciones de las variables entre sí y que podrían estar afectando la salud de los sujetos. Por último, parece evidente que una personalidad

desadaptada (Neuroticismo, Hostilidad, Ira, etc.) estaría asociada a la enfermedad o a la mala salud por un lado y que una personalidad adaptada (Optimismo, *Hardiness*, etc.) estaría asociada a más salud, por lo que se establece la siguiente predicción:

*Predicción 2: Las variables de personalidad más adaptativas estarán asociadas a más salud física/psicológica mientras que las variables de personalidad menos adaptativas estarán asociadas a una peor salud física/psicológica.*

Todos los análisis del segundo objetivo serán realizados para cada muestra estudiada (española, portuguesa y brasileña) por separado. Para lo cual predecimos la magnitud y dirección de las correlaciones para cada factor del NEO (en el caso de la muestra española, ver Tabla 5.3) y la dirección de las correlaciones de cada escala del MIPS (en el caso de las muestras portuguesa y brasileña, ver Tabla 5.4) en relación con el Índice Global de Salud Física/Psicológica utilizado (ver punto 5.5.2). No se incluyen las magnitudes de las correlaciones con las escalas del MIPS porque no se disponen de estudios previos de referencia. Así, se espera que las variables más adaptativas del MIPS (consideradas como promotoras de salud dentro del modelo) y del NEO, estarán asociadas positivamente, mientras que las variables de personalidad menos adaptativas, o sea, las que producen efectos perniciosos para la salud, estarán relacionadas negativamente a los indicadores de salud física/psicológica de los sujetos.

**Tabla 5.3 – Correlaciones esperadas entre los factores del NEO y el Índice Global de Salud Física/Psicológica en la muestra española**

	<b>Magnitud y dirección de las correlaciones entre personalidad y salud</b>
Neuroticismo	Alta negativa
Extraversión	Alta positiva
Apertura	No hay indicios previos
Amabilidad	No hay indicios previos
Responsabilidad	Alta positiva

Nota: en la Tabla 5.9 se presenta la descripción de las escalas del NEO.

**Tabla 5.4 – Correlaciones esperadas entre las escalas del MIPS y el Índice Global de Salud Física/Psicológica en las muestras portuguesa y brasileña**

	<b>Dirección de las correlaciones entre personalidad y salud</b>
1A.Expansión	Positiva
1B.Preservación	Negativa
2A.Modificación	Positiva
2B.Adecuación	Negativa
3A. Individualidad	Positiva
3B.Protección	Negativa
4A.Extroversión	Positiva
4B.Introversión	Negativa
5A.Sensación	Positiva
5B.Intuición	Negativa
6A.Pensamiento	Positiva
6B.Sentimiento	Negativa
7A.Sistematización	Positiva
7B.Innovación	Negativa
8A.Retraimiento	Negativa
8B.Sociabilidad	Positiva
9A.Indecisión	Negativa
9B.Decisión	Positiva
10A.Discrepancia	Negativa
10B.Conformismo	Positiva
11A.Sumisión	Negativa
11B.Dominio	Positiva
12A.Descontento	Negativa
12B.Aquiescencia	Positiva

Nota: en la Tabla 5.8 se presenta la descripción de las escalas del MIPS.

Tras los análisis de las correlaciones, se analizarán los perfiles de personalidad, de los grupos extremos según el estado de salud de los sujetos. Por un lado tendremos un

grupo de sujetos con muy buena salud física (pocas dolencias físicas y autoevaluación del estado de salud elevado) y psicológica (bajos niveles de ansiedad y altos niveles de autoestima y satisfacción). Y por otro lado, tendremos un grupo con muy mala salud física (muchas dolencias físicas y pobre percepción del estado de salud) y psicológica (altos niveles de ansiedad y bajos niveles de autoestima y satisfacción).

Por último, compararemos los resultados encontrados con el NEO y con el MIPS, con el objetivo de verificar si los resultados de las relaciones entre personalidad y salud física/psicológica, son más o menos esclarecedores dependiendo del instrumento de personalidad utilizado. Se espera que el MIPS demuestre ser un instrumento más apropiado que el NEO para analizar las relaciones entre personalidad y salud, puesto que sus escalas no son tan globales y heterogéneas, además de permitirnos un marco teórico sobre el que interpretar los resultados.

El tercer objetivo, surge de la revisión que hemos presentado en el Capítulo 4, en la que se constata diferencias según sexo/género, situación laboral y nación/cultura en las relaciones entre personalidad y salud o en ambas variables tomadas por separado. Las diferencias culturales serán analizadas con base en los análisis realizados para el segundo objetivo, ya que se analizarán los resultados por separado para cada país estudiado. En lo que a las diferencias de sexo/género en personalidad se refiere, se ha podido constatar en el Capítulo 4 que las diferencias entre sexos parecen ser panculturales. Respecto a la salud, los resultados demuestran que los aspectos biológicos no son los únicos responsables de las diferencias de sexo/género, pareciendo indicar que los papeles que desarrollan hombres y mujeres pueden afectar el estado de salud y sus características de personalidad. Con respecto a la situación laboral, los

estudios sobre personalidad, salud o la relación entre ambos son más escasos. En todo caso, se sabe que la situación laboral afecta a la salud física y psicológica de los sujetos. En lo que se refiere a las diferencias culturales en salud, los resultados apuntan a que las diferencias encontradas pueden ser debidas a las distintas conductas de riesgo o de salud adoptadas por las diferentes culturas. Por otro lado, en cuanto a la personalidad, los estudios indican que culturas relacionadas histórica y geográficamente demuestran perfiles de personalidad semejantes. Teniendo en cuenta estos datos, se realiza la siguiente predicción:

*Predicción 3: Las variables sexo/género, situación laboral y cultura/nación modularán las posibles relaciones entre personalidad y salud encontradas en la Predicción 2.*

## **5.2 – Participantes**

En el presente estudio han participado 1377 sujetos divididos en 5 muestras según el país y el tipo de análisis realizado. Se incluyen muestras de tres países distintos, que en ningún caso son representativas de la población en cuestión, no obstante son muestras suficientemente comparables, ya que se asemejan en cuanto a la media de edad, el sexo, el nivel socioeconómico, el nivel de estudios y el tipo de profesiones.

Cabe señalar que el objetivo inicial era incluir 100 sujetos de cada grupo laboral (100 amas de casa, 100 mujeres en paro, 100 mujeres que trabajan fuera del hogar, 100 hombres en paro y 100 hombres que trabajan) en cada país, no obstante se tuvo que reducir el tamaño de los grupos a 75 porque en algunos casos no fue posible encontrar a 100 personas de cada grupo y en caso de que se consiguiera, los cuestionarios no han sido rellenados completamente. Así, se tomó como medida el menor grupo conformado

para delimitar el número de participantes de los demás, llegando así a la cifra de 75 representantes de cada grupo laboral.

### 5.2.1 – España

La muestra española está compuesta por 375 sujetos de la Comunidad Autónoma de Madrid, de los cuales 150 son hombres (40%) y 225 son mujeres (60%), de 27 a 65 años, con media de edad 41,91 (D.T. = 10,75), de nivel socioeconómico medio-bajo y medio-alto, divididos en cinco grupos según su situación laboral: 75 (20%) mujeres amas de casa exclusivamente, 75 (20%) mujeres en paro, 75 (20%) mujeres que trabajan fuera del hogar, 75 (20%) hombres en paro y 75 (20%) hombres que trabajan fuera del hogar. Respecto al nivel de estudios, 131 (35%) tienen estudios básicos, 158 (42%) tienen nivel medio y 86 (23%) tienen estudios superiores. En la Tabla 5.5 presentamos las profesiones informadas por los sujetos.

**Tabla 5.5 – Frecuencias y porcentajes según profesiones en la muestra española**

<b>Profesiones</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Gerentes / autónomos	19	5,0
Profesiones liberales	42	11,2
Técnicos profesionales	34	9,2
Administrativos	62	16,6
Trabajadores del sector servicios	58	15,4
Trabajadores del sector primario (ganaderos, agricultores, pescadores, ...)	2	0,4
Trabajadores especializados (mecánicos encargados...)	25	6,6
Operarios / conductores	14	3,8
Trabajadores no cualificados	42	11,2
Fuerzas armadas	3	0,8
Profesor	-	-
No informado	74	19,8
<b>Total</b>	<b>375</b>	<b>100</b>

Considerando que en la población española se ha aplicado el NEO-FFI como medida de la personalidad y que este instrumento ya está estandarizado y publicado en España, no ha sido necesario recabar una muestra específica para el análisis de la validez externa/convergente para el instrumento de personalidad utilizado.

## **5.2.2 – Portugal**

En Portugal se han conformado dos muestras independientes, una para el análisis del tema central de esta investigación, o sea, las relaciones entre personalidad y salud, y otra para el análisis de la validez externa/convergente del MIPS.

### **5.2.2.1 – Análisis de las relaciones entre personalidad y salud**

La muestra portuguesa está compuesta por 300 sujetos de la Región de Lisboa, de los cuales 150 son hombres (50%) y 150 son mujeres (50%), de 27 a 65 años, con media de edad 39,35 (D.T. = 9,94), de nivel socioeconómico medio-bajo, medio y medio-alto, divididos en cuatro grupos según su situación laboral: 75 (25%) mujeres en paro, 75 (25%) mujeres que trabajan fuera del hogar, 75 (25%) hombres en paro y 75 (25%) hombres que trabajan fuera del hogar. Respecto al nivel de estudios, 66 (22%) tienen estudios básicos, 147 (49%) tienen nivel medio y 87(29%) tienen estudios superiores. En la Tabla 5.6 presentamos las profesiones informadas por los sujetos.

**Tabla 5.6 – Frecuencias y porcentajes según profesiones en la muestra portuguesa**

<b>Profesiones</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Gerentes / autónomos	17	5,7
Profesiones liberales	31	10,3
Técnicos profesionales	53	17,7
Administrativos	81	27,0
Trabajadores del sector servicios	28	9,3
Trabajadores del sector primario (ganaderos, agricultores, pescadores, ...)	0	0,0
Trabajadores especializados (mecánicos encargados...)	35	11,7
Operarios / conductores	9	3,0
Trabajadores no cualificados	12	4,0
Fuerzas armadas	4	1,3
Profesor	14	4,7
Trabajador comercio	2	0,7
Otras	11	3,6
No informado	3	1,0
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

No ha sido posible incluir el grupo de amas de casa en la muestra portuguesa, debido a dificultades en acceder a este colectivo y por limitaciones de tiempo en la recogida de datos en Lisboa (tres meses en total). En todo caso, el colectivo de las amas de casa en la región de Lisboa está compuesto, básicamente, por dos grupos extremos. Por un lado están las mujeres marginadas (en su mayoría inmigrantes), que no tienen acceso al mercado laboral y por otro las mujeres de alto nivel socioeconómico. En ambos casos, el nivel socioeconómico no cuadra con el perfil de clase media-baja, media o media-alta establecido para la investigación que se presenta.

#### **5.2.2.2 – Análisis de la validez externa/convergente del MIPS**

La muestra utilizada para el análisis de la validez externa/convergente del MIPS (a la que se aplicó el MIPS y el NEO PI-R simultáneamente) está compuesta por 166 estudiantes de la carrera de Derecho de una Universidad privada de Lisboa, de los

cuales 65 son hombres (39,2%) y 101 son mujeres (60,8%), de 18 a 65 años, con media de edad 27,23 (D.T. = 8,57), de nivel socioeconómico medio-bajo, medio y medio-alto. Cabe resaltar que en la versión original, Millon (1994a; 2004a) ha utilizado una muestra de 60 adultos, de 18 a 66 años, para calcular las correlaciones entre el MIPS y el NEO PI-R.

### **5.2.3 – Brasil**

Al igual que en Portugal, en Brasil se ha conformado dos muestras independientes, una para el análisis del tema central de esta investigación, o sea, las relaciones entre personalidad y salud, y otra para el análisis de la validez externa/convergente del MIPS.

#### **5.2.3.1 – Análisis de las relaciones entre personalidad y salud**

La muestra brasileña está compuesta por 375 sujetos de la zona metropolitana de Porto Alegre (*Rio Grande do Sul*), de los cuales 150 son hombres (40%) y 225 son mujeres (60%), de 27 a 65 años, con media de edad 39,98 años (D.T. = 9,32), de nivel socioeconómico medio-alto y medio-bajo, divididos en cinco grupos según su situación laboral: 75 (20%) mujeres amas de casa exclusivamente, 75 (20%) mujeres en paro, 75 (20%) mujeres que trabajan fuera del hogar, 75 (20%) hombres en paro y 75 (20%) hombres que trabajan fuera del hogar. Respecto al nivel de estudios, 132 (35,2%) tienen estudios básicos, 169 (45%) tienen nivel medio y 74 (19,7%) tienen estudios superiores. En la Tabla 5.7 presentamos las profesiones informadas por los sujetos.

**Tabla 5.7 – Frecuencias y porcentajes según profesiones en la muestra brasileña**

<b>Profesiones</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Gerentes / autónomos	30	7,9
Profesiones liberales	26	6,9
Técnicos profesionales	29	7,6
Administrativos	40	10,6
Trabajadores del sector servicios	51	13,6
Trabajadores del sector primario (ganaderos, agricultores, pescadores, ...)	2	0,6
Trabajadores especializados (mecánicos encargados...)	45	12,1
Operarios / conductores	32	8,5
Trabajadores no cualificados	4	1,2
Fuerzas armadas	1	0,3
Profesor	37	10,0
Trabajador comercio	9	2,4
Otras	17	4,5
No informado	52	13,9
Total	375	100,0

### 5.2.3.2 – Análisis de la validez externa/convergente del MIPS

La muestra utilizada para el análisis de la validez externa/convergente del MIPS (a la que se aplicó el MIPS y el IFP simultáneamente) está compuesta por 161 estudiantes de diversas carreras (sobretudo Administración de Empresas y Pedagogía), de una Universidad privada de la zona metropolitana de Porto Alegre-RS, de los cuales 50 son hombres (31,1%) y 111 son mujeres (68,9%), de 18 a 44 años, con media de edad 23,38 (D.T. = 5,69), de nivel socioeconómico medio-bajo, medio y medio-alto.

## 5.3 – Instrumentos

Además de los instrumentos de medida de las variables utilizados en la investigación que se presenta, descritos a continuación, se han recogido datos demográficos de los sujetos, tales como situación laboral, sexo, edad, nivel de estudios, profesión, etc.

### 5.3.1 – Cuestionarios de medida de la personalidad

Se han utilizado cuatro instrumentos de medida de la personalidad en la investigación que se presenta, dos para el análisis de las relaciones entre personalidad y salud y dos para el análisis de la validez externa/convergente del MIPS. Para el análisis de las relaciones entre personalidad y salud se ha empleado la versión reducida del NEO (el NEO-FFI) en la muestra española y el MIPS en las muestras brasileña y portuguesa. Esto se debe a que en España los datos parten de una investigación más amplia, que incluye una muestra representativa de la población española, tanto de la zona urbana como rural así como mujeres maltratadas, que además de analizar las relaciones entre personalidad y salud, también considera otras variables. Teniendo en cuenta la cantidad de variables evaluadas, y como consecuencia el número de cuestionarios utilizados, se ha optado por utilizar el NEO-FFI como medida de la personalidad, ya que se trata de una versión reducida del NEO con sólo 60 ítems, permitiendo así que el tiempo dedicado a la recogida de datos fuera razonable. No obstante, las muestras portuguesa y brasileña fueron incluidas por la autora específicamente para la investigación que se presenta, permitiendo así que se utilizara el MIPS en vez del NEO-FFI como medida de la personalidad, cuestionario que se considera más apropiado para el análisis de las relaciones entre personalidad y salud. Asimismo, tanto el NEO PI-R como el NEO-FFI no están estandarizados y publicados en Brasil, y en Portugal no se dispone de la versión reducida del NEO, el NEO FFI. El MIPS tampoco está estandarizado y publicado en Brasil y Portugal. No obstante, en Brasil ya se dispone de un estudio previo, realizado con una muestra de 805 universitarios (Dresch, Sánchez-López & Aparicio-García, 2005), que demuestra que la adaptación brasileña cumple con los

requisitos psicométricos. En Portugal, el Prof. Dr. Danilo R. Silva (Catedrático) y la Asistente Rute O. Pires (ambos de la *Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação* de la *Universidade de Lisboa*) ya habían empezado el proceso de traducción del MIPS al portugués. En resumen, además de que se considera que el MIPS sea más apropiado como medida de la personalidad para el tipo de investigación que se presenta, el inventario ya estaba en proceso de adaptación tanto en Brasil como en Portugal.

En lo que a la validez externa/convergente se refiere, se ha aplicado el NEO PI-R en Portugal y el IFP en Brasil a la muestra de estudiantes, simultáneamente a la aplicación del MIPS.

### **5.3.1.1 – MIPS (Inventario de Estilos de Personalidad de Millon)**

El Inventario de Estilos de Personalidad de Millon – MIPS (Millon, 1994a, 2004a) es un cuestionario compuesto por 180 ítems respecto de los cuales el sujeto debe determinar si le son aplicables (respuesta verdadero/falso), los cuales se organizan en 24 escalas agrupadas en 12 pares (ver Tabla 5.8). Cada par incluye dos escalas yuxtapuestas; la bipolaridad presente en estos pares no es una bipolaridad en el sentido psicométrico, ya que Millon construyó cada una de las escalas desde la racionalidad teórica y ambas son independientes en cuanto a los ítems que miden cada una de ellas. Los 12 pares de escalas se agrupan en tres grandes áreas: Metas Motivacionales, Modos Cognitivos y Comportamientos Interpersonales. Las Metas Motivacionales tienen que ver con los deseos y metas que incitan y guían a los seres humanos con los propósitos y fines que los llevan a actuar de un modo determinado. Los Modos Cognitivos abarcan tanto las fuentes utilizadas para adquirir conocimientos sobre la vida como el modo de

transformar la información. Por último, los Comportamientos Interpersonales se basan en los modos interpersonales de relacionarse, es decir, las preferencias de los individuos en cuanto a la manera de interactuar con los demás. Además de las 24 escalas presentadas en la Tabla 5.8, el MIPS presenta tres índices de validez o de control: Impresión Positiva, Impresión Negativa y Consistencia.

El objetivo del MIPS es medir la personalidad de individuos adultos que funcionan normalmente y cuya edad está comprendida entre los 18 y los 65 años o más. Para completar la mayoría de los ítems se requiere un nivel de educación correspondiente al primer año de la escuela secundaria. La mayoría de las personas emplean 30 minutos o menos para responder al cuestionario.

Aunque Millon haya cambiado el nombre de las escalas en la versión revisada del inventario, nombrándolo MIPS-R (Millon, 2004a), el autor mantuvo todos los aspectos de la estructura del inventario, por lo que se ha optado por mantener el nombre de las escalas de la versión original traducidas para la adaptación española (Millon, 2001a).

### **5.3.1.2 – NEO PI-R (Inventario NEO de Personalidad Revisado) y NEO-FFI (Inventario de Personalidad NEO Reducido)**

El Inventario de Personalidad NEO Revisado - NEO PI-R es un cuestionario compuesto por 240 ítems respecto de los cuales el sujeto debe determinar su respuesta en una escala tipo *likert* que incluye 5 posibilidades: “en total desacuerdo”, “en desacuerdo”, “neutral”, “de acuerdo” y “totalmente de acuerdo”. Los ítems conforman a 5 factores,

**Tabla 5.8 – Organización y descripción de las escalas del MIPS y su respectivo constructo bipolar**

	Escalas del MIPS	Constructo Bipolar	Definición
Metas Motivacionales	1A.Expansión	Placer	Optimistas en cuanto al futuro. Les resulta fácil pasarlo bien y aceptan los altibajos de la existencia.
	1B.Preservación	Dolor	Concentración en los problemas de la vida, agravándolos. Consideran su pasado desafortunado y piensan que irá a peor.
	2A.Modificación	Actividad	El futuro depende de ellos, por lo que intentan cambiar su entorno para conseguir sus deseos.
	2B.Adecuación	Pasividad	No intentan dirigir sus vidas. Se acomodan a las circunstancias creadas por otros. No tienen iniciativa.
	3A. Individualidad	Hacia uno mismo	Orientados a sus propias necesidades, sin preocuparse de los demás. Independientes y egocéntricos.
	3B.Protección	Hacia los demás	Motivados a satisfacer primero a los demás.
Modos Cognitivos	4A.Extroversión	Externa	Recurren a los demás para buscar estimulación, mantener alta su autoestima y para que les conforten.
	4B.Introversión	Interna	Utilizan sus propios pensamientos y sentimientos como recurso. Su fuente de inspiración son ellos mismos.
	5A.Sensación	Tangible	Derivan sus conocimientos de lo concreto. Confían en la experiencia directa y en lo observable.
	5B.Intuición	Intangible	Prefieren lo simbólico y desconocido. Buscan lo abstracto y lo especulativo.
	6A.Pensamiento	Intelecto	Procesan los conocimientos por medio de la lógica y lo analítico. Decisiones basadas en juicios objetivos.
	6B.Sentimiento	Afecto	Forman sus juicios respecto a sus propias reacciones afectivas y guiándose por sus valores personales.
	7A.Sistematización	Asimilación	Organizados. Transforman información nueva adecuándola a lo conocido. Perfeccionistas y eficientes.
7B.Innovación	Imaginación	Creativos, asumen riesgos. Disconformes con lo predecible. Buscan consecuencias imprevistas.	
Comportamientos Interpersonales	8A.Retraimiento	Distanciamiento físico/emocional	Falta de emotividad e indiferencia social. Silenciosos, pasivos y renuentes a participar.
	8B.Sociabilidad	Gregarismo	Buscan estimulación y atención. Simpáticos y brillantes y también exigentes y manipuladores.
	9A.Indecisión	Inseguridad	Tímidos y nerviosos en situaciones sociales. Desean ser aceptados, pero temen el rechazo. Sensibles y emotivos. Propensos a aislarse.
	9B.Decisión	Seguridad	Creer ser talentosos y competentes. Ambiciosos, egocéntricos y seguros de sí mismos.
	10A.Discrepancia	Desacato	Actúan de modo independiente y no conformista. No acatan normas tradicionales.
	10B.Conformismo	Obediencia	Honrados, con autodominio. Respetan la autoridad. Cooperativos. No espontáneos.
	11A.Sumisión	Sumisión	Habitados al sufrimiento. Sumisos ante los demás.
	11B.Dominio	Dominio	Energéticos, dominantes y socialmente agresivos. Se ven como intrépidos y competitivos. Ambiciosos y obstinados.
	12A.Descontento	Descontento	Pasivo-agresivos y malhumorados. Estados de ánimo y conductas variables.
	12B.Aquiescencia	Afinidad	Simpáticos socialmente, establecen vínculos afectivos y lealtades muy fuertes. Ocultan sus sentimientos negativos.

Fuente: Adaptado de Aparicio-García & Sánchez-López (2001).

que a su vez derivan en 6 facetas. El factor Neuroticismo incluye las facetas Ansiedad, Hostilidad, Depresión, Ansiedad Social, Impulsividad y Vulnerabilidad. El factor Extraversión incluye las facetas Cordialidad, Gregarismo, Asertividad, Actividad, Búsqueda de Emociones, Emociones Positivas. El Factor Apertura incluye las facetas Fantasía, Estética, Sentimientos, Acciones, Ideas y Valores. El factor Amabilidad incluye las facetas Confianza, Franqueza, Altruismo, Actitud Conciliadora, Modestia y Sensibilidad. Por último, el factor Responsabilidad incluye las facetas Competencia, Orden, Sentido del Deber y Necesidad de Logro. Además de los factores y facetas, el NEO tiene una escala de Control. En la Tabla 5.9 se describen los 5 factores del NEO.

**Tabla 5.9 – Descripción de los cinco factores del Inventario de Personalidad NEO**

<b>Factores del NEO</b>	<b>Definición</b>
Neuroticismo	Expresa la tendencia general a experimentar sentimientos negativos, tales como miedo, melancolía, vergüenza, ira, culpabilidad y repugnancia.
Extraversión	Además de la vinculación con la gente y la preferencia por grupos y reuniones, los extravertidos son también asertivos, activos y habladores. Les gusta la excitación y la estimulación y tienden a ser de carácter alegre. Son animosos, enérgicos y optimistas.
Apertura	Las personas abiertas están interesadas por el mundo exterior como por el interior y sus vidas están enriquecidas por la experiencia. Desean tomar en consideración nuevas ideas y valores no convencionales y experimentan tanto las emociones positivas como las negativas de manera más profunda que los sujetos que las cercan.
Amabilidad	La persona amable es fundamentalmente altruista. Simpatiza con los demás, está dispuesta a ayudarles y cree que los otros se sienten igualmente satisfechos de hacer esto mismo.
Responsabilidad	El sujeto responsable es voluntarioso, porfiado y decidido.

Fuente: descripción de las escalas del NEO PI-R por Costa & McCrae (1999).

El Inventario de Personalidad NEO Reducido (NEO-FFI) es una versión del NEO con sólo 60 ítems en la que únicamente se obtienen las puntuaciones de los cinco grandes factores. El NEO-FFI resulta útil cuando se dispone de poco tiempo para la aplicación y puede considerarse suficiente una información global sobre la personalidad.

El objetivo del Inventario de Personalidad NEO es evaluar la personalidad normal, de adolescentes y adultos, a partir de 17 años. La mayoría de las personas emplean 40 minutos o menos para responder al NEO PI-R y 15 minutos para contestar al NEO-FFI.

La versión española del NEO-FFI (Costa & McCrae, 1999) se ha utilizado como medida de la personalidad en el análisis de las relaciones entre personalidad y salud en la muestra española y la versión portuguesa del NEO PI-R (Costa & McCrae, 2000) se ha utilizado como medida de la personalidad en el análisis de la validez externa/convergente del MIPS en la muestra portuguesa de estudiantes.

#### **5.3.1.3 – IFP (*Inventário Fatorial de Personalidade*)**

El *Inventário Fatorial de Personalidade* – IFP (Pasquali, Azevedo & Ghesti, 1997) se fundamenta en el *Edward Personal Preference Scale* – EPPS (Edwards, 1953), evaluando el individuo en 15 necesidades o motivos psicológicos, basados en la teoría de las necesidades formulada por Murray (1938). Básicamente, el IFP consiste en un inventario factorial de 155 ítems, organizado en 15 escalas (ver Tabla 5.10), además de 2 escalas de control, *Validade* y *Desejabilidade Social*. Las opciones de respuesta son presentadas en una escala tipo *likert* de 7 puntos progresivos, desde “nada característico” a “totalmente característico”. El test va dirigido a personas de edad comprendida entre 18 y 60 años, y suele ser respondido en 45 minutos.

#### **5.3.2 – Cuestionarios de medida de la salud psicológica**

En esta investigación se ha utilizado el concepto de salud propuesto por la OMS (ver Capítulo 3), que define la salud como “un estado de bienestar físico, mental y social, y

**Tabla 5.10 – Descripción de las escalas del IFP**

<b>Escalas del IFP</b>	<b>Definición</b>
<i>Assistência</i>	Puntuaciones altas en este factor muestran un sujeto con un gran deseo y sentimientos de piedad, compasión y ternura, por los cuales el sujeto desea ofrecer simpatía y gratificar las necesidades de un sujeto indefenso, defenderlo en el peligro, darle soporte emocional y consuelo en la tristeza, enfermedad y otros infortunios.
<i>Intracepção</i>	El sujeto con altas puntuaciones en este factor es introspectivo, esto es, él se deja conducir por sentimientos e inclinaciones difusas; es dominado por la búsqueda de la felicidad, por la fantasía e imaginación. El introspectivo es definido por adjetivos del tipo subjetivo, imaginativo, personal en los juzgamientos, poco práctico, metafísico, parcial en sus opiniones, caluroso y enamorado, sensitivo, egocéntrico, individualista, deductivo, intuitivo en las observaciones, artístico y religioso, idealista y de pensar filosófico penetrante.
<i>Afago</i>	La búsqueda de apoyo y protección caracteriza los sujetos con puntuaciones altas en este factor. Él sujeto espera tener sus deseos satisfechos por alguna persona querida y amiga; desea recibir cariño, ser apoyado, protegido, amado, orientado, perdonado y consolado. Necesita constantemente que alguien le entienda y lo proteja. Sufre sentimientos de ansiedad y abandono, inseguridad y desesperación.
<i>Deferência</i>	Respeto, admiración y reverencia caracterizan a las personas con altas puntuaciones en este factor, que expresa el deseo de admirar y dar soporte a un superior, les gusta elogiar y honrar los superiores, bien como imitarlos y obedecerlos.
<i>Afiliação</i>	Dar y recibir afecto de amigos es el deseo de personas con score alto en este factor. Estas son caracterizadas por confianza, buena voluntad y amor. Les gusta apegarse y ser leales a los amigos.
<i>Dominância</i>	Puntuaciones altas en este factor expresan sentimientos de autoconfianza y el deseo de controlar los demás, influir o dirigir el comportamiento de ellos a través de la sugerencia, seducción, persuasión o comando.
<i>Denegação</i>	Un sujeto con puntuaciones altas en este factor representa un individuo que se entrega a la resignación. Se trata del deseo o tendencia de someterse pasivamente a la fuerza externa; aceptar despecho, castigo y culpa; resignarse al destino, admitir inferioridad, error y fracaso; confesar errores y deseo de autodestrucción, dolor, castigo, enfermedad y desgracia.
<i>Desempenho</i>	Ambición y empeño caracterizan los sujetos con score alto en este factor, que expresa el deseo de realizar algo difícil, como dominar, manipular y organizar objetos, personas e ideas. Individuos con la mayor rapidez posible, sobresalir, vencer obstáculos y mantener altos niveles de realización.
<i>Exibição</i>	La vanidad caracteriza a los sujetos con score alto en este factor, que expresa el deseo de impresionar, ser oído y visto. A tal sujeto le gusta fascinar las personas, ejercer encanto y mismo chocarlas; le gusta dramatizar las cosas para impresionar y entretener.
<i>Agressão</i>	La rabia, la irritación y el odio caracterizan las personas con score alto en este factor, que expresa el deseo de superar con vigor la oposición. A tales personas les gusta luchar, pelear, atacar e injuriar a los demás; les gusta hacer oposición, censurar y poner en ridículo a los otros.
<i>Ordem</i>	Este factor representa la tendencia de poner todas las cosas en orden, mantener limpieza, organización, equilibrio y precisión.
<i>Persistência</i>	El sujeto con altas puntuaciones en este factor tiene la tendencia a llevar a cabo cualquier trabajo iniciado por más difícil que pueda parecer. Él vive obcecado por ver el resultado final de un trabajo, olvidando el tiempo y el descanso necesario, resultando no raro en quejas de poco tiempo, de cansancio y preocupaciones.
<i>Mudança</i>	Desconectarse de todo que es rutinario y fijo es el deseo de una persona con score alto en este factor. Le gusta la novedad, la aventura, no tener ninguna conexión permanente con lugares, comidas y cosas, en general, nuevas y diferentes.
<i>Autonomia</i>	Sentirse libre, salir del confinamiento, resistir a la coerción y a la oposición es la tendencia de los sujetos con puntuaciones altas en este factor. A ellos nos les gusta ejecutar tareas impuestas por la autoridad, puesto que les gusta actuar de modo independiente y libremente, siguiendo sus impulsos. Desafían cualquier convención.
<i>Heterossexualidade</i>	Este factor hablar claramente del deseo de mantener relaciones, desde románticas hasta sexuales, con individuos del sexo opuesto. El sujeto con altos índices en este factor es fascinado por el sexo y por asuntos afines.

Fuente: descripción de las escalas del IFP por Pasquali, Azevedo & Ghesti (1997, pp. 37-39).

no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia” (Organización Mundial de la Salud, 1998, pp.11). Para operativizar el bienestar físico, hemos incluido dos indicadores que detallaremos en el punto 5.3.3. En lo que se refiere al bienestar mental hemos utilizado tres medidas: los niveles de ansiedad, la autoestima y la satisfacción personal; basándonos en los estudios previos que demuestran que bajos niveles de ansiedad (p.ej., Chamberlain & Haaga, 2001; Hazlett-Stevens, Craske, Mayer, Chang & Nalibof, 2003; Jiang, Sato, Hara, Takedomi, Ozaki & Yamada, 2003), altos niveles de autoestima (p.ej., Axelsson & Ejlertsson, 2002; Geller, Zaitsoff & Srikameswaran, 2002; Hudd, Dumlao, Erdmann-Sager, Murray, Phan, Soukas et al., 2000; Nyamathi, Stein & Bayley, 2000) y altos niveles de satisfacción personal (p.ej., Keyes & Magyar-Moe, 2003, Roysamb, Tambs, Reichborn-Kjennerud, Neale & Harris, 2003) pueden ser considerados como indicadores de salud psicológica.

#### **5.3.2.1 – ISRA (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad)**

El Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad – ISRA (Miguel-Tobal & Cano-Vindel, 2002) evalúa la disposición general que tienen las personas a experimentar y padecer Ansiedad y la cantidad de Ansiedad que pueden experimentar en una situación concreta. Esta prueba permite obtener tres puntuaciones independientes de ansiedad: *Ansiedad Cognitiva*, *Ansiedad Fisiológica* y *Ansiedad Motora*. El ISRA está compuesto por 24 ítems; el sujeto deberá indicar la frecuencia con la que tiene las reacciones o pensamientos descritos, entre “casi nunca” y “casi siempre” en formato tipo *likert*. El coeficiente alfa total de la escala es de 0,99. En la investigación que se presenta se ha utilizado la versión reducida del ISRA, empleada para fines de investigación, en la que

se excluyen las situaciones y se limita a preguntar acerca de la frecuencia de las experiencias de ansiedad.

Teniendo en cuenta que la versión reducida del ISRA todavía no está publicada, se ha comprobado previamente si el instrumento cumple con los requisitos psicométricos.

### **5.3.2.2 – RES (Cuestionario de Autoestima de Rosenberg)**

El Cuestionario de Autoestima de Rosenberg – RES (Rosenberg, 1965) evalúa la valoración positiva o negativa que una persona tiene de sí misma: su autoestima. Ha sido confeccionado a partir de frases que exploran el autoconcepto. Se trata de un auto-informe de diez ítems para evaluar los niveles individuales de autoestima global. Se presentan cuatro posibilidades de respuesta en una escala *likert* (1 = totalmente en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = de acuerdo y 4 = totalmente en desacuerdo) para cada uno de los diez ítems. Las altas puntuaciones representan una alta autoestima. El coeficiente alfa está entre 0,77 y 0,94 (Kolligian & Sternberg, 1991). En población española, el alfa está entre 0,77 y 0,88 (Rivas, Bersabé & Jiménez, 2004).

### **5.3.2.3 – Cuestionario de Satisfacción Personal**

Hay un acuerdo generalizado sobre la validez de las medidas de percepción de la felicidad, bienestar o satisfacción (Argyle, 1987), además del uso de medidas de satisfacción de ítem único. Por tanto, se utilizó un instrumento validado en anteriores investigaciones (p.ej. Díaz-Morales & Sánchez-López, 2002) que consiste en una escala tipo *likert* de 10 puntos en la que los sujetos valoran su “Satisfacción Personal”.

### 5.3.3 – Cuestionarios de medida de la salud física

La salud física se ha medido utilizando dos índices: las dolencias físicas y la salud percibida.

#### 5.3.3.1 – Cuestionario de Dolencias físicas

El Cuestionario de Dolencias Físicas, elaborado para investigaciones previas (Sánchez-López, Cardenal-Hernández & Sánchez-Herrero, 2001), consiste en una escala *likert* de cuatro puntos sobre la presencia de diez (en la muestra española) y dieciséis (en las muestras portuguesa y brasileña) dolencias físicas más comunes en población general (por ejemplo, dolores de cabeza, dolores de espalda, mareos, etc.). La suma de cada puntuación dada por los sujetos permite obtener una puntuación total que puede oscilar entre 10 y 40 (en la muestra española) y 16 y 64 (en las muestras portuguesa y brasileña). La cantidad de dolencias presentes en los cuestionarios, español por un lado y portugués y brasileño por otro, difieren porque se ha añadido 6 dolencias más (dolores musculares, sudores fríos o sofocos, hormigueos, debilidad de ciertas partes del cuerpo, y pesadez de brazos o piernas) en los cuestionarios portugués y español, por considerar que los mismos podrían afinar más la recogida de este índice de salud física.

### **5.3.3.2 – Cuestionario de Salud Percibida**

Se pidió a cada uno de los participantes que evaluaran su salud física a través de una escala *likert* de diez puntos. A pesar de la aparente simplicidad de este tipo de medida, los estudios (p.ej. Singh-Manoux, Martikainen, Ferrie, Zins, Marmot & Goldberg, 2006) indican que es una medida válida de la salud predominantemente física por lo que se ha sido utilizado ampliamente para operativizar la salud física de los sujetos (p.ej., Wasylkiw & Fekken, 2002; Williams, Wasserman & Lotto, 2002; Williams, O'Brien & Colder, 2004).

## **5.4 – Procedimiento**

### **5.4.1 – Traducción y adaptación de los instrumentos**

En España, todos los instrumentos utilizados están disponibles en español, por haber sido contruidos originalmente en esta población, como es el caso del ISRA, el Cuestionario de Satisfacción Personal, el Cuestionarios de Dolencias Físicas y el Cuestionario de Salud Percibida, o porque ya están estandarizados y publicados, como es el caso del NEO FFI y el RES. No obstante, en Portugal y Brasil los instrumentos tuvieron que ser traducidos y adaptados. Se describen los procedimientos adoptados en cada país en relación con cada instrumento empleado.

a) MIPS

A la muestra brasileña se ha aplicado la versión brasileña del Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (MIPS), que había sido traducido por la autora para un trabajo previo (Dresch, Sánchez-López & Aparicio-Garcías, 2005), en el que se aplicó el instrumento a una muestra de 805 estudiantes universitarios. Los resultados de la aplicación indicaron un promedio de 0,70 para el alfa de Cronbach y un promedio de 0,74 para el procedimiento de la división por mitades. El procedimiento que se adoptó en su momento consistió en hacer la traducción directa del cuestionario, del inglés al portugués, siguiendo la normas de traducción y adaptación de tests psicológicos (Muñiz & Hambleton, 1996; Muñiz, 1996; Van de Vijver & Hambleton, 1996; Hambleton, 2001) y los pasos de la estandarización española del instrumento (Millon, 2001a). A continuación se aplicó el cuestionario a un grupo reducido de sujetos (N = 30) de la población brasileña y se les solicitó que anotasen aquellos ítems poco claros o en que los que tenían dudas con relación a su significado. Aquellos ítems en lo que al menos el 60% de los sujetos coincidieron fueron seleccionados y analizados por un grupo de expertos. El siguiente paso fue volver a aplicar el inventario a un grupo de sujetos diferentes para contrastar si todavía había discrepancias en el significado de los ítems. A continuación se encargó a un traductor titulado y experto la traducción inversa de la versión brasileña del cuestionario para completar el proceso de doble traducción. Una vez que se alcanzó el acuerdo entre el investigador y el traductor, se volvió a aplicar el cuestionario resultante a un grupo reducido de sujetos (N = 30) para asegurarnos de la comprensión de todos los ítems.

El proceso de adaptación del Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (MIPS) en Portugal fue iniciado por el Catedrático Prof. Dr. Danilo R. Silva y por la Asistente Rute O. Pires, de la *Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação* de la *Universidade de Lisboa*. El primer paso de la adaptación del MIPS a la población portuguesa consistió en la traducción directa inglés-portugués de la versión original del instrumento. Esta traducción preliminar fue realizada siguiendo la normas de la traducción y adaptación de tests psicológicos (Muñiz & Hambleton, 1996; Van de Vijver & Hambleton, 1996; Hambleton, 2001) y fue revisada por cuatro psicólogos portugueses, peritos en el área de evaluación de la personalidad y con un buen conocimiento de la lengua inglesa. Las revisiones fueron hechas de forma independiente. A los peritos se les pidió que evaluaran la traducción de cada ítem, comparándolo con el ítem correspondiente en la versión original del instrumento, en términos de adecuación de su contenido, significado, forma y claridad de expresión. Las sugerencias de los peritos fueron posteriormente analizadas, teniéndose procedido a las alteraciones necesarias que condujeron a la versión experimental. El estudio piloto que se llevó a cabo con una muestra de 100 estudiantes universitarios (Silva, Dresch & Rute, 2005) demostró que la versión portuguesa utilizada presenta un promedio de 0,70 para el alfa de Cronbach y un promedio de 0,77 a través del método de división por mitades.

*b) ISRA, RES, Cuestionario de Satisfacción Percibida y Cuestionarios de Medida de Salud Física*

La traducción del español al portugués de Brasil de los demás instrumentos (ISRA, RES, Cuestionario de Satisfacción y Cuestionarios de Medida de Salud Física), así

como del cuestionario de datos demográficos, fue realizada por la autora por dominar ambos idiomas y por haber vivido en ambos países. En Lisboa se realizó la adaptación del portugués de Brasil al portugués de Portugal con la ayuda del Catedrático Prof. Dr. Danilo R. Silva, de la *Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação* de la *Universidade de Lisboa*. Tanto en Brasil como en Portugal se aplicó la versión traducida de los cuestionarios a un grupo reducido de sujetos ( $N = 20$ ) y se les solicitó que anotasen aquellos ítems poco claros o en los que tenían dudas con relación a su significado. El resultado de la aplicación indicó que los sujetos no revelaron dificultades de comprensión de los ítems, coincidiendo en que las preguntas se presentaban de manera clara, lo que fue confirmado tras la aplicación de los cuestionarios a la muestra total.

#### **5.4.2 – Aplicación de los instrumentos**

El procedimiento de aplicación de los instrumentos y acceso a las muestras se adaptó a la estructura y condiciones de cada país que se incluyó en esta investigación. No obstante, algunos aspectos fueron mantenidos en todos los países. Así, las normas de aplicación (centradas en conseguir una buena motivación de los sujetos y la comprensión de la tarea) se les daban por escrito, además de explicarles verbalmente cómo rellenar el instrumento y se contestaban a todas las dudas que surgían. Se garantizaba el anonimato dándoles un número de codificación a cada sujeto, con lo que no aparecía el nombre del participante.

En España, los datos partieron de una investigación más amplia, como ya se ha explicado en el punto 5.3.1, y se contó con un equipo profesional, especialmente

preparado y entrenado para la tarea, que aplicó los cuestionarios a cada uno de los sujetos en sesiones individuales de 60 minutos de duración.

En Portugal, la mayoría de los datos fueron recogidos por la autora. En lo que se refiere a la muestra de adultos (para el análisis de las relaciones entre personalidad y salud), los datos fueron recogidos en sesiones individuales y grupales de hasta 20 personas como máximo de 60 minutos de duración. Respecto a la muestra de estudiantes universitarios (para el análisis de la validez convergente del MIPS), los cuestionarios fueron aplicados en sesiones grupales de hasta 50 personas como máximo de 60 minutos de duración. No obstante, parte de los datos de la muestra de adultos fueron recogidos con la colaboración de ocho estudiantes de Psicología de la *Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação* de la *Universidade de Lisboa*, que fueron preparadas y entrenadas con la ayuda de la Asistente Rute O. Pires de la misma Facultad. La recogida de datos realizada por las estudiantes se basaba en aplicar el cuestionario a algún adulto de su entorno, que cumplieren con las características de la muestra (descritos en el punto 5.2.2.1). Este procedimiento ha sido adoptado por Costa, Terracciano y McCrae (2001) en el macro estudio que comparan la personalidad de 79 países.

En Brasil, el proyecto de investigación, así como los cuestionarios y un texto para el *consentimento livre esclarecido* (que se exigía) tuvieron que ser sometidos a la evaluación del *Comitê de Ética em Pesquisa – CEP* del *Centro Universitário Feevale*, órgano local que aplica la Resolución 196 de 10 de octubre de 1996 del *Conselho Nacional de Saúde* brasileño, en la que se regula la investigación que incluye seres humanos. Tras recibir el informe favorable del CEP, se ha dado inicio a la recogida de los datos. Siguiendo la normativa vigente, los participantes han tenido que dar su

consentimiento por escrito, en un comunicado en que también firmaba la autora, en el que se explicaba objetivos de la investigación y el tratamiento que se daría a los datos. Una copia del consentimiento se quedaba con el participante y la otra con la autora. La recogida de datos se llevó a cabo con la colaboración de cuatro estudiantes del área de la salud del *Centro Universitario Feevale*, que fueron preparadas y entrenadas por la autora para tal tarea. A la muestra de adultos (para el análisis de las relaciones entre personalidad y salud) los cuestionarios se aplicaron tanto en sesiones individuales como en sesiones grupales de hasta 50 personas como máximo de 60 minutos de duración. A la muestra de estudiantes universitarios (para el análisis de la validez externa/convergente del MIPS) los cuestionarios se aplicaron en sesiones grupales de hasta 50 personas como máximo de 60 minutos de duración.

## **5.5 – Análisis de datos**

Se ha dividido este apartado según los objetivos de la investigación descritos en el comienzo de este capítulo. Todos los cálculos estadísticos se han realizado con el programa estadístico SPSS versión 13.0.

### **5.5.1 – Estudio 1: Análisis psicométrico de los instrumentos**

En el estudio 1 se han llevado a cabo los análisis de fiabilidad del MIPS y de los demás instrumentos que todavía no estaban adaptados o publicados en los países que se incluyeron en esta investigación.

a) *MIPS*

Siguiendo los mismos procedimientos utilizados por Millon en la versión original del instrumento (Millon 1994a; 2004a) se ha calculado la consistencia interna, la validez interna y la validez externa/convergente del cuestionario para las muestras portuguesa y brasileña. Para los análisis de consistencia interna de las 24 las escalas del MIPS se han calculado tanto el alfa de Cronbach como el estadístico de Guttman (método de división por mitades). Para la validez interna, se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson entre las 24 escalas. Mientras que los análisis de consistencia interna fueron calculados con la muestra de adultos, los análisis de validez externa/convergente fueron calculados con las muestras de estudiantes universitarios portuguesa y brasileña; en el que se calculó los coeficientes de correlación de Pearson entre las escalas del MIPS y del NEO PI-R en Portugal, y en Brasil, entre las escalas del MIPS y del IFP.

b) *ISRA, RES y Cuestionario de Dolencias Físicas*

Se ha calculado el alfa de Cronbach del ISRA, del RES y del Cuestionario de Dolencias Físicas para las muestras portuguesa y brasileña. En el caso del ISRA, se ha calculado el alfa de Cronbach para la muestra española también, puesto que la versión reducida del instrumento que se ha utilizado todavía no está publicada.

### 5.5.2 – Estudio 2: Relaciones entre personalidad y salud

Los análisis se han llevado a cabo por separado para cada país. En primer lugar se calculó el coeficiente de correlación de Pearson entre las variables de personalidad (los factores del NEO en la muestra española y las escalas del MIPS en las muestras portuguesa y brasileña) y el Índice Global de Salud Física/Psicológica. Este índice se ha calculado sumando las puntuaciones en salud física y en salud psicológica. Las puntuaciones en salud física son resultantes de la suma de las variables “Dolencias Físicas” y “Salud Percibida”. Las puntuaciones en salud psicológica provienen de la suma de las variables “Ansiedad”, “Autoestima” y “Satisfacción Personal”. En este caso, se tuvo que cambiar la dirección de los ítems que miden Ansiedad (ISRA) y Dolencias Físicas (Cuestionario de Dolencias Físicas), de modo que las puntuaciones altas en ambas variables representasen menos Ansiedad y Dolencias, respectivamente. Como consecuencia, a más alta puntuación en el Índice Global de Salud Física/Psicológica, más salud. Tras el cálculo de las correlaciones, se ha señalado el tamaño del efecto según lo establecido por Cohen (1977).

Para concluir el análisis de las relaciones entre personalidad y salud, se ha comparado el perfil de personalidad de dos grupos extremos según el estado de salud. Los grupos de “buena” y “mala” salud se han configurado a partir de las puntuaciones en Ansiedad, Autoestima, Satisfacción Personal, Dolencias Físicas y Salud Percibida. El procedimiento consistió en recodificar las puntuaciones, estableciendo tres puntos de corte para cada variable según los percentiles, es decir: del percentil 1 al 33 (Grupo 1), del percentil 34 al 66 (Grupo 2) y del percentil 65 al 99 (Grupo 3). El siguiente paso fue

sumar las puntuaciones de las cinco variables recodificadas. A partir de esta suma, se han creado tres grupos, de buena (del 0 al 7), mediana (del 8 al 11) y mala salud. (del 12 al 15).

Tras la configuración de los 3 grupos, se han analizado las diferencias de personalidad entre los dos grupos extremos, de buena y mala salud, a través del estadístico *t* de *Student* y se ha calculado el estadístico *d* para verificar el tamaño del efecto (Cohen, 1977).

### **5.5.3 – Estudio 3: Diferencias según sexo/género, situación laboral y cultura/nación en las relaciones entre personalidad y salud**

Para analizar las diferencias de sexo y situación laboral en las relaciones entre personalidad y salud, se han replicado los análisis correlacionales realizados en el Estudio 2, pero separados por sexo y por situación laboral para cada muestra estudiada. Primeramente, se han calculado las correlaciones para mujeres y hombres por separado, con el fin de analizar las diferencias de sexo; y en segundo lugar, se han calculado los coeficientes *r* para cada grupo de sujetos según su situación laboral (amas de casa, mujeres empleadas, mujeres en paro, hombres empleados y hombres en paro). Al igual que se ha hecho con los análisis correlacionales del Estudio 2 se ha señalado el tamaño del efecto de cada correlación según lo establecido por Cohen (1977).

## Capítulo 6

### Resultados

## 6 – Resultados

Los resultados se presentarán por separado, de acuerdo con cada uno de los tres estudios de esta investigación. En la primera parte (Estudio 1) se presentan los análisis previos (consistencia interna, validez interna y validez externa/convergente), que permiten comprobar si los instrumentos reúnen las condiciones psicométricas necesarias para su uso como medida de las variables y poder así seguir con los análisis siguientes, referentes a los estudios foco de la investigación.

En la segunda parte (Estudio 2) se analizan las relaciones entre personalidad y salud para cada una de las muestras utilizadas (española, portuguesa y brasileña) con el objetivo de: a) identificar cuáles son las variables de personalidad que se relacionan significativamente con salud física/psicológica, su tamaño del efecto y en que sentido (relaciones directas o inversas); y b) analizar el perfil de personalidad de los grupos extremos respecto al estado de salud, es decir, un grupo con buena salud y otro con mala salud.

Por último, en el Estudio 3 se repiten los análisis correlacionales realizados en el Estudio 2 para cada país, pero separados por sexo, en un primer momento, y de acuerdo a la situación laboral, en un segundo momento, con el objetivo de verificar si el sexo/género y la situación laboral modulan las relaciones entre personalidad y salud.

## 6.1 – Estudio 1: Análisis psicométrico de los instrumentos

A continuación se presentan los análisis psicométricos realizados para el MIPS en las muestras portuguesa y brasileña y para los demás instrumentos (ISRA, RES y Cuestionario de Dolencias Físicas) en las tres muestras (española, portuguesa y brasileña).

### 6.1.1 – MIPS: Inventario de Estilos de Personalidad de Millon

Para comprobar si el MIPS reúne las propiedades psicométricas para su uso como medida de la personalidad en las muestras portuguesa y brasileña, se han realizado tres tipos de análisis: a) el de la consistencia interna, para lo que se calculó el alfa de Cronbach y los índices del procedimiento de las dos mitades; b) la validez interna, para lo que se calcularon las correlaciones entre las escalas del MIPS, teniendo en cuenta que estas están superpuestas<sup>1</sup>; y c) la validez externa/convergente, para lo que se calcularon las correlaciones de las escalas del MIPS y de otro instrumento de medida de la personalidad, en Portugal el NEO PI-R y en Brasil el IFP.

Cabe señalar que Millon, en la versión revisada del MIPS, publicada recientemente en los Estados Unidos de América (Millon, 2004a), cambia el nombre de las escalas del instrumento. No obstante, considerando que este es el único cambio que hace, manteniendo todo lo demás como en la versión original (es decir, los mismos ítems del cuestionario así como la estructura de las escalas), se decidió mantener el nombre original de las escalas, traducidas en la adaptación española (Millon, 2001a).

---

<sup>1</sup> La inclusión de los mismos ítems en dos o más escalas del MIPS determina que haya entre éstas cierta superposición.

Teniendo en cuenta que se trata de la adaptación de un instrumento, es esperable que los índices de fiabilidad obtenidos en este estudio sean más bajos que los presentados por Millon en la versión original y semejantes a los encontrados en la adaptación española, lo que se confirma en los datos que se presentan a continuación.

Como se podrá comprobar, al igual que en la versión original (Millon, 1994a, 2004a) y en la adaptación española (Millon, 2001a), los índices de fiabilidad calculados por el procedimiento de las dos mitades, son ligeramente superiores a los establecidos por el procedimiento alfa, tanto en la muestra portuguesa como en la brasileña.

#### **6.1.1.1 – Versión portuguesa**

##### *a) Consistencia interna*

Para el cálculo de la fiabilidad o consistencia interna se ha utilizado el coeficiente *alfa* de Cronbach; en este caso, se ha empleado el coeficiente de Kuder Richardson, un caso especial del coeficiente *alfa* para datos dicotómicos (Martínez-Arias, 1995). Además, se ha calculado la consistencia interna a través del procedimiento de las dos mitades, que ha consistido en la asignación aleatoria de los elementos a las dos mitades de cada escala del test. A la hora de realizar el cálculo de la fiabilidad por el procedimiento de las dos mitades y para considerar el modo en el que se distribuyen los elementos entre ellas, se han realizado 15 divisiones en dos mitades diferentes para cada escala. Este es el procedimiento que utiliza Millon para solventar el problema del peso diferencial de los 180 elementos (Millon, 1994a, 2004a). El objetivo es seleccionar aquella

combinación cuyas mitades no sean muy diferentes en variabilidad. Se ha tomado el valor más alto de la combinación en el que las varianzas de las dos mitades eran iguales.

**Tabla 6.1 – Coeficientes de fiabilidad de las escalas del MIPS en la muestra de adultos portugueses**

	Coeficiente alfa			Dos Mitades		
	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
1A – Expansión	0,76	0,73	0,78	0,82	0,80	0,84
1B – Preservación	0,83	0,81	0,84	0,89	0,85	0,89
2A – Modificación	0,78	0,81	0,76	0,84	0,85	0,84
2B – Adecuación	0,78	0,79	0,76	0,82	0,85	0,82
3A – Individualidad	0,62	0,63	0,62	0,72	0,74	0,72
3B – Protección	0,72	0,72	0,72	0,81	0,77	0,81
4A – Extraversión	0,81	0,81	0,81	0,86	0,88	0,86
4B – Introversión	0,74	0,74	0,74	0,79	0,80	0,80
5A – Sensación	0,64	0,64	0,66	0,77	0,73	0,77
5B – Intuición	0,63	0,67	0,60	0,72	0,76	0,72
6A – Pensamiento	0,65	0,67	0,60	0,69	0,73	0,69
6B – Sentimiento	0,72	0,72	0,71	0,78	0,78	0,78
7A – Sistematización	0,81	0,83	0,80	0,86	0,90	0,84
7B – Innovación	0,69	0,68	0,70	0,77	0,75	0,79
8A – Retraimiento	0,76	0,79	0,75	0,84	0,85	0,83
8B – Sociabilidad	0,83	0,84	0,83	0,86	0,86	0,88
9A – Indecisión	0,85	0,82	0,87	0,87	0,86	0,89
9B – Decisión	0,78	0,77	0,79	0,82	0,83	0,83
10A – Discrepancia	0,66	0,66	0,66	0,71	0,73	0,74
10B – Conformismo	0,79	0,80	0,79	0,84	0,84	0,84
11A – Sumisión	0,66	0,66	0,66	0,71	0,70	0,72
11B – Dominio	0,61	0,62	0,60	0,72	0,73	0,72
12A – Descontento	0,72	0,71	0,73	0,76	0,74	0,80
12B – Aquiescencia	0,64	0,66	0,62	0,72	0,76	0,72
<b>Promedio</b>	<b>0,73</b>	<b>0,73</b>	<b>0,73</b>	<b>0,79</b>	<b>0,79</b>	<b>0,80</b>

En la Tabla 6.1 se presentan los coeficientes de fiabilidad obtenidos a través del coeficiente alfa y el procedimiento de las dos mitades de cada una de las escalas obtenidas en la muestra de adultos portugueses.

Los índices de fiabilidad alfa en la muestra total, en la de hombres y en la de mujeres presentan un promedio de 0,73. Los índices oscilan entre 0,61 (**Dominio**) y 0,85 (**Indecisión**) en la muestra total, 0,60 (**Intuición**, **Pensamiento** y **Dominio**) y 0,87 (**Indecisión**) en la submuestra de mujeres, y 0,62 (**Dominio**) y 0,84 (**Sociabilidad**) en la

submuestra de hombres. Si se comparan estos datos con los encontrados en población estadounidense y española, Millon (1994a, 2004a) en el cuestionario original (E.E.U.U.) encontró un coeficiente alfa promedio de 0,78 para la muestra total, registrándose un valor mínimo de 0,69 en la escala **Innovación** y un valor máximo de 0,85 en la escala **Indecisión**. En la adaptación española, el promedio encontrado en la muestra total de adultos es de 0,72 (Millon, 2001a).

Respecto al coeficiente del procedimiento de las dos mitades (estadístico de Guttman), los índices oscilan entre 0,69 (**Pensamiento**) y 0,89 (**Preservación**) con un promedio de 0,79, tanto en la muestra total como en la submuestra de hombres, y 0,80 en la submuestra de mujeres. La fiabilidad promedio para la muestra de adultos total, encontrada por Millon (1994a, 2004a) en población estadounidense fue 0,82, con resultados que iban desde 0,75 para las escalas **Sensación** e **Intuición** hasta 0,87 para las escalas **Modificación** e **Indecisión**. En la versión española del MIPS para esta población (adulta), se encontró un promedio de 0,77 en la muestra total (Millon, 2001a).

#### *b) Validez interna*

En la Tabla 6.2 se presenta la matriz correlacional de las escalas del MIPS, teniendo en cuenta que las escalas están superpuestas. Al igual que en el cuestionario original, se observaron correlaciones positivas elevadas entre constructos teóricamente relacionados (por ejemplo, **1B-Preservación** e **9A-Indecisión**,  $r = 0,81$ ), correlaciones negativas elevadas entre constructos teóricamente discordantes (por ejemplo, **1A-Expansión** y **1B-Preservación** =  $r = -0,84$ ) y correlaciones muy próximas o iguales a cero entre

constructos teóricamente no relacionados (por ejemplo, **5A-Sensación** y **11B-Dominio**,  $r = 0,00$ ).

*c) Validez externa/convergente*

En la Tabla 6.3 se presentan las correlaciones entre la versión portuguesa del MIPS y la versión portuguesa estandarizada del NEO PI-R (Costa & McCrae, 2000) en la muestra de universitarios portugueses, con el fin de comprobar la validez externa/convergente del instrumento. Como se puede observar, la pauta de correlaciones es semejante a la encontrada por el Millon (Millon, 1994a; 2004a) en una muestra de 30 participantes de la población estadounidense (Ver Tabla 5.1, Capítulo 5).

Los resultados de las correlaciones entre algunas escalas del MIPS y el factor **Neuroticismo** sugieren un factor general de inadaptación: las personas que obtienen una puntuación elevada en el factor **Neuroticismo** del NEO es probable que obtengan también una puntuación elevada en las escalas **Preservación** ( $r = 0,69$ ), **Indecisión** ( $r = 0,57$ ) y **Descontento** ( $r = 0,52$ ). En lo que se refiere al factor **Extraversión** del NEO, se constata una correlación muy alta con las escalas **Sociabilidad** ( $r = 0,60$ ) y **Extraversión** ( $r = 0,70$ ) del MIPS. El factor **Apertura** del NEO tiene una correlación moderada ( $r = 0,30$ ) con la escala **Intuición** del MIPS y una correlación inversa ( $r = -0,36$ ) con la escala **Sensación**. El factor **Amabilidad** del NEO tiene una correlación máxima ( $r = 0,58$ ) con la escala **Aquiescencia** y una correlación inversa con las escalas **Dominio** ( $r = -0,46$ ) e **Individualidad** ( $r = -0,43$ ).

**Tabla 6.2 – Matriz de correlaciones entre las escalas del MIPS en la muestra total de adultos portugueses (puntuaciones directas)**

	1A	1B	2A	2B	3A	3B	4A	4B	5A	5B	6A	6B	7A	7B	8A	8B	9A	9B	10A	10B	11A	11B	12A	12B	
1A																									
1B	-0,84																								
2A	0,53	-0,37																							
2B	-0,55	0,57	-0,76																						
3A	0,11	-0,06	0,37	-0,13																					
3B	0,17	0,04	0,23	0,07	-0,42																				
4A	0,63	-0,52	0,61	-0,51	0,06	0,34																			
4B	-0,59	0,62	-0,39	0,50	0,08	-0,16	-0,83																		
5A	0,23	-0,08	0,33	-0,25	0,01	0,24	0,07	-0,04																	
5B	-0,30	0,40	-0,07	0,33	0,20	0,06	0,03	0,20	-0,61																
6A	0,15	-0,07	0,35	-0,20	0,42	-0,22	-0,02	0,12	0,30	-0,20															
6B	-0,20	0,41	-0,07	0,34	-0,16	0,65	0,14	0,07	-0,14	0,58	-0,48														
7A	0,43	-0,28	0,69	-0,63	0,06	0,29	0,33	-0,23	0,58	-0,38	0,34	-0,14													
7B	-0,01	0,05	0,08	0,13	0,37	-0,09	0,29	-0,09	-0,48	0,69	-0,14	0,36	-0,49												
8A	-0,61	0,60	-0,44	0,52	0,12	-0,21	-0,79	0,81	-0,03	0,15	0,25	-0,02	-0,28	-0,10											
8B	0,62	-0,51	0,76	-0,61	0,26	0,22	0,84	-0,65	0,11	0,02	0,18	0,04	0,44	0,28	-0,70										
9A	-0,79	0,81	-0,50	0,61	-0,08	-0,12	-0,74	0,76	-0,11	0,23	-0,07	0,20	-0,35	-0,07	0,66	-0,71									
9B	0,65	-0,57	0,74	-0,69	0,36	0,11	0,63	-0,49	0,22	-0,11	0,37	-0,15	0,50	0,16	-0,48	0,81	-0,76								
10A	-0,44	0,51	-0,14	0,43	0,48	-0,27	-0,25	0,41	-0,22	0,50	0,15	0,18	-0,41	0,51	0,46	-0,18	0,44	-0,20							
10B	-0,43	-0,18	0,60	-0,42	0,01	0,50	0,34	-0,17	0,69	-0,31	0,32	0,08	0,79	-0,40	-0,22	0,41	-0,29	0,45	-0,39						
11A	-0,66	0,71	-0,43	0,60	-0,16	0,05	-0,38	0,48	-0,15	0,36	-0,09	0,34	-0,40	0,13	0,47	-0,44	0,68	-0,58	0,54	-0,25					
11B	0,24	-0,20	0,49	-0,32	0,63	-0,22	0,27	-0,12	0,00	0,15	0,50	-0,19	0,12	0,41	-0,05	0,48	-0,31	0,61	0,31	0,03	-0,33				
12A	-0,61	0,71	-0,18	0,47	0,24	-0,15	-0,36	0,51	-0,08	0,40	0,16	0,22	-0,27	0,25	0,57	-0,31	0,60	-0,34	0,67	-0,16	0,64	0,11			
12B	-0,09	0,18	-0,29	0,28	-0,68	0,63	-0,04	0,02	0,15	-0,05	-0,47	0,48	0,06	-0,34	-0,04	-0,24	0,19	-0,39	-0,33	0,26	0,26	-0,73	-0,18		

Nota: sombreado en naranja:  $p < 0,01$ ; sombreado en morado:  $p < 0,05$ ; sombreado en verde: no son significativos.

**Tabla 6.3 – Correlaciones entre las escalas del MIPS y las del NEO PI-R en la muestra de universitarios portugueses**

	Neuroticismo	Extraversión	Apertura	Amabilidad	Responsabilidad
1A – Expansión	-0,60	0,53	0,30	0,04	0,30
1B – Preservación	0,69	-0,40	-0,21	-0,01	-0,36
2A – Modificación	-0,25	0,40	0,16	-0,06	0,39
2B – Adecuación	0,33	-0,37	-0,22	0,15	-0,41
3A – Individualidad	-0,05	0,18	-0,03	-0,43	-0,07
3B – Protección	0,07	0,10	0,13	0,41	0,01
4A – Extraversión	-0,24	0,70	0,35	0,02	0,05
4B – Introversión	0,23	-0,40	-0,21	-0,11	-0,06
5A – Sensación	-0,21	-0,14	-0,36	0,15	0,26
5B – Intuición	0,43	0,18	0,30	-0,16	-0,38
6A – Pensamiento	-0,32	-0,16	-0,23	-0,15	0,22
6B – Sentimiento	0,39	0,15	0,13	0,16	-0,28
7A – Sistematización	-0,42	0,08	0,02	0,17	0,67
7B – Innovación	0,32	0,42	0,33	-0,34	-0,48
8A – Retraimiento	0,11	-0,21	-0,10	-0,11	-0,02
8B – Sociabilidad	-0,31	0,60	0,25	-0,14	0,21
9A – Indecisión	0,57	-0,53	-0,22	0,05	-0,27
9B – Decisión	-0,49	0,49	0,19	-0,22	0,35
10A – Discrepancia	0,42	-0,13	-0,11	-0,34	-0,50
10B – Conformismo	-0,29	0,08	-0,10	0,22	0,48
11A – Sumisión	0,54	-0,38	-0,17	0,08	-0,40
11B – Dominio	-0,24	0,29	0,07	-0,46	0,19
12A – Descontento	0,52	-0,28	-0,17	-0,24	-0,37
12B – Aquiescencia	0,10	-0,15	-0,02	0,58	0,01

Nota: sombreado en verde: coeficientes de correlación medios o altos ( $r > 0,30$ ) y nivel de significación de  $p < 0,01$ .

Por último, el factor **Responsabilidad** del NEO tiene una correlación elevada ( $r = 0,67$ ) con la escala **Sistematización** y moderada con las escalas **Modificación** ( $r = 0,39$ ) y **Conformismo** ( $r = 0,48$ ) del MIPS.

Al igual que en la versión original, los datos de la versión portuguesa indican que hay una estrecha correspondencia entre las escalas del MIPS, desarrolladas a partir de bases teóricas, y los factores del NEO PI-R, obtenidos empíricamente. O sea, una o más de las escalas del MIPS presentan una correlación muy elevada con cada uno de los factores del NEO PI-R.

### 6.1.1.2 – Versión brasileña

Para la versión brasileña del MIPS, se han realizado los mismos análisis psicométricos realizados con la versión portuguesa del MIPS, que pasamos a describir.

#### a) Consistencia interna

En la Tabla 6.4 aparecen los coeficientes de fiabilidad obtenidos a través del coeficiente alfa y el procedimiento de las dos mitades de cada una de las escalas obtenidas en la muestra de adultos brasileños.

**Tabla 6.4 – Coeficientes de fiabilidad de las escalas del MIPS en la muestra de adultos brasileños**

	Coeficiente alfa			Dos Mitades		
	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
1A – Expansión	0,77	0,75	0,78	0,80	0,83	0,82
1B – Preservación	0,82	0,81	0,84	0,85	0,85	0,86
2A – Modificación	0,71	0,67	0,73	0,78	0,76	0,79
2B – Adecuación	0,72	0,72	0,71	0,75	0,75	0,75
3A – Individualidad	0,69	0,65	0,70	0,76	0,76	0,75
3B – Protección	0,64	0,60	0,67	0,68	0,68	0,71
4A – Extraversión	0,78	0,80	0,77	0,83	0,86	0,82
4B – Introversión	0,70	0,70	0,70	0,73	0,74	0,79
5A – Sensación	0,54	0,50	0,55	0,64	0,60	0,66
5B – Intuición	0,55	0,61	0,49	0,64	0,67	0,63
6A – Pensamiento	0,73	0,54	0,77	0,74	0,65	0,81
6B – Sentimiento	0,70	0,70	0,77	0,77	0,77	0,76
7A – Sistematización	0,77	0,76	0,77	0,80	0,81	0,83
7B – Innovación	0,52	0,54	0,51	0,64	0,73	0,62
8A – Retraimiento	0,75	0,73	0,76	0,78	0,78	0,78
8B – Sociabilidad	0,80	0,80	0,79	0,81	0,86	0,81
9A – Indecisión	0,84	0,85	0,83	0,88	0,89	0,87
9B – Decisión	0,79	0,76	0,80	0,82	0,79	0,84
10A – Discrepancia	0,60	0,63	0,57	0,67	0,71	0,63
10B – Conformismo	0,73	0,68	0,76	0,76	0,75	0,77
11A – Sumisión	0,69	0,70	0,70	0,74	0,79	0,74
11B – Dominio	0,68	0,60	0,73	0,76	0,70	0,79
12A – Descontento	0,73	0,74	0,73	0,80	0,83	0,78
12B – Aquiescencia	0,70	0,63	0,73	0,72	0,74	0,79
<b>Promedio</b>	<b>0,71</b>	<b>0,69</b>	<b>0,72</b>	<b>0,76</b>	<b>0,76</b>	<b>0,77</b>

Los índices de fiabilidad alfa que aparecen en la Tabla 6.4 en la muestra total presentan un promedio de 0,71 y oscilan entre 0,52 (**Innovación**) y 0,84 (**Indecisión**). Según sexo, la fiabilidad media es 0,72 para las mujeres y 0,69 para los varones. Confrontando estos datos con los encontrados en población estadounidense y española, Millon (1994a, 2004a), en el cuestionario original (E.E.U.U.), encontró, en la muestra de adultos, un coeficiente alfa promedio de 0,77, registrándose un valor mínimo de 0,69 en la escala **Innovación** y un valor máximo de 0,85 en la escala **Indecisión**. Considerando los sexos por separado, el coeficiente promedio fue 0,76 para las mujeres y 0,77 para los varones. En la adaptación española, se encontró un promedio de 0,72 en la muestra total de adultos (Millon, 2001a). En todas las poblaciones estudiadas (estadounidense, española, portuguesa y brasileña), la escala **Indecisión** es la que presenta el coeficiente alfa más alto.

En cuanto a los índices de fiabilidad por el método de las dos mitades, los índices de fiabilidad promedio (estadístico de Guttman) en la muestra de adultos brasileños oscilan entre 0,64 (**Sensación, Intuición e Innovación**) y 0,88 (**Indecisión**) con un promedio de 0,76 en la muestra total y en la submuestra de hombres, y de 0,77 en la submuestra de mujeres. La fiabilidad promedio para la muestra de adultos total estadounidense encontrada por Millon (1994a, 2004a) fue de 0,82, con resultados que iban desde 0,75 para las escalas **Sensación e Intuición** hasta 0,87 para las escalas **Modificación e Indecisión**. En la versión española del MIPS (Millon, 2001a), se encontró un promedio de 0,77 en la muestra total. En el caso de los coeficientes de fiabilidad obtenidos a través de este procedimiento, la escala **Indecisión**, en las cuatro poblaciones estudiadas (estadounidense, española, portuguesa y brasileña), sigue siendo la que presenta el valor más alto.

*b) Validez interna*

En la Tabla 6.5 presentamos la matriz correlacional de las escalas del MIPS, teniendo en cuenta que las escalas están superpuestas. Al igual que en el cuestionario original y en la muestra portuguesa de este estudio, se observaron correlaciones positivas elevadas entre constructos teóricamente relacionados (por ejemplo, **1B-Preservación** y **9A-Indecisión**,  $r = 0,80$ ), correlaciones negativas elevadas entre constructos teóricamente discordantes (por ejemplo, **1A-Expansión** y **1B-Preservación** =  $r = -0,81$ ) y correlaciones muy próximas o iguales a cero entre constructos teóricamente no relacionados (por ejemplo, **5B-Intuición** y **9B-Decisión**,  $r = 0,00$ ).

*c) Validez externa/convergente*

En la Tabla 6.6 se presentan las correlaciones entre las escalas del MIPS y del IFP. Considerando que en el IFP hay más escalas (15 en total), es esperable que las correlaciones con las escalas del MIPS se distribuyan entre más escalas, y no se concentren en factores específicos como es el caso del NEO PI-R, como se ha visto con la muestra portuguesa. Lo mismo ocurre en la versión original (Millon, 1994a, 2004a) cuando Millon compara las escalas del MIPS con el 16 PF (16 escalas en total). En todo caso, se verifican relaciones significativas, tanto directas como inversas, con constructos relacionados, como es el caso de la escala **3A-Individualidad** del MIPS con las escalas *Dominio* ( $r = 0,28$ ), *Denegação* ( $r = -0,25$ ), *Desempenho* ( $r = 0,31$ ), *Agressao* ( $r = 0,25$ ), *Autonomia* ( $r = 0,47$ ) y *Heterossexualidade* ( $r = 0,31$ ). Otro ejemplo es el caso de la escala **11B-Dominio** del MIPS, que correlaciona

**Tabla 6.5 – Matriz de correlaciones entre las escalas del MIPS en la muestra total de adultos brasileños (puntuaciones directas)**

	1A	1B	2A	2B	3A	3B	4A	4B	5A	5B	6A	6B	7A	7B	8A	8B	9A	9B	10A	10B	11A	11B	12A	12B	
1A																									
1B	-0,81																								
2A	0,53	-0,37																							
2B	-0,61	0,64	-0,65																						
3A	-0,25	-0,13	0,55	-0,21																					
3B	0,00	0,17	0,00	0,18	-0,45																				
4A	0,56	-0,50	0,57	-0,48	0,14	0,27																			
4B	-0,53	0,63	-0,28	0,58	0,08	-0,10	-0,77																		
5A	0,18	-0,04	0,19	-0,01	0,06	0,17	0,00	0,03																	
5B	-0,15	0,32	0,02	0,18	0,14	0,14	0,09	0,13	-0,57																
6A	0,10	-0,02	0,37	-0,07	0,52	-0,28	-0,05	0,26	0,22	-0,09															
6B	-0,19	0,39	-0,12	0,34	-0,33	0,75	0,13	0,01	0,02	0,44	-0,51														
7A	0,42	-0,31	0,60	-0,50	0,15	0,10	0,26	-0,17	0,41	-0,24	0,28	-0,11													
7B	0,04	0,07	0,23	-0,01	0,32	0,04	0,40	-0,11	-0,32	0,59	-0,03	0,28	-0,38												
8A	-0,54	0,58	-0,42	0,54	0,05	-0,21	-0,79	0,79	-0,01	0,13	0,24	-0,06	-0,25	-0,16											
8B	0,54	-0,42	0,77	-0,53	0,36	0,17	0,78	-0,51	0,09	0,10	0,21	0,05	0,43	0,32	-0,66										
9A	-0,75	0,80	-0,46	0,65	-0,19	0,08	-0,68	0,75	-0,03	0,15	-0,01	0,23	-0,31	-0,10	0,63	-0,59									
9B	0,60	-0,50	0,70	-0,65	0,48	-0,08	0,56	-0,44	0,10	0,00	0,32	-0,20	0,44	0,21	-0,45	0,77	-0,72								
10A	-0,38	0,48	-0,06	0,43	0,46	-0,16	-0,26	0,49	-0,07	0,36	0,28	0,05	-0,29	0,40	0,46	-0,12	0,44	-0,14							
10B	0,32	-0,07	0,50	-0,18	0,08	0,34	0,20	0,00	0,57	-0,20	0,36	0,11	0,69	-0,30	-0,11	0,43	-0,13	0,36	-0,24						
11A	-0,67	0,74	-0,44	0,66	-0,28	0,25	-0,41	0,53	-0,11	0,29	-0,03	0,36	-0,31	0,05	0,50	-0,38	0,72	-0,57	0,47	-0,09					
11B	0,27	-0,18	0,55	-0,30	0,73	-0,30	0,21	-0,03	0,07	0,09	0,53	-0,29	0,14	0,33	-0,05	0,43	-0,28	0,61	0,30	0,07	-0,40				
12A	-0,50	0,65	-0,09	0,45	0,21	0,01	-0,36	0,60	0,01	0,29	0,22	0,16	-0,12	0,16	0,54	-0,17	0,60	-0,21	0,66	0,00	0,60	0,15			
12B	-0,04	0,09	-0,41	0,30	-0,73	0,62	0,02	-0,13	0,08	-0,05	-0,54	0,52	-0,06	-0,25	-0,09	-0,22	0,11	-0,45	-0,38	0,13	0,25	-0,78	-0,22		

Nota: sombreado en naranja:  $p < 0,01$ ; sombreado en lila:  $p < 0,05$ ; sombreado en verde: no son significativos.

**Tabla 6.6 – Correlaciones entre las escalas del MIPS y del IFP en la muestra de universitarios brasileños**

	Ass	Int	Afa	Def	Afi	Dom	Den	Des	Exi	Agr	Ord	Per	Mud	Aut	Het
1A	0,14	0,11	0,05	0,22	0,18	0,07	-0,24	0,13	-0,12	-0,21	0,14	0,02	0,25	0,12	0,18
1B	-0,04	0,00	0,09	-0,04	-0,07	0,06	0,32	0,05	0,22	0,24	-0,08	0,00	-0,09	-0,05	-0,02
2A	0,05	0,04	0,01	0,18	-0,07	0,28	-0,18	0,31	0,08	0,03	0,23	0,16	0,26	0,27	0,26
2B	0,00	-0,03	0,00	-0,10	0,12	-0,13	0,23	-0,16	0,11	0,13	-0,24	-0,26	-0,27	-0,13	-0,19
3A	-0,02	-0,11	0,00	0,04	-0,14	0,28	-0,25	0,31	0,15	0,25	-0,02	0,09	0,17	0,47	0,31
3B	0,30	0,30	0,12	0,22	0,06	-0,05	0,27	0,10	-0,02	-0,24	0,07	-0,02	0,07	-0,10	0,04
4A	0,01	0,09	-0,02	0,03	0,14	0,24	-0,05	0,13	0,16	0,02	0,09	0,10	0,33	0,09	0,15
4B	0,11	0,00	-0,02	0,09	0,13	-0,03	0,06	0,08	0,05	0,09	-0,09	-0,05	-0,24	0,11	-0,01
5A	-0,02	-0,06	-0,05	0,07	-0,09	-0,13	-0,02	-0,11	-0,24	-0,17	0,29	-0,01	-0,07	-0,14	-0,22
5B	0,12	0,12	0,03	0,15	0,00	0,14	0,16	0,20	0,30	0,14	-0,22	-0,02	0,16	0,18	0,24
6A	-0,05	-0,08	-0,20	0,18	0,04	0,26	-0,14	0,21	0,08	0,22	0,06	0,11	-0,02	0,23	0,13
6B	0,15	0,20	0,18	0,07	-0,02	-0,08	0,30	0,00	0,10	-0,16	-0,04	-0,09	0,08	-0,10	0,00
7A	0,07	0,03	-0,11	0,20	0,05	-0,09	-0,06	0,03	-0,26	-0,30	0,58	0,27	0,03	-0,02	-0,06
7B	0,01	0,07	0,12	-0,03	0,10	0,33	0,00	0,24	0,43	0,30	-0,24	-0,07	0,27	0,26	0,26
8A	-0,01	0,00	-0,10	0,07	0,01	-0,10	0,10	0,01	-0,07	0,10	-0,09	0,00	-0,30	0,07	-0,12
8B	0,10	0,05	0,05	0,12	-0,16	0,33	-0,20	0,32	0,16	-0,01	0,10	0,08	0,37	0,22	0,22
9A	0,03	-0,03	0,10	-0,08	0,18	-0,06	0,25	-0,01	0,17	0,16	-0,07	-0,05	-0,23	-0,09	-0,05
9B	0,03	0,00	-0,07	0,13	-0,10	0,27	-0,30	0,32	0,02	0,01	0,10	0,12	0,34	0,37	0,30
10A	0,00	-0,12	-0,07	-0,01	0,11	0,17	-0,06	0,15	0,36	0,39	-0,26	-0,15	-0,02	0,25	0,17
10B	0,11	0,06	-0,07	0,23	-0,07	-0,07	0,04	0,11	-0,17	-0,18	0,38	0,16	0,04	-0,01	-0,02
11A	-0,02	-0,05	0,08	0,00	-0,13	-0,04	0,17	0,01	0,21	0,18	-0,20	-0,10	-0,19	-0,05	-0,03
11B	-0,03	-0,09	-0,06	0,04	0,07	0,38	-0,24	0,30	0,23	0,37	-0,09	0,03	0,17	0,45	0,32
12A	-0,13	-0,05	0,01	-0,07	-0,13	0,11	0,13	0,08	0,28	0,39	-0,09	-0,06	-0,04	0,12	0,03
12B	0,16	0,15	0,03	0,10	0,00	-0,33	0,28	-0,14	-0,23	-0,43	0,08	-0,09	-0,11	-0,38	-0,25

Nota:

Ass = Assistência, Int = Intração, Afa = Afago, Def = Deferência, Afi = Afiliação, Dom = Dominância, Den = Denegação, Des = Desempenho, Exi = Exibição, Agr = Agressão, Ord = Ordem, Per = Persistência, Mud = Mudança, Aut = Autonomia y Het = Heterosexualidade.

Sombreado en verde: coeficientes de correlación medios o altos ( $r > 0,30$ ) y nivel de significación de  $p < 0,01$ .

Sombreado en naranja: coeficientes de correlación bajos ( $r < 0,30$ ) y nivel de significación de  $0,01$ .

significativamente con las escalas *Dominio* ( $r = 0,38$ ), *Desempenho* ( $r = 0,30$ ), *Agressao* ( $r = 0,37$ ), *Autonomia* ( $r = 0,45$ ) y *Heterosexualidade* ( $r = 0,32$ ) del IFP.

### 6.1.2 – ISRA, RES y Cuestionario de Dolencias Físicas

En el caso del ISRA, del RES y del Cuestionario de Dolencias Físicas se ha calculado el coeficiente alfa, con el objetivo de analizar la consistencia interna de los instrumentos. Los resultados son presentados en la Tabla 6.7, para ambos sexos y para hombres y mujeres por separado. Centrándonos en los coeficientes alfa para ambos sexos, se puede comprobar que el coeficiente alfa encontrado para el ISRA fue de 0,89 en las muestras española y portuguesa y de 0,88 en la muestra brasileña. En el caso del RES, el coeficiente alfa es de 0,83 en la muestra española, 0,84 en la muestra portuguesa y de 0,81 en la muestra brasileña. Respecto al Cuestionario de Dolencias Físicas, los coeficientes alfa encontrados fueron de 0,79 para España y Portugal y de 0,76 para Brasil. En todo caso, a nivel global, los coeficientes encontrados son cercanos o superiores 0,80.

**Tabla 6.7 – Coeficiente alfa del ISRA, RES y Cuestionario de Dolencias Físicas en las muestras española, portuguesa y brasileña**

	España			Portugal			Brasil		
	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
ISRA	0,89	0,89	0,88	0,89	0,89	0,89	0,88	0,83	0,88
RES	0,83	0,83	0,83	0,84	0,82	0,86	0,81	0,83	0,83
CDF*	0,79	0,79	0,77	0,79	0,78	0,77	0,76	0,84	0,71

Nota: \*CDF – Cuestionario de Dolencias Físicas.

## **6.2 – Estudio 2: Relaciones entre personalidad y salud**

Tras comprobar que los instrumentos utilizados reúnen las propiedades psicométricas adecuadas para su uso como medida de las variables (Estudio 1), se ha pasado al Estudio 2, con el objetivo de analizar las relaciones existentes entre personalidad y salud en las muestras española, portuguesa y brasileña.

### **6.2.1 – Estadísticos descriptivos**

Antes de describir los análisis estadísticos foco de este estudio, se presentan los estadísticos descriptivos de las variables, según país, sexo y situación laboral en las Tablas 6.8 (España), 6.9 (Portugal) y 6.10 (Brasil). Como ya se ha comentado en el Capítulo 5 (punto 5.3), hay dos diferencias importantes en cuanto a las variables de la muestra española frente a las muestras portuguesa y brasileña. En primer lugar, se ha aplicado el NEO-FFI como medida de la personalidad en la muestra española, mientras que en las muestras portuguesa y brasileña se ha aplicado el MIPS. En segundo lugar, el Cuestionario de Dolencias Físicas aplicado en las muestras portuguesa y brasileña incluye seis dolencias más que el aplicado a la muestra española, por lo que las medias en esta variable para los grupos en España difieren substancialmente de las de Portugal y Brasil. Además, cabe resaltar que, teniendo en cuenta que no se dispone del grupo de amas de casa en la muestra portuguesa (ver Capítulo 5, punto 5.2.2.1.), no se ha incluido este grupo en las medias de “Mujeres en Total” y en “Ambos Sexos” para calcular los descriptivos de las variables en las muestras española y brasileña, de modo a que las medias fuesen comparables con las de la muestra portuguesa.

**Tabla 6.8 – Estadísticos descriptivos de las variables en la muestra española**

	Mujeres								Hombres						Ambos Sexos*	
	Todas*		Amas de Casa		Empleadas		En paro		Todos		Empleados		En Paro		Media	D.T.
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.		
Neuroticismo	22,97	8,28	23,55	7,97	22,75	8,11	23,20	8,53	20,88	7,55	19,30	7,14	22,46	7,66	21,93	7,99
Extraversión	31,60	7,36	28,39	9,09	31,84	6,83	31,30	7,85	29,74	7,68	29,98	6,99	29,50	8,34	30,66	7,57
Apertura	28,34	7,79	24,06	7,94	28,39	7,91	28,34	7,74	24,91	7,51	25,57	7,33	24,24	7,67	26,64	7,85
Amabilidad	27,71	6,25	27,38	6,71	27,84	6,11	27,56	6,44	25,55	5,99	26,20	5,20	24,90	6,66	26,63	6,21
Responsabilidad	31,04	6,67	28,52	7,21	32,20	6,17	29,90	7,00	29,53	6,96	30,77	6,58	28,29	7,13	30,29	6,86
Ansiedad	50,48	12,42	50,41	13,68	49,68	11,21	51,27	13,52	46,07	12,55	44,15	10,69	47,98	13,96	48,27	12,66
Autoestima	20,88	4,23	21,12	4,94	21,02	3,99	20,72	4,49	21,42	4,48	22,27	3,70	20,56	5,01	21,14	4,36
Satisfacción	7,09	1,45	7,70	1,58	7,49	1,33	6,69	1,47	7,28	1,70	8,10	1,15	6,45	1,77	7,18	1,58
Salud percibida	7,26	1,47	6,83	1,90	7,37	1,39	7,13	1,54	7,50	1,79	7,53	1,80	7,47	1,78	7,38	1,64
Dolencias físicas**	16,51	4,56	17,08	4,55	16,76	4,27	16,30	4,85	15,07	4,39	15,31	4,54	14,83	4,24	15,80	4,54
Salud Física/Psicológica	162,21	19,70	162,16	21,22	163,44	17,09	160,97	22,01	169,06	18,83	172,44	16,07	165,67	20,76	165,63	19,55

Nota: \*excepto las amas de casa.

**Tabla 6.9 – Estadísticos descriptivos de las variables en la muestra portuguesa**

	Mujeres						Hombres						Ambos Sexos	
	Todas		Empleadas		En paro		Todos		Empleados		En Paro		Media	D.T.
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.		
1A – Expansión	23,39	8,46	21,71	9,22	23,20	7,61	22,56	7,78	23,76	6,99	21,30	8,41	22,48	8,11
1B – Preservación	21,54	11,58	21,59	11,98	21,41	11,29	20,26	10,61	18,44	9,49	22,22	11,41	20,90	11,11
2A – Modificación	30,48	8,84	29,60	9,91	31,34	7,65	29,44	9,86	30,25	9,38	28,69	10,38	29,96	9,37
2B – Adecuación	20,53	10,32	20,79	11,04	20,30	9,68	22,33	11,08	20,65	10,46	24,01	11,58	21,43	10,73
3A – Individualidad	20,66	6,89	20,96	7,21	20,27	6,58	21,48	7,24	20,59	6,96	22,54	7,35	21,07	7,06
3B – Protección	34,05	7,94	32,64	9,05	35,54	6,41	32,07	8,13	31,96	8,03	32,11	8,22	33,06	8,08
4A – Extraversión	25,81	9,32	24,76	10,07	26,99	8,44	25,69	9,19	25,71	10,01	25,58	8,27	25,75	9,24
4B – Introversión	13,57	7,65	14,28	7,90	12,76	7,39	13,89	7,42	13,35	7,94	14,59	6,77	13,73	7,53
5A – Sensación	18,29	6,15	17,89	6,90	18,58	5,27	18,18	5,98	18,68	6,18	17,74	5,80	18,23	6,06
5B – Intuición	23,13	7,57	22,55	7,71	23,72	7,48	22,74	8,08	20,67	8,32	24,86	7,36	22,94	7,82
6A – Pensamiento	19,69	7,46	19,39	7,61	19,93	7,38	22,96	7,94	23,29	7,39	22,89	8,23	21,33	7,87
6B – Sentimiento	31,45	8,03	30,48	7,99	32,49	8,04	28,45	8,40	26,39	8,38	30,45	7,98	29,95	8,34
7A – Sistematización	38,79	10,90	37,63	12,07	40,03	9,56	37,05	11,81	38,73	10,91	35,39	12,57	37,92	11,38
7B – Innovación	26,75	9,09	26,33	9,76	27,15	8,46	26,71	8,83	24,47	8,06	29,04	9,07	26,73	8,94
8A – Retraimiento	21,37	9,54	21,60	9,75	20,96	9,33	22,09	10,31	20,75	10,14	23,68	10,23	21,73	9,92
8B – Sociabilidad	32,23	11,83	30,92	13,21	33,77	10,08	32,31	12,12	32,59	12,34	32,03	12,05	32,27	11,96
9A – Indecisión	22,71	12,71	24,07	13,41	21,18	11,88	22,10	11,16	20,77	10,83	23,42	11,49	22,41	11,95
9B – Decisión	31,02	10,93	30,24	11,73	31,80	10,17	31,85	10,53	32,71	9,91	31,18	11,01	31,44	10,72
10A – Discrepancia	24,27	8,14	24,63	8,52	23,84	7,83	25,29	8,40	23,11	6,92	27,65	9,12	24,78	8,27
10B – Conformismo	41,89	10,02	40,87	11,27	42,99	8,58	41,29	10,43	42,25	9,70	40,42	11,13	41,59	10,21
11A – Sumisión	19,22	8,05	19,51	8,94	18,91	7,16	20,31	8,19	18,64	7,96	22,08	8,13	19,77	8,12
11B – Dominio	23,20	7,06	22,97	7,72	23,30	6,30	24,61	6,99	24,80	6,86	24,51	7,15	23,90	7,05
12A – Descontento	25,44	9,61	25,01	9,71	25,77	9,59	26,53	9,12	25,08	8,35	28,30	9,35	25,99	9,37
12B – Aquiescencia	35,51	7,79	35,13	8,01	36,09	7,45	33,65	8,21	33,48	8,03	33,66	8,38	34,58	8,04
Ansiedad	49,00	13,74	47,63	13,80	50,31	13,71	43,49	11,79	41,71	9,49	45,38	13,60	46,25	13,07
Autoestima	21,92	4,72	21,76	4,90	22,05	4,58	22,33	4,46	23,53	3,99	21,03	4,53	22,13	4,58
Satisfacción	7,02	1,83	7,16	1,93	6,89	1,72	7,22	1,72	7,47	1,58	6,94	1,82	7,12	1,77
Salud percibida	7,02	1,75	7,21	1,77	6,86	1,71	7,20	1,77	7,33	1,66	7,04	1,88	7,11	1,76
Dolencias físicas	25,96	6,88	26,21	7,01	25,59	6,75	22,37	5,59	22,55	5,43	22,23	5,91	24,17	6,51
Salud Física/Psicológica	185,36	22,47	186,29	23,02	185,00	22,17	195,48	18,26	198,08	16,36	192,17	19,84	190,42	21,05

**Tabla 6.10 – Estadísticos descriptivos de las variables en la muestra brasileña**

	Mujeres								Hombres						Ambos Sexos*	
	Todas*		Amas de Casa		Empleadas		En paro		Todos		Empleados		En Paro		Media	D.T.
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.		
1A – Expansión	26,38	7,11	25,48	7,34	27,34	6,82	24,52	7,36	26,93	6,67	27,57	6,54	26,09	6,82	26,60	6,94
1B – Preservación	17,84	9,90	19,77	9,86	17,67	10,10	19,35	9,41	16,40	9,68	15,55	8,73	17,52	10,80	17,28	9,82
2A – Modificación	31,30	7,89	29,95	7,58	31,14	7,85	31,61	8,05	32,85	7,19	33,52	6,83	31,98	7,63	31,91	7,65
2B – Adecuación	17,57	8,52	21,70	7,26	16,95	8,52	18,78	8,47	17,04	8,68	16,09	8,35	18,30	9,04	17,36	8,57
3A – Individualidad	21,40	7,25	19,68	5,65	21,19	7,58	21,80	6,61	23,02	6,92	23,73	6,74	22,61	7,20	22,03	7,15
3B – Protección	34,67	6,78	36,77	5,53	34,54	6,39	34,93	7,52	33,25	6,56	32,78	7,22	33,86	5,60	34,11	6,72
4A – Extraversión	27,69	7,99	26,32	7,14	28,31	7,60	26,46	8,63	27,46	8,44	27,79	8,66	27,02	8,22	27,60	8,15
4B – Introversión	11,99	6,63	12,80	6,64	11,09	6,41	13,74	6,75	13,76	6,86	13,07	6,84	14,68	6,85	12,68	6,76
5A – Sensación	21,14	4,92	20,77	4,87	20,98	4,90	21,46	4,98	19,69	5,09	19,40	5,26	20,07	4,88	20,57	5,02
5B – Intuición	20,26	6,15	20,52	4,86	19,74	6,14	21,26	6,12	21,64	7,36	21,88	7,11	21,32	7,76	20,80	6,67
6A – Pensamiento	19,72	8,71	19,28	7,63	18,79	8,67	21,54	8,58	23,55	6,64	23,47	5,91	23,66	7,57	21,22	8,17
6B – Sentimiento	31,80	7,75	33,72	6,53	31,58	7,10	32,22	8,93	29,16	7,61	28,22	8,03	30,39	6,91	30,77	7,79
7A – Sistematización	41,21	9,05	38,98	9,41	40,70	9,25	42,19	8,64	40,89	9,16	40,83	8,87	40,98	9,64	41,08	9,07
7B – Innovación	25,01	7,08	24,38	6,64	25,17	7,25	24,69	6,79	25,87	7,17	26,40	5,80	25,41	8,70	25,38	7,12
8A – Retraimiento	19,66	9,36	21,92	8,57	17,91	8,54	23,06	10,01	20,36	9,10	20,07	9,26	20,75	9,04	19,93	9,25
8B – Sociabilidad	36,34	9,99	34,32	9,83	36,33	9,80	36,35	10,43	38,76	10,41	38,84	10,21	38,66	10,80	37,29	10,20
9A – Indecisión	16,51	10,38	18,72	10,38	15,57	10,62	18,33	9,72	17,41	10,92	16,62	10,19	18,45	11,85	16,86	10,58
9B – Decisión	35,81	9,75	32,50	9,11	35,92	10,41	35,57	8,42	38,67	8,92	37,05	9,14	36,64	8,72	36,22	9,43
10A – Discrepancia	22,36	6,94	22,32	6,23	21,30	6,51	24,44	7,34	23,44	7,35	22,95	6,29	24,09	8,59	22,79	7,11
10B – Conformismo	45,51	8,31	45,87	7,56	44,53	8,31	47,41	8,05	45,91	7,59	46,00	6,49	45,80	8,92	45,67	8,02
11A – Sumisión	16,92	7,63	17,48	7,36	15,16	6,88	20,35	7,92	17,96	8,00	17,10	7,72	19,09	8,32	17,33	7,78
11B – Dominio	23,87	7,70	22,80	5,97	24,46	7,89	22,72	7,25	23,97	6,66	24,21	6,57	23,66	6,84	23,91	7,30
12A – Descontento	25,56	8,70	27,15	8,31	23,86	8,78	28,87	7,61	25,59	8,89	24,72	6,92	26,73	10,95	25,57	8,76
12B – Aquiescencia	35,59	8,52	36,97	6,77	35,40	8,59	35,96	8,47	33,75	7,48	33,31	7,49	34,34	7,50	34,87	8,16
Ansiedad	47,24	14,30	48,82	12,17	45,87	12,65	49,91	16,86	39,95	10,46	39,83	9,62	40,11	11,59	44,39	13,39
Autoestima	22,51	4,46	21,43	4,63	22,92	4,38	21,68	4,55	22,99	4,30	22,19	4,08	22,73	4,61	22,69	4,40
Satisfacción	7,36	2,00	7,63	1,98	7,82	1,40	6,35	2,66	7,31	2,17	7,72	1,65	6,76	2,65	7,34	2,07
Salud percibida	7,62	1,79	7,33	1,86	7,67	1,71	7,52	1,94	8,04	1,74	7,75	1,78	8,42	1,63	7,79	1,78
Dolencias físicas	26,35	7,52	27,45	8,54	27,32	7,91	24,46	6,35	21,78	6,57	23,16	7,18	20,00	5,25	24,58	7,49
Salud Física/Psicológica	188,08	24,24	178,71	20,12	189,18	22,97	185,61	26,98	200,57	17,52	199,20	16,42	202,40	18,93	193,04	22,63

Nota: \*excepto las amas de casa.

La variable “Índice Global de Salud Física/Psicológica” se ha calculado sumando las puntuaciones en salud física y en salud psicológica. Las puntuaciones en salud física son resultantes de la suma de las variables “Dolencias Físicas” y “Salud Percibida”. Las puntuaciones en salud psicológica provienen de la suma de las variables “Ansiedad”, “Autoestima” y “Satisfacción Personal”. En este caso, se tuvo que cambiar la dirección de los ítems que miden Ansiedad (ISRA) y Dolencias Físicas (Cuestionario de Dolencias Físicas), de modo que las puntuaciones altas en ambas variables representasen menos Ansiedad y Dolencias, respectivamente. Como consecuencia, a más alta puntuación en el Índice Global de Salud Física/Psicológica, más salud.

### 6.2.2 – Análisis correlacional

Para analizar las relaciones entre personalidad y salud, se ha calculado el coeficiente de correlación de Pearson entre el Índice Global de Salud Física/Psicológica y las escalas del NEO, en la muestra española, y del MIPS, en las muestras portuguesa y brasileña. Sólo se han considerado las correlaciones con  $p < 0,0001$ , a las que se ha señalado el tamaño del efecto (T.E. a partir de ahora), de acuerdo a la correspondencia definida por Cohen (1977) para las ciencias del comportamiento, a saber:  $r = 0,10 \leftrightarrow d = 0,20$  (T.E. bajo),  $r = 0,30 \leftrightarrow d = 0,50$  (T.E. moderado) y  $r = 0,50 \leftrightarrow d = 0,80$  (T.E. alto).

En la Tabla 6.11 se presentan las correlaciones entre los factores del NEO y el Índice Global de Salud Física/Psicológica en la muestra española. Los datos indican una correlación negativa significativa con **Neuroticismo** ( $r = -0,70$ ,  $p = 0,000$ ), con un T.E. alto. No obstante, se han encontrado correlaciones significativas directas, con un T.E.

moderado, con **Extraversión** ( $r = 0,34, p = 0,000$ ) y **Responsabilidad** ( $r = 0,35, p = 0,000$ ). Las correlaciones con **Apertura** y **Amabilidad** no son significativas a nivel de 0,001.

**Tabla 6.11 – Correlaciones entre los factores del NEO y el Índice Global de Salud Física/Psicológica en la muestra de españoles\***

	Índice Global de Salud		Tamaño del Efecto
	<i>r</i>	<i>p</i>	
Neuroticismo	-0,70	0,000	Alto
Extraversión	0,34	0,000	Moderado
Apertura	0,10	0,052	-
Amabilidad	0,14	0,005	-
Responsabilidad	0,35	0,000	Moderado

Nota: \*no se incluyen las amas de casa. Sombreado en verde: tamaño del efecto alto ( $r > 0,50; d > 0,80$ ). Sombreado en naranja: tamaño del efecto moderado ( $r > 0,30; d > 0,50$ ).

En la Tabla 6.12 se presentan las correlaciones entre el Índice Global de Salud Física/Psicológica y las escalas del MIPS en la muestra portuguesa. En lo que se refiere a las escalas del área de las Metas Motivacionales (de la 1A a la 3B), se han encontrado correlaciones significativas directa con la escala **Expansión** ( $r = 0,54, p = 0,000$ , T.E. alto) e inversas con las escalas **Preservación** ( $r = -0,63, p = 0,000$  T.E. alto) y **Adecuación** ( $r = -0,31, p = 0,000$ , T.E. moderado). Respecto a las escalas que pertenecen al área de los Modos Cognitivos (de la 4A a la 7B), se ha encontrado correlación positiva con la escala **Extraversión** ( $r = 0,28, p = 0,000$ , T.E. bajo) y correlaciones negativas con las escalas **Introversión** ( $r = -0,38, p = 0,000$ , T.E. moderado), **Intuición** ( $r = -0,32, p = 0,000$ , T.E. moderado) y **Sentimiento** ( $r = -0,34, p = 0,000$ , T.E. moderado). Por último, en cuanto a las escalas del área de Comportamientos Interpersonales, han resultado significativas y directas las correlaciones con las escalas **Sociabilidad** ( $r = 0,30, p = 0,000$ , T.E. moderado), **Decisión** ( $r = 0,36, p = 0,000$ , T.E. moderado); e inversas con las escalas **Retraimiento**

( $r = -0,39, p = 0,000$ , T.E. moderado), **Indecisión** ( $r = -0,48, p = 0,000$  T.E. moderado), **Discrepancia** ( $r = -0,30, p = 0,000$ , T.E. moderado), **Sumisión** ( $r = -0,49, p = 0,000$ , T.E. moderado) y **Descontento** ( $r = -0,48, p = 0,000$  T.E. alto).

**Tabla 6.12 – Correlaciones entre las escalas del MIPS y el Índice Global de Salud Física/Psicológica en la muestra de portugueses**

	Índice Global de Salud		
	<i>r</i>	<i>p</i>	Tamaño del Efecto
1A – Expansión	0,54	0,000	Alto
1B – Preservación	-0,63	0,000	Alto
2A – Modificación	0,22	0,000	-
2B – Adecuación	-0,31	0,000	Moderado
3A – Individualidad	0,09	0,124	-
3B – Protección	-0,14	0,015	-
4A – Extraversión	0,28	0,000	Bajo
4B – Introversión	-0,38	0,000	Moderado
5A – Sensación	0,09	0,117	-
5B – Intuición	-0,32	0,000	Moderado
6A – Pensamiento	0,07	0,240	-
6B – Sentimiento	-0,34	0,000	Moderado
7A – Sistematización	0,18	0,002	-
7B – Innovación	-0,07	0,203	-
8A – Retraimiento	-0,39	0,000	Moderado
8B – Sociabilidad	0,30	0,000	Moderado
9A – Indecisión	-0,48	0,000	Moderado
9B – Decisión	0,36	0,000	Moderado
10A – Discrepancia	-0,30	0,000	Moderado
10B – Conformismo	0,14	0,018	-
11A – Sumisión	-0,49	0,000	Moderado
11B – Dominio	0,17	0,003	-
12A – Descontento	-0,48	0,000	Moderado
12B – Aquiescencia	-0,16	0,006	-

Nota: sombreado en verde: tamaño del efecto alto ( $r > 0,50$ ;  $d > 0,80$ ). Sombreado en naranja: tamaño del efecto moderado ( $r > 0,30$ ;  $d > 0,50$ ). Sombreado en lila: tamaño del efecto bajo ( $r > 0,10$ ;  $d > 0,20$ ).

Las correlaciones entre el Índice Global de Salud Física/Psicológica y las escalas del MIPS encontradas en la muestra brasileña se presentan en la Tabla 6.13. En lo que se refiere a las escalas del área de las Metas Motivacionales (de la 1A a la 3B), se han encontrado correlaciones significativas y positivas con las escalas **Expansión** ( $r = 0,54, p = 0,000$ ; T.E. alto) y **Modificación** ( $r = 0,33, p = 0,000$ , T.E. moderado); y negativas con las escalas **Preservación** ( $r = -0,58, p = 0,000$ , T.E. alto) y **Adecuación** ( $r = -0,46,$

$p = 0,000$ , T.E. moderado). Respecto a las escalas que conforman los Modos Cognitivos (de la 4A a la 7B), las correlaciones fueron significativas y positivas con las escalas **Extraversión** ( $r = 0,32$ ,  $p = 0,000$ , T.E. moderado) y **Sistematización** ( $r = 0,22$ ,  $p = 0,000$ , T.E. bajo); y negativas con las escalas **Introversión** ( $r = -0,34$ ,  $p = 0,000$ , T.E. moderado) y **Sentimiento** ( $r = -0,28$ ,  $p = 0,000$ , T.E. bajo). En cuanto a las escalas de los Comportamientos Interpersonales (de la 8A a la 12B), son significativas y directas las correlaciones con **Sociabilidad** ( $r = 0,36$ ,  $p = 0,000$ , T.E. moderado), **Decisión** ( $r = 0,39$ ,  $p = 0,000$ , T.E. moderado) y **Dominio** ( $r = 0,21$ ,  $p = 0,000$ , T.E. bajo); e inversas con **Retraimiento** ( $r = -0,37$ ,  $p = 0,000$ , T.E. moderado), **Indecisión** ( $r = -0,49$ ,  $p = 0,000$ , T.E. moderado), **Discrepancia** ( $r = -0,27$ ,  $p = 0,000$ , T.E. bajo), **Sumisión** ( $r = -0,47$ ,  $p = 0,000$ , T.E. moderado) y **Descontento** ( $r = -0,38$ ,  $p = 0,000$ , T.E. moderado).

Cabe resaltar que el patrón de las correlaciones encontrado en la muestra portuguesa es bastante semejante al encontrado en la muestra brasileña, tanto en cuanto a las escalas como en lo que respecta a la dirección, magnitud y tamaño del efecto de las correlaciones. Hay dos escalas que no correlacionan significativamente en ambos países. Por un lado, la escala **Intuición** presenta un coeficiente  $r$  significativo en la muestra portuguesa, pero no en la brasileña. Y por otro lado, la escala **Modificación** presenta una correlación significativa en la muestra brasileña, pero no en la portuguesa. En el Gráfico 6.1 son representadas las magnitudes de las correlaciones entre personalidad y salud, así como sus respectivos tamaños del efecto, encontradas en las muestras española, portuguesa y brasileña, de manera que se pueda apreciar de forma visual las semejanzas y diferencias encontradas.

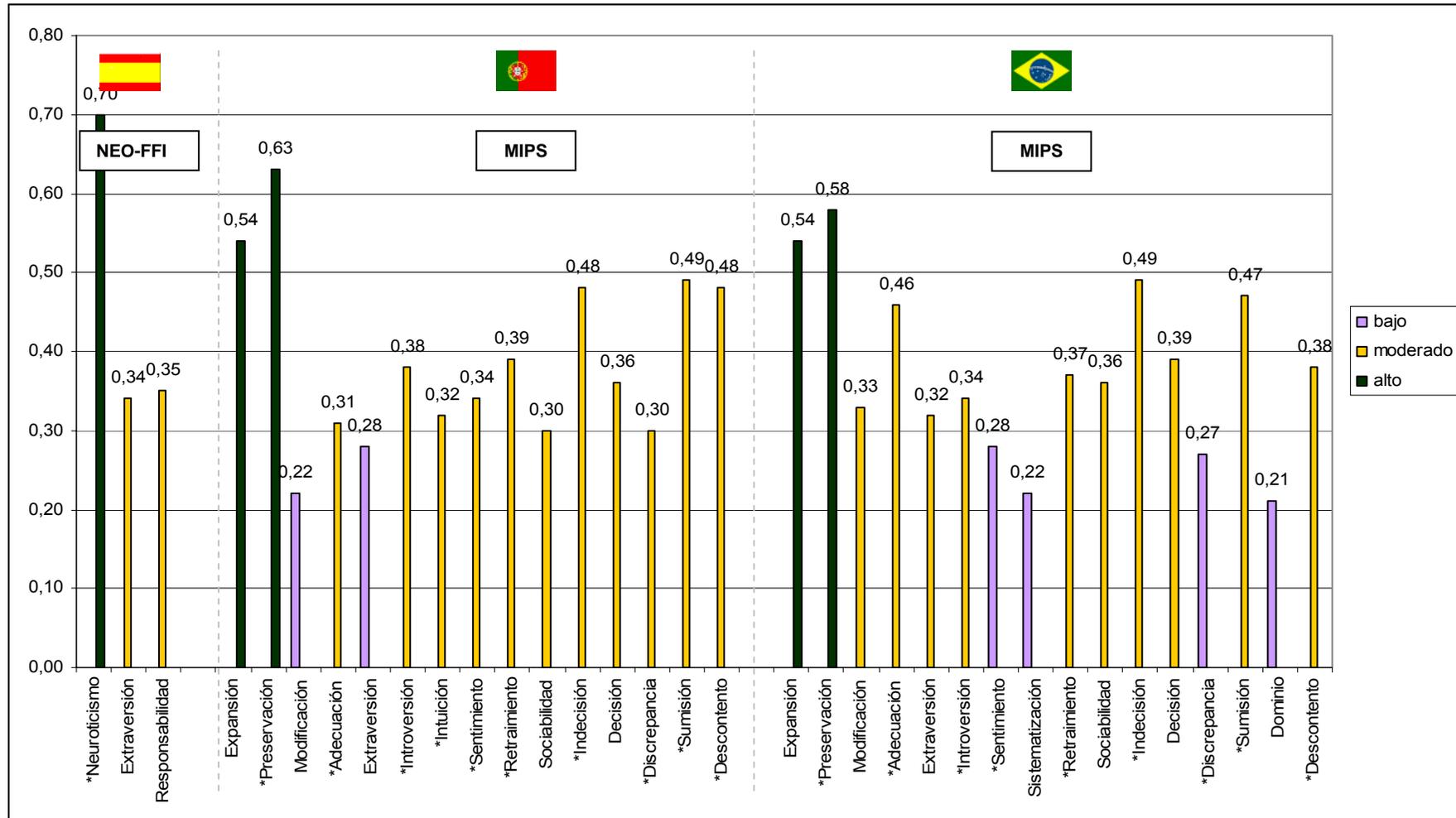
**Tabla 6.13 – Correlaciones entre las escalas del MIPS y el Índice Global de Salud Física/Psicológica en la muestra de brasileños\***

	Índice Global de Salud		
	<i>r</i>	<i>p</i>	Tamaño del Efecto
1A – Expansión	0,54	0,000	Alto
1B – Preservación	-0,58	0,000	Alto
2A – Modificación	0,33	0,000	Moderado
2B – Adecuación	-0,46	0,000	Moderado
3A – Individualidad	0,19	0,003	-
3B – Protección	-0,17	0,007	-
4A – Extraversión	0,32	0,000	Moderado
4B – Introversión	-0,34	0,000	Moderado
5A – Sensación	-0,02	0,697	-
5B – Intuición	-0,16	0,012	-
6A – Pensamiento	0,13	0,046	-
6B – Sentimiento	-0,28	0,000	Bajo
7A – Sistematización	0,22	0,001	Bajo
7B – Innovación	-0,02	0,806	-
8A – Retraimiento	-0,37	0,000	Moderado
8B – Sociabilidad	0,36	0,000	Moderado
9A – Indecisión	-0,49	0,000	Moderado
9B – Decisión	0,39	0,000	Moderado
10A – Discrepancia	-0,27	0,000	Bajo
10B – Conformismo	0,10	0,119	-
11A – Sumisión	-0,47	0,000	Moderado
11B – Dominio	0,21	0,001	Bajo
12A – Descontento	-0,38	0,000	Moderado
12B – Aquiescencia	-0,13	0,037	-

Nota: \*no se incluyen las amas de casa. Sombreado en verde: tamaño del efecto alto ( $r > 0,50$ ;  $d > 0,80$ ). Sombreado en naranja: tamaño del efecto moderado ( $r > 0,30$ ;  $d > 0,50$ ). Sombreado en lila: tamaño del efecto bajo ( $r > 0,10$ ;  $d > 0,20$ ).

No se ha podido realizar un análisis de regresión, que podría ser útil para indicar el porcentaje de varianza explicado por las variables de personalidad en conjunto, tomando el Índice Global de Salud Física/Psicológica como variable criterio, porque las variables del MIPS no son independientes, es decir están interrelacionadas (ver Tablas 6.2 y 6.5).

Grafico 6.1 – Correlaciones entre personalidad y salud en las muestras española, portuguesa y brasileña



Nota: \*correlaciones negativas. Sólo son representadas las correlaciones significativas ( $p = 0,000$ ) y con tamaño del efecto bajo, moderado o alto.

### 6.2.3 – Diferencia de medias

Para concluir el análisis de las relaciones entre personalidad y salud, se ha comparado el perfil de personalidad de los grupos extremos según el estado de salud. Los grupos de “buena” y “mala” salud se han configurado a partir de las puntuaciones en Ansiedad, Autoestima, Satisfacción Personal, Dolencias Físicas y Salud Percibida. El procedimiento consistió en recodificar las puntuaciones, estableciendo tres puntos de corte para cada variable según los percentiles, es decir: del percentil 1 al 33 (Grupo 1), del percentil 34 al 66 (Grupo 2) y del percentil 65 al 99 (Grupo 3). El siguiente paso fue sumar las puntuaciones de las cinco variables recodificadas. A partir de esta suma, se han creado tres grupos, de buena (del 0 al 7), moderada (del 8 al 11) y mala salud. (del 12 al 15).

Tras la configuración de los 3 grupos, se han analizado las diferencias de personalidad entre los dos grupos extremos, de buena y mala salud, a través del estadístico *t* de Student y el estadístico  $d^2$  para el cálculo del tamaño del efecto. Los resultados encontrados en la muestra española son presentados en la Tabla 6.14. En el Gráfico 6.2 se representan las diferencias significativas y con tamaño del efecto alto.

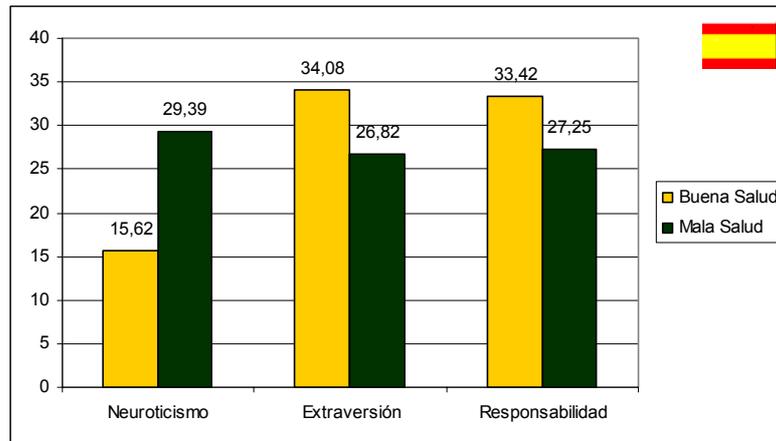
**Tabla 6.14 – Diferencias de personalidad entre grupos extremos según el estado de salud en la muestra española\***

	Buena Salud		Mala Salud		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	Tamaño del Efecto
	Media	D.T.	Media	D.T.				
Neuroticismo	15,62	5,58	29,39	6,34	-15,58	0,000	-1,74	Alto
Extraversión	34,08	7,06	26,82	7,37	6,80	0,000	0,95	Alto
Apertura	28,33	6,60	25,34	8,38	2,68	0,008	-	-
Amabilidad	27,94	5,70	26,15	6,80	1,93	0,055	-	-
Responsabilidad	33,42	5,15	27,25	6,37	7,22	0,000	0,89	Alto

Nota: \*no se incluyen las amas de casa. Sombreado en verde: tamaño del efecto alto ( $d > 0,80$ ). Sombreado en naranja: tamaño del efecto moderado ( $d > 0,50$ ).

$$d = \frac{m_A - m_B}{\sigma}$$

**Gráfico 6.2 – Diferencias de personalidad entre grupos extremos según el estado de salud en la muestra española**



Nota: sólo se representan las escalas que presentan diferencias significativas ( $p < 0,001$ ) y con tamaño del efecto alto.

Como se puede comprobar, las personas del grupo con buena salud se diferencian significativamente en que puntúan más alto en **Extraversión** ( $t = 6,80$ ,  $p = 0,000$ , T.E. alto) y **Responsabilidad** ( $t = 7,22$ ,  $p = 0,000$ , T.E. alto), mientras que los sujetos con mala salud tienen puntuaciones más altas en **Neuroticismo** ( $t = -15,58$ ,  $p = 0,000$ , T.E. alto).

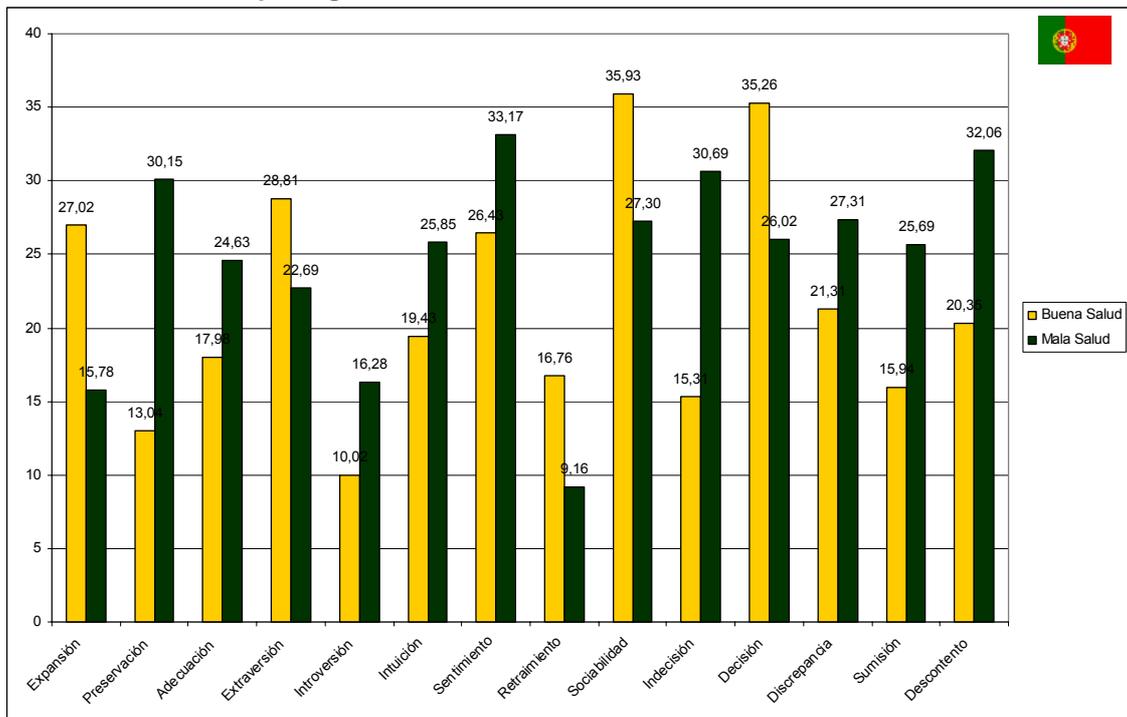
En la Tabla 6.15 se presentan los resultados encontrados en la muestra portuguesa. En el Gráfico 6.3 se representan las diferencias que resultaron significativas y con un T.E. alto y moderado. Los datos indican que el grupo con buena salud puntúa significativamente más en **Expansión** ( $t = 7,43$ ,  $p = 0,000$ , T.E. alto), **Extraversión** ( $t = 3,46$ ,  $p = 0,001$ , T.E. moderado), **Sociabilidad** ( $t = 3,56$ ,  $p = 0,001$ , T.E. moderado) y **Decisión** ( $t = 4,29$ ,  $p = 0,000$ , T.E. alto).

**Tabla 6.15 – Diferencias de personalidad entre grupos extremos según el estado de salud en la muestra portuguesa**

	Buena Salud		Mala Salud		t	p	d	Tamaño del Efecto
	Media	D.T.	Media	D.T.				
1A – Expansión	27,02	7,57	15,78	8,13	7,43	0,000	1,38	Alto
1B – Preservación	13,04	10,08	30,15	9,49	-9,07	0,000	-1,54	Alto
2A – Modificación	30,72	10,73	27,33	9,79	1,71	0,089	-	-
2B – Adecuación	17,98	10,63	24,63	10,47	-3,27	0,001	-0,61	Moderado
3A – Individualidad	21,24	9,25	19,61	6,05	1,08	0,282	-	-
3B – Protección	31,41	9,10	34,33	8,01	-1,77	0,079	-	-
4A – Extraversión	28,81	8,90	22,69	9,45	3,46	0,001	0,66	Moderado
4B – Introversión	10,02	6,27	16,28	7,60	-4,66	0,000	-0,83	Alto
5A – Sensación	19,44	6,83	17,09	6,26	1,86	0,065	-	-
5B – Intuición	19,43	9,01	25,85	5,81	-4,40	0,000	-0,85	Alto
6A – Pensamiento	21,65	7,66	20,87	8,19	0,50	0,612	-	-
6B – Sentimiento	26,43	7,95	33,17	8,18	-4,34	0,000	-0,80	Alto
7A – Sistematización	39,54	13,43	33,65	10,50	2,53	0,013	-	-
7B – Innovación	24,63	10,75	28,13	7,81	-1,93	0,056	-	-
8A – Retraimiento	16,76	9,16	25,78	10,08	-4,86	0,000	-0,90	Alto
8B – Sociabilidad	35,93	12,51	27,30	12,66	3,56	0,001	0,72	Moderado
9A – Indecisión	15,31	11,09	30,69	11,75	-6,98	0,000	-1,28	Alto
9B – Decisión	35,26	11,37	26,02	10,97	4,29	0,000	0,86	Alto
10A – Discrepancia	21,31	9,42	27,31	7,27	-3,70	0,000	-0,72	Moderado
10B – Conformismo	43,30	11,43	38,41	10,03	2,36	0,020	-	-
11A – Sumisión	15,94	7,35	25,69	7,31	-6,90	0,000	-1,20	Alto
11B – Dominio	23,80	8,98	21,96	7,56	1,14	0,254	-	-
12A – Descontento	20,35	11,01	32,06	7,70	-6,40	0,000	-1,24	Alto
12B – Aquiescencia	34,63	9,98	35,96	8,26	-0,75	0,451	-	-

Nota: sombreado en verde: tamaño del efecto alto ( $d > 0,80$ ). Sombreado en naranja: tamaño del efecto moderado ( $d > 0,50$ ).

**Grafico 6.3 – Diferencias de personalidad entre grupos extremos según el estado de salud en la muestra portuguesa**



Nota: sólo se representan las escalas que presentan diferencias significativas ( $p < 0,001$ ) y con tamaño del efecto moderado o alto.

Por otro lado, el grupo con mala salud tiene puntuaciones, significativamente más altas en las escalas **Preservación** ( $t = -9,07, p = 0,000$ , T.E. alto), **Adecuación** ( $t = -3,27, p = 0,001$ , T.E. moderado), **Introversión** ( $t = -4,66, p = 0,000$ , T.E. alto), **Intuición** ( $t = -4,40, p = 0,000$ , T.E. alto), **Sentimiento** ( $t = -4,34, p = 0,000$ , T.E. alto), **Retraimiento** ( $t = -4,86, p = 0,000$ , T.E. alto), **Indecisión** ( $t = -6,98, p = 0,000$ , T.E. alto), **Discrepancia** ( $t = -3,70, p = 0,000$ , T.E. moderado), **Sumisión** ( $t = -6,90, p = 0,000$ , T.E. alto) y **Descontento** ( $t = -6,40, p = 0,000$ , T.E. alto).

Los resultados encontrados en la muestra brasileña son presentados en la Tabla 6.16 y en el Gráfico 6.4 se representan las diferencias significativas y con un T.E. moderado o alto.

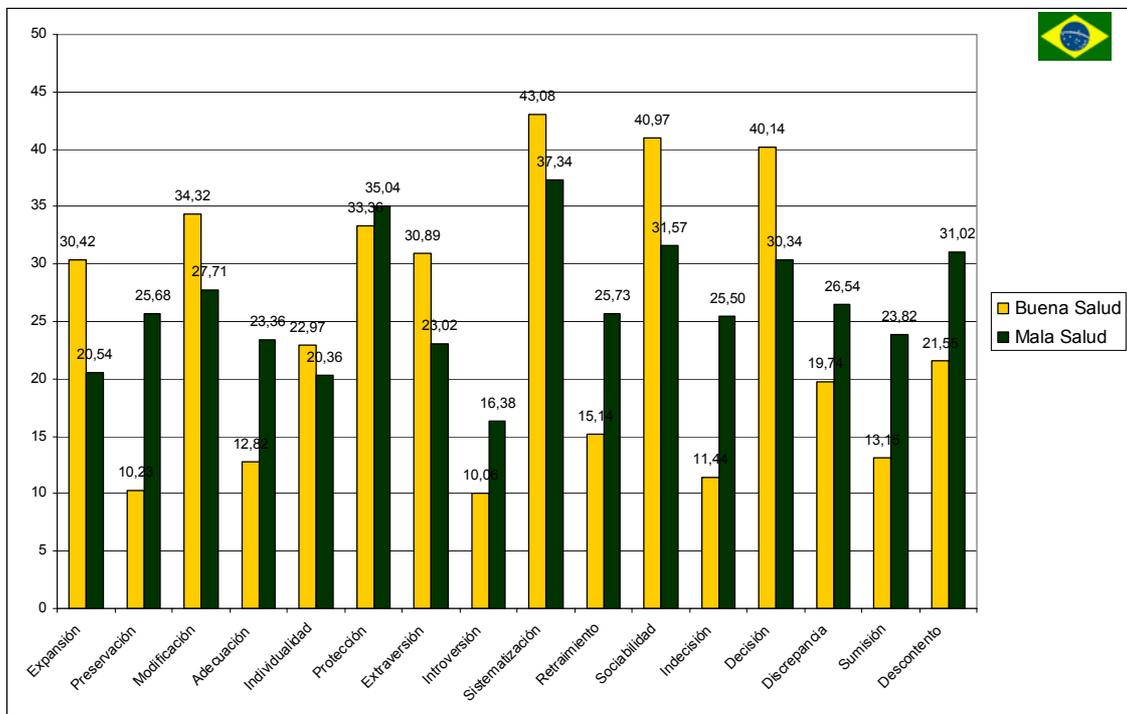
**Tabla 6.16 – Diferencias de personalidad entre grupos extremos según el estado de salud en la muestra brasileña\***

	Buena Salud		Mala Salud		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	Tamaño del Efecto
	Media	D.T.	Media	D.T.				
1A – Expansión	30,42	4,29	20,54	8,49	7,90	0,000	1,42	Alto
1B – Preservación	10,23	7,72	25,68	8,85	-10,17	0,000	-1,57	Alto
2A – Modificación	34,32	7,04	27,71	8,02	4,78	0,000	0,86	Alto
2B – Adecuación	12,82	7,12	23,36	8,83	-7,16	0,000	-1,47	Alto
3A – Individualidad	22,97	7,54	20,36	6,98	1,98	0,050	-	-
3B – Protección	33,36	7,41	35,04	6,63	-1,31	0,191	-	-
4A – Extraversión	30,89	7,49	23,02	7,95	5,60	0,000	0,96	Alto
4B – Introversión	10,06	7,09	16,38	5,82	-5,31	0,000	-0,93	Alto
5A – Sensación	20,59	5,01	20,05	4,59	0,61	0,538	-	-
5B – Intuición	18,98	6,80	22,27	6,11	-2,80	0,006	-	-
6A – Pensamiento	21,27	8,33	20,45	9,26	0,51	0,608	-	-
6B – Sentimiento	28,71	7,94	32,50	8,10	-2,59	0,011	-	-
7A – Sistematización	43,08	9,85	37,34	9,57	3,25	0,001	0,63	Moderado
7B – Innovación	24,67	7,80	25,38	6,85	-0,53	0,595	-	-
8A – Retraimiento	15,14	8,59	25,73	8,39	-6,87	0,000	-1,14	Alto
8B – Sociabilidad	40,97	10,02	31,57	10,91	4,91	0,000	0,92	Alto
9A – Indecisión	11,44	9,19	25,50	11,02	-7,56	0,000	-1,32	Alto
9B – Decisión	40,14	8,33	30,34	10,58	5,61	0,000	1,03	Alto
10A – Discrepancia	19,74	6,48	26,54	6,73	-5,65	0,000	0,95	Alto
10B – Conformismo	45,71	9,10	42,89	7,84	1,84	0,069	-	-
11A – Sumisión	13,15	6,73	23,82	7,94	-7,92	0,000	-	Alto
11B – Dominio	25,23	8,02	22,50	7,17	1,98	0,050	-	-
12A – Descontento	21,55	9,55	31,02	6,98	-6,31	0,000	-1,08	Alto
12B – Aquiescencia	34,09	8,87	35,21	7,96	-0,73	0,463	-	-

Nota: \*no se incluyen las amas de casa. Sombreado en verde: tamaño del efecto alto ( $d > 0,80$ ). Sombreado en naranja: tamaño del efecto moderado ( $d > 0,50$ ).

Los datos indican que el grupo con buena salud tienen puntuaciones más altas en las escalas **Expansión** ( $t = 7,90$ ,  $p = 0,000$ , T.E. alto), **Modificación** ( $t = 4,78$ ,  $p = 0,000$ , T.E. alto), **Extraversión** ( $t = 5,60$ ,  $p = 0,000$ , T.E. alto), **Sistematización** ( $t = 3,25$ ,  $p = 0,001$ , T.E. moderado), **Sociabilidad** ( $t = 4,91$ ,  $p = 0,000$ , T.E. alto) y **Decisión** ( $t = 5,61$ ,  $p = 0,000$ , T.E. alto). En cuanto al grupo con mala salud, se han encontrado puntuaciones significativamente más altas en **Preservación** ( $t = -10,17$ ,  $p = 0,000$ , T.E. alto), **Adecuación** ( $t = -7,16$ ,  $p = 0,000$ , T.E. alto), **Introversión** ( $t = -5,31$ ,  $p = 0,000$ , T.E. alto), **Retraimiento** ( $t = -6,87$ ,  $p = 0,000$ , T.E. alto), **Indecisión** ( $t = -7,56$ ,  $p = 0,000$ , T.E. alto), **Discrepancia** ( $t = -5,65$ ,  $p = 0,000$ , T.E. alto), **Sumisión** ( $t = -7,92$ ,  $p = 0,000$ , T.E. alto) y **Descontento** ( $t = -6,31$ ,  $p = 0,000$ , T.E. alto).

**Grafico 6.4 – Diferencias de personalidad entre grupos extremos según el estado de salud en la muestra brasileña**



Nota: sólo se representan las escalas que presentan diferencias significativas ( $p < 0,001$ ) y con tamaño del efecto moderado o alto.

### **6.3 – Estudio 3: Diferencias de sexo/género, situación laboral y cultura/nación en las relaciones entre personalidad y salud/enfermedad**

Para analizar las diferencias de sexo y situación laboral en las relaciones entre personalidad y salud, se han replicado los análisis correlacionales realizados en el Estudio 2, pero separados por sexo y por situación laboral. En primer lugar, se han calculado las correlaciones para mujeres y hombres por separado, con el fin de analizar las posibles diferencias entre sexos; y en segundo lugar, se han calculado los coeficientes  $r$  para cada grupo de sujetos según su situación laboral (amas de casa, mujeres empleadas, mujeres en paro, hombres empleados y hombres en paro). Los análisis, tanto por sexo como por situación laboral, se han realizado por separado para cada muestra estudiada (española, portuguesa y brasileña). Al igual que se ha hecho con los análisis correlacionales presentados en el Estudio 2 (ver punto 6.2.2) se ha señalado el tamaño del efecto de cada correlación según lo establecido por Cohen (1977).

A diferencia de los análisis realizados con las muestras en total (ver punto 6.2.3) no se han realizado los análisis de diferencias de medias entre los grupos extremos según el estado de salud separados por sexo y por situación laboral, ya que los grupos quedan demasiado reducidos y pierden las propiedades estadísticas necesarias para este tipo de análisis.

### 6.3.1 – Diferencias según sexo/género y nación/cultura

A continuación se presentan los resultados de las correlaciones realizadas entre el Índice Global de Salud Física/Psicológica y los factores del NEO o las escalas del MIPS, separados por país, España, Portugal y Brasil. Sólo se consideran las correlaciones con  $p < 0,001$ .

#### 6.3.1.1 – En la muestra española

En la Tabla 6.17 se presentan las correlaciones entre los factores del NEO y el Índice Global de Salud Física/Psicológica en la muestra española. De la misma forma que en el análisis realizado con ambos sexos, no se han incluido las amas de casa, ya que no se dispone de este grupo de sujetos en la muestra portuguesa, de modo que así los datos fuesen comparables. Como se puede verificar, el patrón en cuanto a la dirección y magnitud de las correlaciones tanto en hombres como en mujeres es el mismo que el encontrado en el Estudio 2 para ambos sexos en conjunto (ver Tabla 6.11). No obstante, el coeficiente  $r$  para el factor **Extraversión** es ligeramente más alto en la submuestra de mujeres ( $r = 0,42$ ,  $p = 0,000$ , T.E. moderado) que en la submuestra de hombres ( $r = 0,32$ ,  $p = 0,000$  T.E. moderado). En cambio, el factor **Responsabilidad** presenta una correlación levemente superior en la submuestra de hombres ( $r = 0,41$ ,  $p = 0,000$ , T.E. moderado) que en la submuestra de mujeres ( $r = 0,36$ ,  $p = 0,000$ , T.E. moderado). El factor **Neuroticismo** presenta correlaciones prácticamente iguales en hombres ( $r = -0,68$ ,  $p = 0,000$ , T.E. alto) y mujeres ( $r = -0,71$ ,  $p = 0,000$ , T.E. alto).

**Tabla 6.17 – Correlaciones entre los factores del NEO y el Índice Global de Salud Física/Psicológica según sexo en la muestra de españoles**

	Mujeres*			Hombres		
	<i>r</i>	<i>p</i>	Tamaño del Efecto	<i>r</i>	<i>p</i>	Tamaño del Efecto
Neuroticismo	-0,71	0,000	Alto	-0,68	0,000	Alto
Extraversión	0,42	0,000	Moderado	0,32	0,000	Moderado
Apertura	0,16	0,022	-	0,12	0,092	-
Amabilidad	0,14	0,041	-	0,21	0,003	-
Responsabilidad	0,36	0,000	Moderado	0,41	0,000	Moderado

Nota: \*no se incluyen las amas de casa. Sombreado en verde: tamaño del efecto alto ( $r > 0,50$ ;  $d > 0,80$ ). Sombreado en naranja: tamaño del efecto moderado ( $r > 0,30$ ;  $d > 0,50$ ).

### 6.3.1.2 – En la muestra portuguesa

En la Tabla 6.18 se presentan los resultados del análisis correlacional entre el Índice Global de Salud Física/Psicológica y las escalas del MIPS en la muestra portuguesa, separadas por sexo. Como se puede observar, se mantienen las escalas que presentaron correlaciones significativas en el Estudio 2 para la muestra portuguesa (ver Tabla 6.12), con la misma dirección (negativa o positiva) y aparecen otras dos escalas: **Modificación** y **Sistematización**. En cuanto a las semejanzas según sexo, se encuentran correlaciones con la misma dirección y tamaño del efecto para mujeres (M a partir de ahora) y hombres (H a partir de ahora) con las escalas **Expansión** (M:  $r = 0,56$ ,  $p = 0,000$ , T.E. alto; H:  $r = 0,55$ ,  $p = 0,000$ , T.E. alto), **Preservación** (M:  $r = -0,64$ ,  $p = 0,000$ , T.E. alto y H:  $r = 0,63$ ,  $p = 0,000$ , T.E. alto), **Introversión** (M:  $r = -0,39$ ,  $p = 0,000$ , T.E. moderado y H:  $r = -0,40$ , T.E. moderado), **Retraimiento** (M:  $r = -0,44$ ,  $p = 0,000$ , T.E. moderado y H:  $r = -0,40$ ,  $p = 0,000$ , T.E. moderado), **Sociabilidad** (M:  $r = 0,32$ ,  $p = 0,000$ , T.E. moderado y H:  $r = 0,31$ ,  $p = 0,000$ , T.E. moderado), **Decisión** (M:  $r = 0,34$ ,  $p = 0,000$ ; T.E. moderado; H:  $r = 0,38$ ,  $p = 0,000$ , T.E. moderado), **Sumisión** (M:  $r = -0,54$ ,  $p = 0,000$ , T.E. alto y H:  $r = -0,52$ ,  $p = 0,000$ , T.E. alto).

**Tabla 6.18 – Correlaciones entre las escalas del MIPS y el Índice Global de Salud Física/Psicológica según sexo en la muestra de portugueses**

	Mujeres			Hombres		
	<i>r</i>	<i>p</i>	Tamaño del Efecto	<i>r</i>	<i>p</i>	Tamaño del Efecto
1A – Expansión	0,56	0,000	Alto	0,55	0,000	Alto
1B – Preservación	-0,64	0,000	Alto	-0,63	0,000	Alto
2A – Modificación	0,19	0,020	-	0,31	0,000	Moderado
2B – Adecuación	-0,23	0,006	-	-0,47	0,000	Moderado
3A – Individualidad	0,11	0,160	-	0,03	0,675	-
3B – Protección	-0,12	0,151	-	-0,12	0,159	-
4A – Extraversión	0,32	0,000	Moderado	0,26	0,001	Bajo
4B – Introversión	-0,39	0,000	Moderado	-0,40	0,000	Moderado
5A – Sensación	0,06	0,452	-	0,14	0,089	-
5B – Intuición	-0,29	0,000	Bajo	-0,37	0,000	Moderado
6A – Pensamiento	-0,03	0,720	-	0,14	0,089	-
6B – Sentimiento	-0,27	0,001	Bajo	-0,37	0,000	Moderado
7A – Sistematización	0,15	0,073	-	0,28	0,001	Bajo
7B – Innovación	-0,01	0,857	-	-0,15	0,066	-
8A – Retraimiento	-0,44	0,000	Moderado	-0,40	0,000	Moderado
8B – Sociabilidad	0,32	0,000	Moderado	0,31	0,000	Moderado
9A – Indecisión	-0,47	0,000	Moderado	-0,52	0,000	Alto
9B – Decisión	0,34	0,000	Moderado	0,38	0,000	Moderado
10A – Discrepancia	-0,29	0,000	Bajo	-0,36	0,000	Moderado
10B – Conformismo	0,16	0,047	-	0,14	0,101	-
11A – Sumisión	-0,54	0,000	Alto	-0,52	0,000	Alto
11B – Dominio	0,14	0,090	-	0,17	0,036	-
12A – Descontento	-0,53	0,000	Alto	-0,49	0,000	Moderado
12B – Aquiescencia	-0,05	0,508	-	-0,23	0,005	-

Nota: sombreado en verde: tamaño del efecto alto ( $r > 0,50$ ;  $d > 0,80$ ). Sombreado en naranja: tamaño del efecto moderado ( $r > 0,30$ ;  $d > 0,50$ ). Sombreado en lila: tamaño del efecto bajo ( $r > 0,10$ ;  $d > 0,20$ ).

No obstante, en algunas escalas la magnitud de las correlaciones cambia según se trate de mujeres o de hombres, aunque la dirección (positiva o negativa) de las correlaciones sea la misma. Así, la escala **Extraversión** presenta una correlación de 0,32 ( $p = 0,000$ , T.E. moderado) en las mujeres y de 0,26 ( $p = 0,001$ , T.E. bajo) en los hombres; la escala **Intuición** presenta un coeficiente  $r$  de -0,29 ( $p = 0,000$ , T.E. bajo) en las mujeres y de -0,37 ( $p = 0,000$ , T.E. moderado) en los hombres; la escala **Sentimiento** correlaciona con -0,27 ( $p = 0,000$ , T.E. bajo) en las mujeres y con -0,37 ( $p = 0,000$ , T.E. moderado) en los hombres. De la misma forma, la escala **Indecisión** presenta un coeficiente  $r$  de -0,47 ( $p = 0,000$ , T.E. moderado) en las mujeres y de -0,52 ( $p = 0,000$ , T.E. alto) en los hombres; la escala **Discrepancia** presenta una correlación de -0,29 ( $p = 0,000$ , T.E.

bajo) en las mujeres y de -0,36 ( $p = 0,000$ , T.E. moderado) en los hombres; la escala **Descontento** correlaciona con -0,53 ( $p = 0,000$ , T.E. alto) en las mujeres y -0,49 ( $p = 0,000$ , T.E. moderado) en los hombres. Por último, algunas escalas correlacionan de forma significativa sólo para uno de los sexos. Este es el caso de las escalas **Modificación** ( $r = 0,31$ ,  $p = 0,000$ , T.E. moderado), **Adecuación** ( $r = -0,47$ ,  $p = 0,000$ , T.E. moderado) y **Sistematización** ( $r = 0,28$ ,  $p = 0,001$ , T.E. bajo), en que las correlaciones son significativas sólo en la submuestra de hombres.

### 6.3.1.3 – En la muestra brasileña

En la Tabla 6.19 se presentan los resultados del análisis correlacional entre el Índice Global de Salud Física/Psicológica y las escalas del MIPS para la muestra brasileña, separadas por sexo. Como se puede observar, las escalas que presentan correlaciones significativas son las mismas que en el Estudio 2 (ver Tabla 6.13). No se han incluido las amas de casa en la submuestra de mujeres, para que los datos fuesen comparables a los portugueses, ya que no disponemos de este grupo en Portugal. En lo que se refiere a las similitudes según sexo, se encuentran correlaciones con la misma dirección y tamaño del efecto para mujeres (M a partir de ahora) y hombres (H a partir de ahora) con las escalas **Preservación** (M:  $r = -0,64$ ,  $p = 0,000$ , T.E. alto; H:  $r = -0,50$ ,  $p = 0,000$ , T.E. alto), **Adecuación** (M:  $r = -0,49$ ,  $p = 0,000$ , T.E. moderado; H:  $r = -0,44$ ,  $p = 0,000$ , T.E. moderado), **Extraversión** (M:  $r = 0,31$ ,  $p = 0,000$ , T.E. moderado; H:  $r = 0,41$ ,  $p = 0,000$ , T.E. moderado), **Introversión** (M:  $r = -0,37$ ,  $p = 0,000$ , T.E. moderado; H:  $r = -0,45$ ,  $p = 0,000$ , T.E. moderado), **Indecisión** (M:  $r = -0,54$ ,  $p = 0,000$ , T.E. alto; H:  $r = -0,51$ ,  $p = 0,000$ , T.E. alto) y **Decisión** (M:  $r = 0,37$ ,  $p = 0,000$ , T.E. moderado; H:  $r = 0,43$ ,  $p = 0,000$ , T.E. moderado).

**Tabla 6.19 – Correlaciones entre las escalas del MIPS y el Índice Global de Salud Física/Psicológica según sexo en la muestra de brasileños**

	Mujeres*			Hombres		
	<i>r</i>	<i>p</i>	Tamaño del Efecto	<i>r</i>	<i>p</i>	Tamaño del Efecto
1A – Expansión	0,60	0,000	Alto	0,47	0,000	Moderado
1B – Preservación	-0,64	0,000	Alto	-0,50	0,000	Alto
2A – Modificación	0,28	0,000	Bajo	0,39	0,000	Moderado
2B – Adecuación	-0,49	0,000	Moderado	-0,44	0,000	Moderado
3A – Individualidad	0,20	0,015	-	0,08	0,415	-
3B – Protección	-0,24	0,003	-	0,04	0,692	-
4A – Extraversión	0,31	0,000	Moderado	0,41	0,000	Moderado
4B – Introversión	-0,37	0,000	Moderado	-0,45	0,000	Moderado
5A – Sensación	-0,06	0,425	-	0,17	0,082	-
5B – Intuición	-0,18	0,028	-	-0,25	0,015	-
6A – Pensamiento	0,14	0,093	-	-0,14	0,179	-
6B – Sentimiento	-0,35	0,000	Moderado	-0,04	0,675	-
7A – Sistematización	0,19	0,021	-	0,33	0,001	Moderado
7B – Innovación	-0,02	0,782	-	-0,07	0,494	-
8A – Retraimiento	-0,35	0,000	Moderado	-0,52	0,000	Alto
8B – Sociabilidad	0,28	0,001	Bajo	0,48	0,000	Moderado
9A – Indecisión	-0,54	0,000	Alto	-0,51	0,000	Alto
9B – Decisión	0,37	0,000	Moderado	0,43	0,000	Moderado
10A – Discrepancia	-0,29	0,000	Bajo	-0,33	0,001	Moderado
10B – Conformismo	0,04	0,569	-	0,21	0,040	-
11A – Sumisión	-0,56	0,000	Alto	-0,46	0,000	Moderado
11B – Dominio	0,23	0,004	-	0,16	0,110	-
12A – Descontento	-0,46	0,000	Moderado	-0,29	0,001	Bajo
12B – Aquiescencia	-0,15	0,060	-	0,00	0,955	-

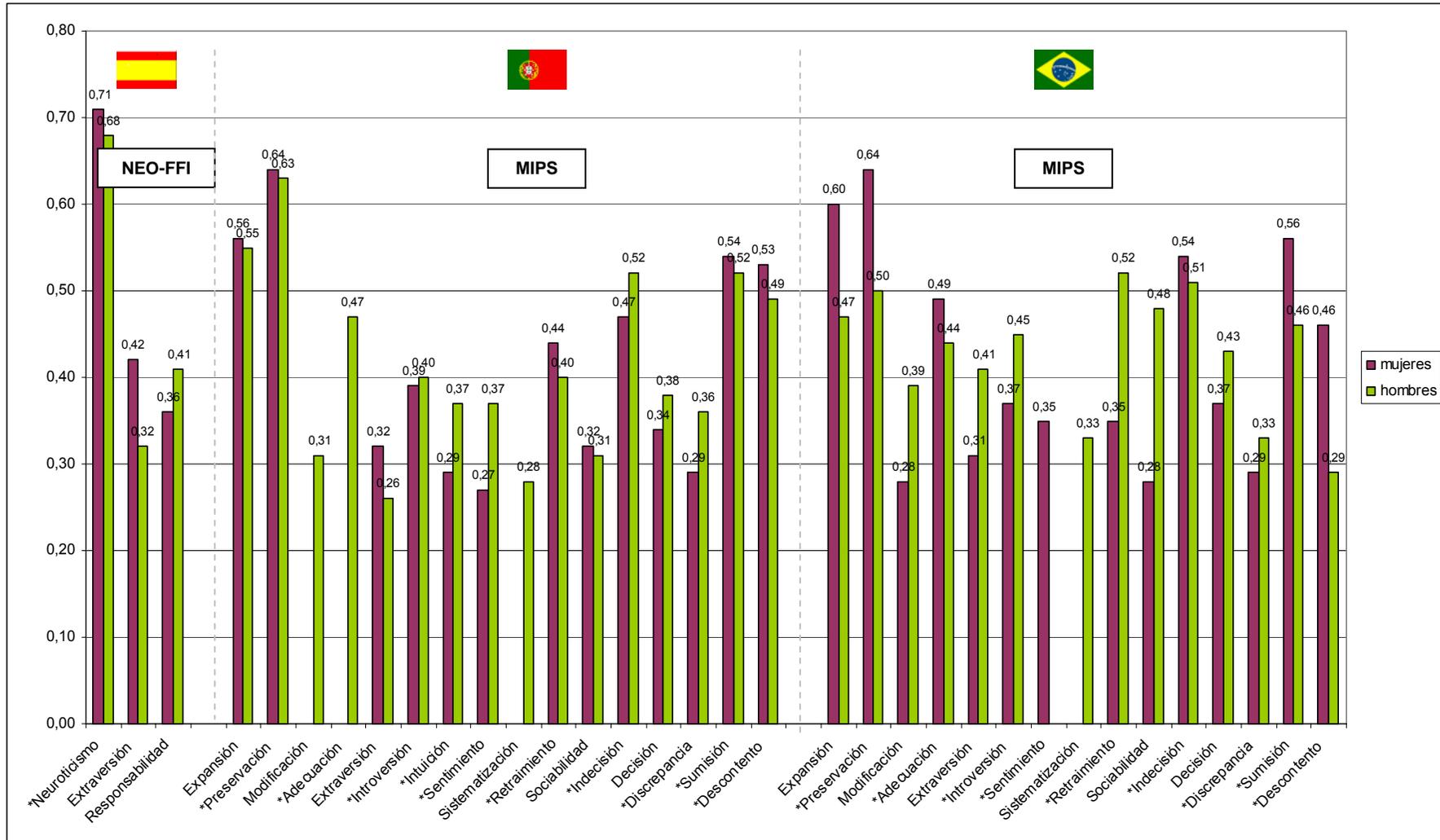
Nota: \*no se incluyen las amas de casa. Sombreado en verde: tamaño del efecto alto ( $r > 0,50$ ;  $d > 0,80$ ). Sombreado en naranja: tamaño del efecto moderado ( $r > 0,30$ ;  $d > 0,50$ ). Sombreado en lila: tamaño del efecto bajo ( $r > 0,10$ ;  $d > 0,20$ ).

Sin embargo, las escalas **Expansión** (M:  $r = 0,60$ ,  $p = 0,000$ , T.E. alto; H:  $r = 0,47$ ,  $p = 0,000$ , T.E. moderado), **Modificación** (M:  $r = 0,28$ ,  $p = 0,000$ , T.E. bajo; H:  $r = 0,39$ ,  $p = 0,000$ , T.E. moderado), **Retraimiento** (M:  $r = -0,35$ ,  $p = 0,000$ , T.E. moderado; H:  $r = -0,52$ ,  $p = 0,000$ , T.E. alto), **Sociabilidad** (M:  $r = 0,28$ ,  $p = 0,001$ , T.E. bajo; H:  $r = 0,48$ ,  $p = 0,000$ , T.E. moderado), **Discrepancia** (M:  $r = 0,29$ ,  $p = 0,000$ , T.E. bajo; H:  $r = 0,33$ ,  $p = 0,001$ , T.E. moderado), **Sumisión** (M:  $r = -0,56$ ,  $p = 0,000$ , T.E. alto; H:  $r = -0,46$ ,  $p = 0,000$  T.E. moderado) y **Descontento** (M:  $r = -0,46$ ,  $p = 0,000$ , T.E. moderado; H:  $r = 0,29$ ,  $p = 0,001$ , T.E. bajo) presentan magnitudes diferentes en mujeres y hombres.

Por último, algunas escalas correlacionan de forma significativa sólo para uno de los sexos. Este es el caso de las escalas **Sentimiento** ( $r = -0,35$ ,  $p = 0,000$ , T.E. moderado) en el caso de las mujeres y **Sistematización** ( $r = 0,33$ ,  $p = 0,001$ , T.E. moderado) en el caso de los hombres.

En el Gráfico 6.5 se representan las correlaciones entre los factores/escalas de personalidad y el Índice Global de Salud Física/Psicológica según sexo, en las muestras española, portuguesa y brasileña.

Grafico 6.5 – Correlaciones entre personalidad y salud según sexo en las muestras española, portuguesa y brasileña



Nota: \*correlaciones negativas. Sólo son representadas las correlaciones significativas ( $p = 0,000$ ) y con tamaño del efecto bajo, moderado o alto.

### 6.3.2 – Diferencias según situación laboral y cultura/nación

A continuación se presentan los resultados del análisis correlacional entre el Índice Global de Salud Física/Psicológica y los factores/escalas del NEO/MIPS según la situación laboral (amas de casa, mujeres empleadas, mujeres en paro, hombres empleados y hombres en paro) de los sujetos en las muestras española, portuguesa y brasileña. A diferencia de los análisis correlacionales previos, se consideran las correlaciones con  $p < 0,01$ , teniendo en cuenta la reducción del tamaño de los grupos (75 sujetos en cada en este caso).

#### 6.3.2.1 – En la muestra española

En la Tabla 6.20 se presentan los resultados del análisis correlacional entre el Índice Global de Salud Física/Psicológica y los factores del NEO en la muestra española. Como se puede comprobar, el factor **Neuroticismo** correlaciona de forma significativa y con T.E. alto en todos los grupos: amas de casa ( $r = -0,74, p = 0,000$ ), mujeres empleadas ( $r = -0,70, p = 0,000$ ), mujeres en paro ( $r = -0,72, p = 0,000$ ), hombres empleados ( $r = -0,65, p = 0,000$ ) y hombres en paro ( $r = 0,68, p = 0,000$ ). Cabe resaltar que en el caso del factor **Neuroticismo**, las correlaciones en los grupos de mujeres es siempre superior a los grupos de hombres. El factor **Extraversión** correlaciona significativamente con T.E. moderado en todos los grupos [amas de casa ( $r = 0,42, p = 0,000$ ), mujeres empleadas ( $r = 0,33, p = 0,001$ ) mujeres en paro ( $r = 0,47, p = 0,000$ ) y hombres en paro ( $r = 0,40, p = 0,000$ )], excepto en los hombres empleados, en el que la correlación no es significativa. En cuanto al factor **Responsabilidad**, se encuentran

**Tabla 6.20 – Correlaciones entre los factores del NEO y el Índice Global de Salud Física/Psicológica según situación laboral en la muestra de españoles**

	Amas de Casa			Empleadas			En Paro			Empleados			En Paro		
	<i>r</i>	<i>p</i>	T.E.	<i>r</i>	<i>p</i>	T.E.	<i>r</i>	<i>p</i>	T.E.	<i>r</i>	<i>p</i>	T.E.	<i>r</i>	<i>p</i>	T.E.
Neuroticismo	-0,74	0,000	Alto	-0,70	0,000	Alto	-0,72	0,000	Alto	-0,65	0,000	Alto	-0,68	0,000	Alto
Extraversión	0,42	0,000	Moderado	0,33	0,001	Moderado	0,47	0,000	Moderado	0,19	0,049	-	0,40	0,000	Moderado
Apertura	0,27	0,008	-	0,07	0,478	-	0,24	0,018	-	0,07	0,437	-	0,12	0,209	-
Amabilidad	0,02	0,836	-	0,18	0,065	-	0,11	0,260	-	0,25	0,010	-	0,15	0,123	-
Responsabilidad	0,39	0,000	Moderado	0,13	0,199	-	0,51	0,000	Alto	0,32	0,001	Moderado	0,44	0,000	Moderado

Nota: sombreado en verde: tamaño del efecto alto ( $r > 0,50$ ;  $d > 0,80$ ). Sombreado en naranja: tamaño del efecto moderado ( $r > 0,30$ ;  $d > 0,50$ ).

correlaciones significativas y con tamaño del efecto alto en el grupo de mujeres en paro ( $r = 0,51, p = 0,000$ ) y con tamaño del efecto moderado en las amas de casa ( $r = 0,39, p = 0,000$ ), en los hombres empleados ( $r = 0,32, p = 0,001$ ) y hombres en paro ( $r = 0,44, p = 0,000$ ). No se encuentra correlación significativa en el grupo de mujeres empleadas para el factor **Responsabilidad**.

### 6.3.2.2 – En la muestra portuguesa

En la Tabla 6.21 se presentan las correlaciones entre el Índice Global de Salud Física/Psicológica y las escalas del MIPS en la muestra de portugueses. Como ya se ha comentado previamente, en la muestra portuguesa no se dispone del grupo de amas de casa. Empezando por destacar las similitudes, se encuentran correlaciones significativas y con T.E. alto con la escala **Preservación** en todos los grupos: mujeres empleadas ( $r = -0,67, p = 0,000$ ), mujeres en paro ( $r = -0,61, p = 0,000$ ), hombres empleados ( $r = -0,52, p = 0,000$ ) y hombres en paro ( $r = -0,69, p = 0,000$ ). Con las escalas **Retraimiento** y **Introversión** ocurre lo mismo, pero con un T.E. moderado. En el caso de la escala **Retraimiento**, se encuentra: mujeres empleadas ( $r = -0,40, p = 0,000$ ), mujeres en paro ( $r = -0,49, p = 0,000$ ), hombres empleados ( $r = -0,41, p = 0,000$ ) y hombres en paro ( $r = -0,36, p = 0,000$ ). Y en el caso de la escalas **Introversión**, se encuentra: mujeres empleadas ( $r = -0,37, p = 0,000$ ), mujeres en paro ( $r = -0,45, p = 0,000$ ), hombres empleados ( $r = -0,43, p = 0,000$ ) y hombres en paro ( $r = -0,35, p = 0,000$ ).

Por otro lado, hay escalas que correlacionan en todos los grupos, pero no con el mismo tamaño del efecto. Este es el caso de las escalas **Expansión** [mujeres empleadas ( $r =$

0,61,  $p = 0,000$ , T.E. alto), mujeres en paro ( $r = 0,50$ ,  $p = 0,000$ , T.E. alto), hombres empleados ( $r = 0,39$ ,  $p = 0,000$ , T.E. alto) y hombres en paro ( $r = 0,64$ ,  $p = 0,000$ , T.E. alto)], **Indecisión** [mujeres empleadas ( $r = -0,53$ ,  $p = 0,000$ , T.E. alto), mujeres en paro ( $r = -0,41$ ,  $p = 0,000$ , T.E. moderado), hombres empleados ( $r = -0,45$ ,  $p = 0,000$ , T.E. moderado) y hombres en paro ( $r = -0,57$ ,  $p = 0,000$ , T.E. alto)]. Lo mismo ocurre con las escalas **Discrepancia** [mujeres empleadas ( $r = -0,30$ ,  $p = 0,000$ , T.E. moderado), mujeres en paro ( $r = -0,30$ ,  $p = 0,000$ , T.E. moderado), hombres empleados ( $r = -0,29$ ,  $p = 0,000$ , T.E. bajo) y hombres en paro ( $r = -0,35$ ,  $p = 0,000$ , T.E. moderado)], **Sumisión** [( $r = -0,52$ ,  $p = 0,000$ , T.E. alto), mujeres en paro ( $r = -0,58$ ,  $p = 0,000$ , T.E. alto), hombres empleados ( $r = -0,41$ ,  $p = 0,000$ , T.E. moderado) y hombres en paro ( $r = -0,57$ ,  $p = 0,000$ , T.E. alto)] y **Descontento** [(mujeres empleadas ( $r = -0,54$ ,  $p = 0,000$ , T.E. alto), mujeres en paro ( $r = -0,53$ ,  $p = 0,000$ , T.E. alto), hombres empleados ( $r = -0,30$ ,  $p = 0,000$ , T.E. moderado) y hombres en paro ( $r = -0,60$ ,  $p = 0,000$ , T.E. alto)].

No obstante, hay escalas que correlacionan significativamente sólo en algunos grupos. Así, la escala **Modificación** correlaciona sólo en las mujeres empleadas y en los hombres en paro, en ambos casos el coeficiente  $r$  es de 0,32 ( $p = 0,000$ , T.E. moderado). La escala **Adecuación** correlaciona en el grupo de mujeres empleadas ( $r = -0,31$ ,  $p = 0,000$ , T.E. moderado), hombres empleados ( $r = -0,41$ ,  $p = 0,000$ , T.E. moderado) y hombres en paro ( $r = -0,48$ ,  $p = 0,000$ , T.E. moderado). La escala **Intuición** sólo correlaciona en los grupos de empleados, con un coeficiente  $r$  de -0,34 ( $p = 0,000$ , T.E. moderado) en las mujeres y de 0,40 ( $p = 0,000$ , T.E. moderado) en los hombres.

**Tabla 6.21 – Correlaciones entre las escalas del MIPS y el Índice Global de Salud Física/Psicológica según situación laboral en la muestra de portugueses**

	Mujeres						Hombres					
	Empleadas			En Paro			Empleados			En Paro		
	<i>r</i>	<i>p</i>	T.E.	<i>r</i>	<i>p</i>	T.E.	<i>r</i>	<i>p</i>	T.E.	<i>r</i>	<i>p</i>	T.E.
1A – Expansión	0,61	0,000	Alto	0,50	0,000	Alto	0,39	0,000	Moderado	0,64	0,000	Alto
1B – Preservación	-0,67	0,000	Alto	-0,61	0,000	Alto	-0,52	0,000	Alto	-0,69	0,000	Alto
2A – Modificación	0,32	0,005	Moderado	0,00	0,945	-	0,27	0,019	-	0,32	0,006	Moderado
2B – Adecuación	-0,31	0,007	Moderado	-0,11	0,332	-	-0,41	0,000	Moderado	-0,48	0,000	Moderado
3A – Individualidad	0,26	0,024	-	-0,07	0,548	-	0,17	0,148	-	-0,02	0,834	-
3B – Protección	-0,05	0,666	-	-0,22	0,063	-	-0,13	0,246	-	-0,10	0,378	-
4A – Extraversión	0,35	0,002	Moderado	0,29	0,011	Bajo	0,24	0,034	-	0,29	0,012	Bajo
4B – Introversión	-0,37	0,001	Moderado	-0,45	0,000	Moderado	-0,43	0,000	Moderado	-0,35	0,002	Moderado
5A – Sensación	0,21	0,071	-	-0,14	0,223	-	0,24	0,037	-	0,01	0,881	-
5B – Intuición	-0,34	0,003	Moderado	-0,23	0,047	-	-0,40	0,000	Moderado	-0,28	0,016	-
6A – Pensamiento	0,02	0,842	-	-0,11	0,326	-	0,10	0,390	-	0,07	0,546	-
6B – Sentimiento	-0,24	0,036	-	-0,28	0,016	-	-0,35	0,002	Moderado	-0,35	0,003	Moderado
7A – Sistematización	0,21	0,068	-	0,05	0,646	-	0,31	0,007	Moderado	0,23	0,055	-
7B – Innovación	0,02	0,817	-	-0,07	0,553	-	-0,19	0,098	-	-0,05	0,654	-
8A – Retraimiento	-0,40	0,000	Moderado	-0,49	0,000	Moderado	-0,41	0,000	Moderado	-0,36	0,002	Moderado
8B – Sociabilidad	0,38	0,001	Moderado	0,21	0,067	-	0,30	0,008	Moderado	0,33	0,005	Moderado
9A – Indecisión	-0,53	0,000	Alto	-0,41	0,000	Moderado	-0,45	0,000	Moderado	-0,57	0,000	Alto
9B – Decisión	0,48	0,000	Moderado	0,15	0,202	-	0,38	0,001	Moderado	0,39	0,001	Moderado
10A – Discrepancia	-0,30	0,009	Moderado	-0,30	0,010	Moderado	-0,29	0,013	Bajo	-0,35	0,002	Moderado
10B – Conformismo	0,27	0,018	-	0,00	0,959	-	0,19	0,103	-	0,08	0,485	-
11A – Sumisión	-0,52	0,000	Alto	-0,58	0,000	Alto	-0,41	0,000	Moderado	-0,57	0,000	Alto
11B – Dominio	0,23	0,046	-	0,02	0,854	-	0,20	0,078	-	0,14	0,245	-
12A – Descontento	-0,54	0,000	Alto	-0,53	0,000	Alto	-0,30	0,010	Moderado	-0,60	0,000	Alto
12B – Aquiescencia	-0,03	0,761	-	-0,07	0,563	-	-0,30	0,008	Moderado	-0,17	0,153	-

Nota: sombreado en verde: tamaño del efecto alto ( $r > 0,50$ ;  $d > 0,80$ ). Sombreado en naranja: tamaño del efecto moderado ( $r > 0,30$ ;  $d > 0,50$ ). Sombreado en lila: tamaño del efecto bajo ( $r > 0,10$ ;  $d > 0,20$ ).

La escala **Sentimiento** correlaciona sólo en el grupo de hombres, con un coeficiente  $r$  de  $-0,35$  ( $p = 0,000$ , T.E. moderado) tanto para el grupo de empleados como el de los que están en paro. La escala **Sistematización** correlaciona sólo en el grupo de hombres empleados ( $r = 0,31$ ,  $p = 0,000$ , T.E. moderado). La escala **Sociabilidad** correlaciona en el grupo de mujeres empleadas ( $r = 0,38$ ,  $p = 0,000$ , T.E. moderado), hombres empleados ( $r = 0,30$ ,  $p = 0,000$ , T.E. moderado) y hombres en paro ( $r = 0,33$ ,  $p = 0,000$ , T.E. moderado). La escala **Decisión** correlaciona con un T.E. moderado en el grupo de mujeres empleadas ( $r = 0,48$ ,  $p = 0,000$ ), hombres empleados ( $r = 0,38$ ,  $p = 0,000$ ) y hombres en paro ( $r = 0,39$ ,  $p = 0,000$ ). Por último, la escala **Aquiescencia** aparece por primera vez con una correlación significativa, pero sólo en el grupo de hombres empleados ( $r = -0,30$ ,  $p = 0,000$ ) con un T.E. moderado).

### 6.3.2.3 – En la muestra brasileña

En la Tabla 6.22 se presentan las correlaciones entre el Índice Global de Salud Física/Psicológica y las escalas del MIPS en la muestra de brasileños. En el caso de la muestra brasileña, no hay ninguna escala que correlacione significativamente con la misma magnitud en todos los grupos.

No obstante, hay escalas que correlacionan significativamente en todos los grupos, pero con tamaños del efecto distintos. Este es el caso de las escalas **1A-Expansión** [amas de casa, ( $r = 0,62$ ,  $p = 0,000$ , T.E. alto), mujeres empleadas ( $r = 0,66$ ,  $p = 0,000$ , T.E. alto), mujeres en paro ( $r = 0,50$ ,  $p = 0,001$ , T.E. alto), hombres empleados ( $r = 0,33$ ,  $p = 0,01$ , T.E. moderado) y hombres en paro ( $r = 0,64$ ,  $p = 0,000$ , T.E. alto)], **1B-**

**Preservación** [amas de casa ( $r = -0,62, p = 0,000$ , T.E. alto), mujeres empleadas ( $r = -0,68, p = 0,000$ , T.E. alto), mujeres en paro ( $r = -0,56, p = 0,000$ , T.E. alto), hombres empleados ( $r = -0,39, p = 0,003$ , T.E. moderado) y hombres en paro ( $r = -0,68, p = 0,000$ , T.E. alto)], **2B-Adecuación** [amas de casa:  $r = -0,51, p = 0,000$ , T.E. alto), mujeres empleadas ( $r = -0,48, p = 0,000$ , T.E. alto), mujeres en paro ( $r = -0,50, p = 0,000$ , T.E. alto), hombres empleados ( $r = -0,34, p = 0,01$ , T.E. moderado) y hombres en paro ( $r = -0,59, p = 0,000$ , T.E. alto)], **9A-Indecisión** [amas de casa ( $r = -0,59, p = 0,000$ , T.E. alto), mujeres empleadas ( $r = -0,61, p = 0,000$ , T.E. alto), mujeres en paro:  $r = -0,40, p = 0,006$ , T.E. moderado), hombres empleados ( $r = -0,36, p = 0,007$ , T.E. moderado) y hombres en paro ( $r = -0,69, p = 0,000$ , T.E. alto)] y **11A-Sumisión** [amas de casa ( $r = -0,61, p = 0,000$ , T.E. alto), mujeres empleadas ( $r = -0,63, p = 0,000$ , T.E. alto), mujeres en paro ( $r = -0,46, p = 0,001$ , T.E. moderado), hombres empleados ( $r = -0,39, p = 0,003$ , T.E. moderado) y hombres en paro ( $r = -0,56, p = 0,000$ , T.E. alto)].

Asimismo, hay escalas que correlacionan significativamente sólo en algunos grupos. Así, la escala **2A-Modificación** no correlaciona en el grupo de mujeres en paro, pero sí en todos los demás [amas de casa ( $r = -0,46, p = 0,000$ , T.E. alto), mujeres en paro ( $r = 0,37, p = 0,005$ , T.E. bajo), hombres empleados:  $r = 0,41, p = 0,002$ , T.E. moderado) y hombres en paro ( $r = 0,39, p = 0,01$ , T.E. moderado)]. La escala **4A-Extraversión** correlaciona en el grupo de amas de casa ( $r = 0,38, p = 0,003$ , T.E. moderado), mujeres empleadas ( $r = 0,42, p = 0,000$ , T.E. moderado), hombres empleados ( $r = 0,40, p = 0,003$ , T.E. moderado) y hombres en paro ( $r = 0,44, p = 0,004$ , T.E. alto). Con la escala **4B-Introversión** pasa lo mismo, correlaciona en el grupo mujeres empleadas ( $r = -0,49, p = 0,000$ , T.E. moderado), hombres empleados ( $r = -0,40, p = 0,003$ , T.E. moderado) y

hombres en paro ( $r = -0,55$ ,  $p = 0,000$ , T.E. alto). La escala **6B-Sentimiento** correlaciona sólo en el grupo de mujeres empleadas, con un coeficiente  $r$  de  $-0,36$  ( $p = 0,000$ , T.E. moderado). La escala **7A-Sistematización** correlaciona sólo en los grupos de amas de casa ( $r = 0,48$ ,  $p = 0,000$ , T.E. moderado) y de hombres empleados ( $r = 0,33$ ,  $p = 0,01$ , T.E. moderado). La escala **8A-Retramiento** correlaciona en los dos grupos de hombres [hombres empleados ( $r = -0,47$ ,  $p = 0,000$ , T.E. moderado) y hombres en paro ( $r = -0,59$ ,  $p = 0,000$ , T.E. alto)] y en el de mujeres empleadas ( $r = -0,42$ ,  $p = 0,000$ , T.E. alto).

De la misma forma, la escala **8B-Sociabilidad** correlaciona en el grupo de amas de casa ( $r = 0,36$ ,  $p = 0,005$ , T.E. moderado), mujeres empleadas ( $r = 0,31$ ,  $p = 0,002$ , T.E. moderado), hombres empleados ( $r = 0,44$ ,  $p = 0,001$ , T.E. moderado) y hombres en paro ( $r = 0,53$ ,  $p = 0,000$ , T.E. alto). La escala **9B-Decisión** correlaciona en el grupo de amas de casa ( $r = 0,51$ ,  $p = 0,000$ , T.E. alto), de mujeres empleadas ( $r = 0,41$ ,  $p = 0,000$ , T.E. moderado), hombres empleados ( $r = 0,32$ ,  $p = 0,01$ , T.E. moderado) y hombres en paro ( $r = 0,58$ ,  $p = 0,000$ , T.E. alto).

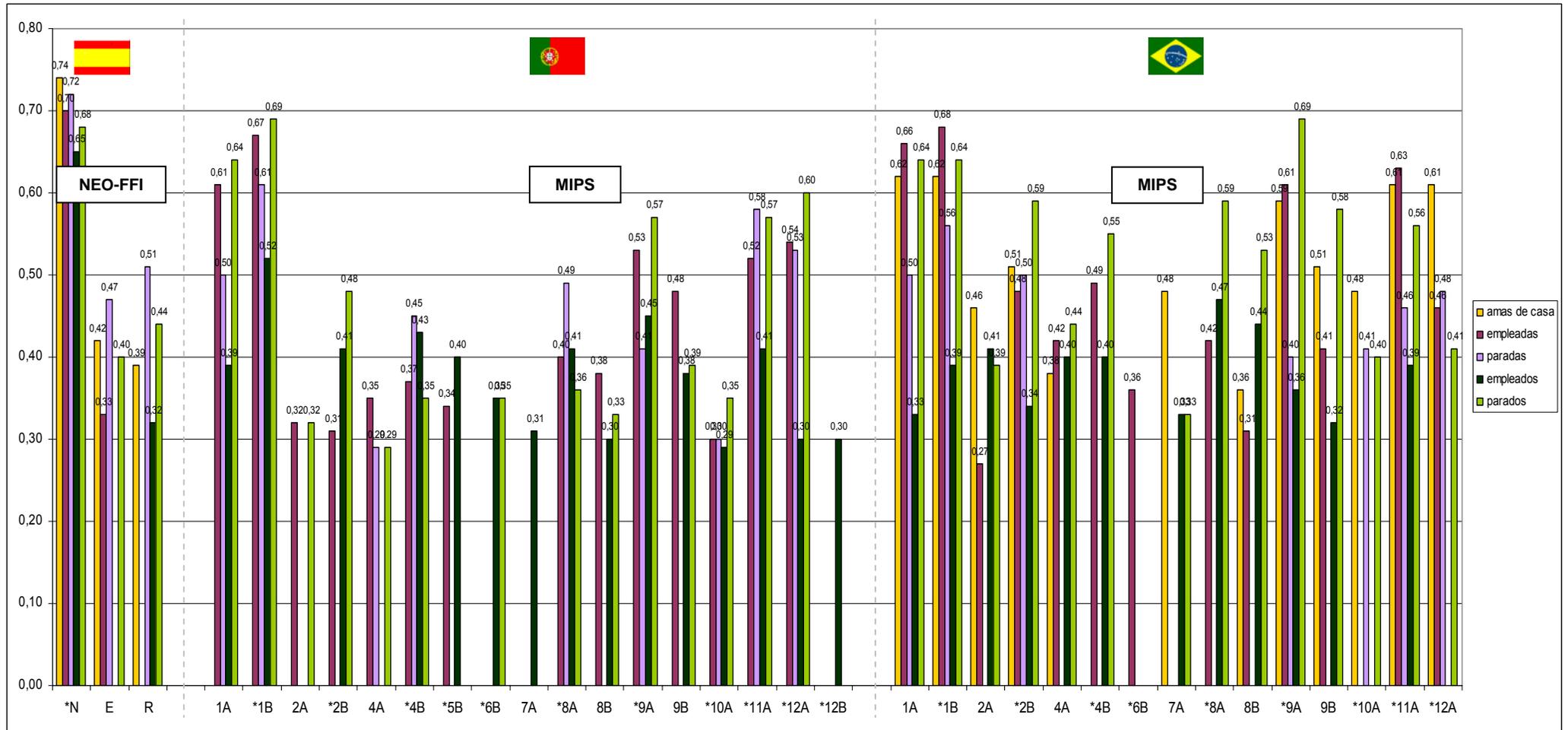
La escala **10A-Discrepancia** correlaciona sólo en el grupo de amas de casa y en el de parados: amas de casa ( $r = -0,48$ ,  $p = 0,000$ , T.E. moderado), mujeres en paro ( $r = 0,41$ ,  $p = 0,005$ , T.E. moderado) y hombres en paro ( $r = 0,40$ ,  $p = 0,008$ , T.E. moderado). Por último, la escala **12A-Descontento** no correlaciona en el grupo de hombres empleados, pero sí en todos los demás: amas de casa ( $r = -0,61$ ,  $p = 0,000$ , T.E. alto), mujeres empleadas ( $r = -0,46$ ,  $p = 0,000$ , T.E. moderado), mujeres en paro ( $r = -0,48$ ,  $p = 0,001$ , T.E. moderado) y hombres en paro ( $r = -0,41$ ,  $p = 0,007$ , T.E. moderado).

**Tabla 6.22 – Correlaciones entre las escalas del MIPS y el Índice Global de Salud Física/Psicológica según situación laboral en la muestra de brasileños**

	Mujeres									Hombres					
	Amas de Casa			Empleadas			En Paro			Empleados			En Paro		
	<i>r</i>	<i>p</i>	T.E.	<i>r</i>	<i>p</i>	T.E.	<i>r</i>	<i>p</i>	T.E.	<i>r</i>	<i>p</i>	T.E.	<i>r</i>	<i>p</i>	T.E.
1A	0,62	0,000	Alto	0,66	0,000	Alto	0,50	0,001	Alto	0,33	0,010	Moderado	0,64	0,000	Alto
1B	-0,62	0,000	Alto	-0,68	0,000	Alto	-0,56	0,000	Alto	-0,39	0,003	Moderado	-0,64	0,000	Alto
2A	0,46	0,000	Moderado	0,27	0,005	Bajo	0,31	0,033	-	0,41	0,002	Moderado	0,39	0,010	Moderado
2B	-0,51	0,000	Alto	-0,48	0,000	Moderado	-0,50	0,000	Alto	-0,34	0,010	Moderado	-0,59	0,000	Alto
3A	0,20	0,124	-	0,25	0,010	Bajo	0,08	0,559	-	0,15	0,276	-	0,02	0,861	-
3B	-0,09	0,458	-	-0,28	0,004	Bajo	-0,16	0,289	-	-0,04	0,762	-	0,14	0,370	-
4A	0,38	0,003	Moderado	0,42	0,000	Moderado	0,09	0,529	-	0,40	0,003	Moderado	0,44	0,004	Moderado
4B	-0,31	0,017	-	-0,49	0,000	Moderado	-0,12	0,415	-	-0,40	0,003	Moderado	-0,55	0,000	Alto
5A	0,04	0,718	-	-0,13	0,177	-	0,08	0,572	-	0,22	0,106	-	0,11	0,481	-
5B	-0,23	0,085	-	-0,13	0,178	-	-0,26	0,084	-	-0,31	0,021	-	-0,18	0,266	-
6A	0,00	0,947	-	0,11	0,250	-	0,22	0,139	-	0,01	0,927	-	-0,27	0,084	-
6B	-0,22	0,100	-	-0,36	0,000	Moderado	-0,32	0,029	-	-0,11	0,438	-	0,00	0,975	-
7A	0,48	0,000	Moderado	0,16	0,090	-	0,26	0,083	-	0,33	0,010	Moderado	0,33	0,031	-
7B	-0,27	0,042	-	0,04	0,639	-	-0,18	0,218	-	-0,01	0,887	-	-0,09	0,551	-
8A	-0,31	0,019	-	-0,42	0,000	Moderado	-0,21	0,148	-	-0,47	0,000	Moderado	-0,59	0,000	Alto
8B	0,36	0,005	Moderado	0,31	0,002	Moderado	0,23	0,120	-	0,44	0,001	Moderado	0,53	0,000	Alto
9A	-0,59	0,000	Alto	-0,61	0,000	Alto	-0,40	0,006	Moderado	-0,36	0,007	Moderado	-0,69	0,000	Alto
9B	0,51	0,000	Alto	0,41	0,000	Moderado	0,32	0,031	-	0,32	0,010	Moderado	0,58	0,000	Alto
10A	-0,48	0,000	Moderado	-0,22	0,026	-	-0,41	0,005	Moderado	-0,27	0,046	-	-0,40	0,008	Moderado
10B	0,28	0,033	-	0,00	0,087	-	0,21	0,168	-	0,19	0,146	-	0,22	0,158	-
11A	-0,61	0,000	Alto	-0,63	0,000	Alto	-0,46	0,001	Moderado	-0,39	0,003	Moderado	-0,56	0,000	Alto
11B	0,18	0,180	-	0,20	0,038	-	0,29	0,052	-	0,27	0,047	-	0,06	0,690	-
12A	-0,61	0,000	Alto	-0,46	0,000	Moderado	-0,48	0,001	Moderado	-0,17	0,210	-	-0,41	0,007	Moderado
12B	-0,06	0,644	-	-0,17	0,080	-	-0,11	0,472	-	-0,12	0,365	-	0,14	0,376	-

Nota: sombreado en verde: tamaño del efecto alto ( $r > 0,50$ ;  $d > 0,80$ ). Sombreado en naranja: tamaño del efecto moderado ( $r > 0,30$ ;  $d > 0,50$ ).

Gráfico 6.6 – Correlaciones entre personalidad y salud según situación laboral en las muestras española, portuguesa y brasileña



Nota: \*correlaciones negativas. Sólo son representadas las correlaciones significativas ( $p = 0,000$ ) y con tamaño del efecto bajo, moderado o alto.

En el Gráfico 6.6 se representan las correlaciones significativas entre el Índice Global de Salud Física/Psicológica y los factores del NEO (en el caso de la muestra española) y las escalas del MIPS (en el caso de las muestras portuguesa y brasileña).

#### 6.4 – Resumen de las correlaciones

En las Tablas 6.23 (España), 6.24 (Portugal) y 6.25 (Brasil) se presentan las correlaciones encontradas en todos los grupos, que ya fueron descritas en los puntos 6.2 y 6.3, con el objetivo de visualizarse de forma global los resultados descritos anteriormente.

**Tabla 6.23 – Coeficiente  $r$  y tamaño del efecto entre el Índice Global de Salud Física/Psicológica y los factores del NEO para todos los grupos en la muestra española**

	Mujeres								Hombres						Ambos Sexos	
	Todas*		Amas de Casa		Empleadas		En paro		Todos		Empleados		En Paro		$r$	T.E
	$r$	T.E	$r$	T.E.	$r$	T.E.	$r$	T.E	$r$	T.E.	$r$	T.E.	$r$	T.E		
Neuroticismo	-0,71	Alto	-0,74	Alto	-0,70	Alto	-0,72	Alto	-0,68	Alto	-0,65	Alto	-0,68	Alto	-0,70	Alto
Extraversión	0,42	Mod	0,42	Mod	0,33	Mod	0,47	Mod	0,32	Mod	0,19	-	0,40	Mod	0,34	Mod
Apertura	0,16	-	0,27	-	0,07	-	0,24	-	0,12	-	0,07	-	0,12	-	0,10	-
Amabilidad	0,14	-	0,02	-	0,18	-	0,11	-	0,21	-	0,25	-	0,15	-	0,14	-
Responsabilidad	0,36	Mod	0,39	Mod	0,13	-	0,51	Alto	0,41	Alto	0,32	Mod	0,44	Mod	0,35	Mod

Nota: \*excepto las amas de casa. Sombreado en verde: tamaño del efecto alto ( $r > 0,50$ ;  $d > 0,80$ ). Sombreado en naranja: tamaño del efecto moderado ( $r > 0,30$ ;  $d > 0,50$ ).

**Tabla 6.24 – Coeficiente *r* y tamaño del efecto entre el Índice Global de Salud Física/Psicológica y las escalas del MIPS para todos los grupos en la muestra portuguesa**

	Mujeres						Hombres						Ambos Sexos	
	Todas		Empleadas		En paro		Todos		Empleados		En Paro		<i>r</i>	T.E.
	<i>r</i>	T.E.	<i>r</i>	T.E.	<i>r</i>	T.E.	<i>r</i>	T.E.	<i>r</i>	T.E.	<i>r</i>	T.E.		
1A – Expansión	0,56	Alto	0,61	Alto	0,50	Alto	0,55	Alto	0,39	Mod	0,64	Alto	0,54	Alto
1B – Preservación	-0,64	Alto	-0,67	Alto	-0,61	Alto	-0,63	Alto	-0,52	Alto	-0,69	Alto	-0,63	Alto
2A – Modificación	0,19	-	0,32	Mod	0,00	-	0,31	Mod	0,27	-	0,32	Mod	0,22	-
2B – Adecuación	-0,23	-	-0,31	Mod	-0,11	-	-0,47	Mod	-0,41	Mod	-0,48	Mod	-0,31	Mod
3A – Individualidad	0,11	-	0,26	-	-0,07	-	0,03	-	0,17	-	-0,02	-	0,09	-
3B – Protección	-0,12	-	-0,05	-	-0,22	-	-0,12	-	-0,13	-	-0,10	-	-0,14	-
4A – Extraversión	0,32	Mod	0,35	Mod	0,29	Bajo	0,26	Bajo	0,24	-	0,29	Bajo	0,28	Mod
4B – Introversión	-0,39	Mod	-0,37	Mod	-0,45	Mod	-0,40	Mod	-0,43	Mod	-0,35	Mod	-0,38	Mod
5A – Sensación	0,06	-	0,21	-	-0,14	-	0,14	-	0,24	-	0,01	-	0,09	-
5B – Intuición	-0,29	Bajo	-0,34	Mod	-0,23	-	-0,37	Mod	-0,40	Mod	-0,28	-	-0,32	Mod
6A – Pensamiento	-0,03	-	0,02	-	-0,11	-	0,14	-	0,10	-	0,07	-	0,07	-
6B – Sentimiento	-0,27	Bajo	-0,24	-	-0,28	-	-0,37	Mod	-0,35	Mod	-0,35	Mod	-0,34	Mod
7A – Sistematización	0,15	-	0,21	-	0,05	-	0,28	Bajo	0,31	Mod	0,23	-	0,18	-
7B – Innovación	-0,01	-	0,02	-	-0,07	-	-0,15	-	-0,19	-	-0,05	-	-0,07	-
8A – Retraimiento	-0,44	Mod	-0,40	Mod	-0,49	Mod	-0,40	Mod	-0,41	Mod	-0,36	Mod	-0,39	Mod
8B – Sociabilidad	0,32	Mod	0,38	Mod	0,21	-	0,31	Mod	0,30	Mod	0,33	Mod	0,30	Mod
9A – Indecisión	-0,47	Mod	-0,53	Alto	-0,41	Mod	-0,52	Alto	-0,45	Mod	-0,57	Alto	-0,48	Mod
9B – Decisión	0,34	Mod	0,48	Mod	0,15	-	0,38	Mod	0,38	Mod	0,39	Mod	0,36	Mod
10A – Discrepancia	-0,29	Bajo	-0,30	Mod	-0,30	Mod	-0,36	Mod	-0,29	Bajo	-0,35	Mod	-0,30	Mod
10B – Conformismo	0,16	-	0,27	-	0,00	-	0,14	-	0,19	-	0,08	-	0,14	-
11A – Sumisión	-0,54	Alto	-0,52	Alto	-0,58	Alto	-0,52	Alto	-0,41	Mod	-0,57	Alto	-0,49	Mod
11B – Dominio	0,14	-	0,23	-	0,02	-	0,17	-	0,20	-	0,14	-	0,17	-
12A – Descontento	-0,53	Alto	-0,54	Alto	-0,53	Alto	-0,49	Mod	-0,30	Mod	-0,60	Alto	-0,48	Mod
12B – Aquiescencia	-0,05	-	-0,03	-	-0,07	-	-0,23	-	-0,30	Mod	-0,17	-	-0,16	-

Nota: sombreado en verde: tamaño del efecto alto ( $r > 0,50$ ;  $d > 0,80$ ). Sombreado en naranja: tamaño del efecto moderado ( $r > 0,30$ ;  $d > 0,50$ ). Sombreado en lila: tamaño del efecto bajo ( $r > 0,10$ ;  $d > 0,20$ ).

**Tabla 6.25 – Coeficiente *r* y tamaño del efecto entre el Índice Global de Salud Física/Psicológica y las escalas del MIPS para todos los grupos en la muestra brasileña**

	Mujeres								Hombres						Ambos Sexos*	
	Todas*		Amas de Casa		Empleadas		En paro		Todos		Empleados		En Paro		Ambos Sexos*	
	<i>r</i>	T.E.	<i>r</i>	T.E.	<i>r</i>	T.E.	<i>r</i>	T.E.	<i>r</i>	T.E.	<i>r</i>	T.E.	<i>r</i>	T.E.	<i>r</i>	T.E.
1A – Expansión	0,60	Alto	0,62	Alto	0,66	Alto	0,50	Mod	0,47	Mod	0,33	Mod	0,64	Alto	0,54	Alto
1B – Preservación	-0,64	Alto	-0,62	Alto	-0,68	Alto	-0,56	Alto	-0,50	Alto	-0,39	Mod	-0,64	Alto	-0,58	Alto
2A – Modificación	0,28	Bajo	0,46	Mod	0,27	Bajo	0,31	Mod	0,39	Mod	0,41	Mod	0,39	Mod	0,33	Mod
2B – Adecuación	-0,49	Alto	-0,51	Alto	-0,48	Mod	-0,50	Alto	-0,44	Mod	-0,34	Mod	-0,59	Alto	-0,46	Mod
3A – Individualidad	0,20	-	0,20	-	0,25	Bajo	0,08	-	0,08	-	0,15	-	0,02	-	0,19	-
3B – Protección	-0,24	-	-0,09	-	-0,28	Bajo	-0,16	-	0,04	-	-0,04	-	0,14	-	-0,17	-
4A – Extraversión	0,31	Mod	0,38	Mod	0,42	Mod	0,09	-	0,41	Mod	0,40	Mod	0,44	Mod	0,32	Mod
4B – Introversión	-0,37	Mod	-0,31	-	-0,49	Mod	-0,12	-	-0,45	Mod	-0,40	Mod	0,55	Mod	-0,34	Mod
5A – Sensación	-0,06	-	0,04	-	-0,13	-	0,08	-	0,17	-	0,22	-	0,11	-	-0,02	-
5B – Intuición	-0,18	-	-0,23	-	-0,13	-	-0,26	-	-0,25	-	-0,31	-	-0,18	-	-0,16	-
6A – Pensamiento	0,14	-	0,00	-	0,11	-	0,22	-	-0,14	-	0,01	-	-0,27	-	0,13	-
6B – Sentimiento	-0,35	Mod	-0,22	-	-0,36	Mod	-0,32	-	-0,04	-	-0,11	-	0,00	-	-0,28	Bajo
7A – Sistematización	0,19	-	0,48	Mod	0,16	-	0,26	-	0,33	Mod	0,33	Mod	0,33	Mod	0,22	-
7B – Innovación	-0,02	-	-0,27	-	0,04	-	-0,18	-	-0,07	-	-0,01	-	-0,09	-	-0,02	-
8A – Retraimiento	-0,35	Mod	-0,31	-	-0,42	Mod	-0,21	-	-0,52	Alto	-0,47	Mod	-0,59	Alto	-0,37	Mod
8B – Sociabilidad	0,28	Mod	0,36	Mod	0,31	Mod	0,23	-	0,48	Mod	0,44	Mod	0,53	Alto	0,36	Mod
9A – Indecisión	-0,54	Alto	-0,59	Alto	-0,61	Alto	-0,40	Mod	-0,51	Alto	-0,36	Mod	-0,69	Alto	-0,49	Mod
9B – Decisión	0,37	Mod	0,51	Alto	0,41	Mod	0,32	-	0,43	Mod	0,32	Mod	0,58	Alto	0,39	Mod
10A – Discrepancia	-0,29	Bajo	-0,48	Mod	-0,22	-	-0,41	Mod	-0,33	Mod	-0,27	-	-0,40	Mod	-0,27	Bajo
10B – Conformismo	0,04	-	0,28	-	0,00	-	0,21	-	0,21	-	0,19	-	0,22	-	0,10	-
11A – Sumisión	-0,56	Alto	-0,61	Alto	-0,63	Alto	-0,46	Mod	-0,46	Mod	-0,39	Mod	-0,56	Alto	-0,47	Mod
11B – Dominio	0,23	-	0,18	-	0,20	-	0,29	-	0,16	-	0,27	-	0,06	-	0,21	-
12A – Descontento	-0,46	Mod	-0,61	Alto	-0,46	Mod	-0,48	Mod	-0,29	Bajo	-0,17	-	-0,41	Alto	-0,38	Mod
12B – Aquiescencia	-0,15	-	-0,06	-	-0,17	-	-0,11	-	0,00	-	-0,12	-	0,14	-	-0,13	-

Nota: \*excepto las amas de casa. Sombreado en verde: tamaño del efecto alto ( $r > 0,50$ ;  $d > 0,80$ ). Sombreado en naranja: tamaño del efecto moderado ( $r > 0,30$ ;  $d > 0,50$ ). Sombreado en lila: tamaño del efecto bajo ( $r > 0,10$ ;  $d > 0,20$ ).

## **Capítulo 7**

### **Discusión y Conclusiones**

## **7 – Discusión y Conclusiones**

La discusión y conclusiones a las que se han llegado en esta investigación se presentarán de acuerdo a los objetivos y predicciones presentados en el Capítulo 5.

### **7.1 – Estudio 1: Análisis psicométrico de los instrumentos**

El objetivo previo de esta investigación fue analizar si los índices psicométricos de los instrumentos de medida, que todavía no estaban estandarizados en los países incluidos, cumplían con los requisitos necesarios para su uso como medida de las variables empleadas. A partir de este objetivo, se ha definido la siguiente predicción:

*Predicción 1: El análisis de los índices psicométricos del MIPS (consistencia interna, validez interna y validez externa/convergente) y de los demás instrumentos (consistencia interna) permitirá su uso como medida de las variables empleadas en esta investigación en población española, portuguesa y brasileña.*

De acuerdo con los resultados presentados en el Capítulo 6, podemos concluir que los índices psicométricos encontrados para el MIPS, es decir, la consistencia interna, la validez interna y la validez externa, nos permiten su uso como medida de la personalidad en las poblaciones portuguesa y brasileña.

Los análisis de consistencia interna revelaron índices muy aceptables en comparación con los índices encontrados en población adulta en la versión original del instrumento

(Millon, 1994a, 2004a), en la que el alfa de Cronbach promedio es de 0,78 y el índice promedio de las dos mitades es de 0,82. Teniendo en cuenta que se trata de una adaptación, los datos fueron muy cercanos a los encontrados en la estandarización española del instrumento, en la que el alfa de Cronbach promedio es de 0,72 y el índice de las dos mitades es de 0,77. En Portugal se encontró un alfa de Cronbach promedio de 0,73 y un coeficiente promedio de 0,79 a través del procedimiento de las dos mitades. En Brasil, el alfa promedio es de 0,70 y el índice de las dos mitades es de 0,76. Como se puede comprobar, mientras que los índices encontrados en la muestra portuguesa son ligeramente superiores, los índices de la muestra brasileña son ligeramente inferiores a los de la adaptación española.

En cuanto a la validez interna, se ha encontrado el mismo patrón de correlaciones en las muestras portuguesa y brasileña, acordes con el hallado por Millon en la versión original. Así, se observaron correlaciones positivas elevadas entre constructos teóricamente relacionados, correlaciones negativas elevadas entre constructos teóricamente discordantes y correlaciones muy próximas o iguales a cero entre constructos teóricamente no relacionados.

Por último, respecto a la validez externa/convergente, los datos de la versión portuguesa indican que hay una estrecha correspondencia entre las escalas del MIPS, desarrolladas a partir de bases teóricas, y los factores del NEO PI-R, obtenidos empíricamente. O sea, una o más de las escalas del MIPS presentan una correlación moderada o muy elevada con cada uno de los factores del NEO PI-R. Lo mismo ocurre con los datos brasileños, entre las escalas del MIPS y las escalas del IFP, aunque en este caso no tengamos datos

de referencia del cuestionario original, puesto que Millon no ha analizado la validez externa/convergente del MIPS con el IFP.

El análisis de la consistencia interna de los demás instrumentos utilizados, es decir, el ISRA (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad), el RES (Cuestionario de Autoestima de Rosenberg) y el Cuestionario de Dolencias Físicas, también reveló coeficientes alfa cercanos, y en la mayoría de los casos, superiores a 0,80.

Considerando que las propiedades psicométricas de los instrumentos son adecuadas, es decir, el criterio de validez y la estructura interna son aproximadamente las mismas en la cultura original y en las nuevas culturas estudiadas; se puede decir que los instrumentos utilizados son aplicables, tanto por su validez de constructo como por su transculturalidad (Ashton, 1998). Cumplido este objetivo previo, se procedió al análisis de los objetivos foco de esta investigación (Estudios 2 y 3).

## **7.2 – Estudio 2: Relaciones entre personalidad y salud**

El primer objetivo foco de esta investigación fue analizar las relaciones entre las variables (personalidad y salud física/psicológica), buscando establecer perfiles diferenciales de personalidad según el estado de salud de los sujetos en cada muestra estudiada (española, portuguesa y brasileña), para lo que se estableció la siguiente predicción:

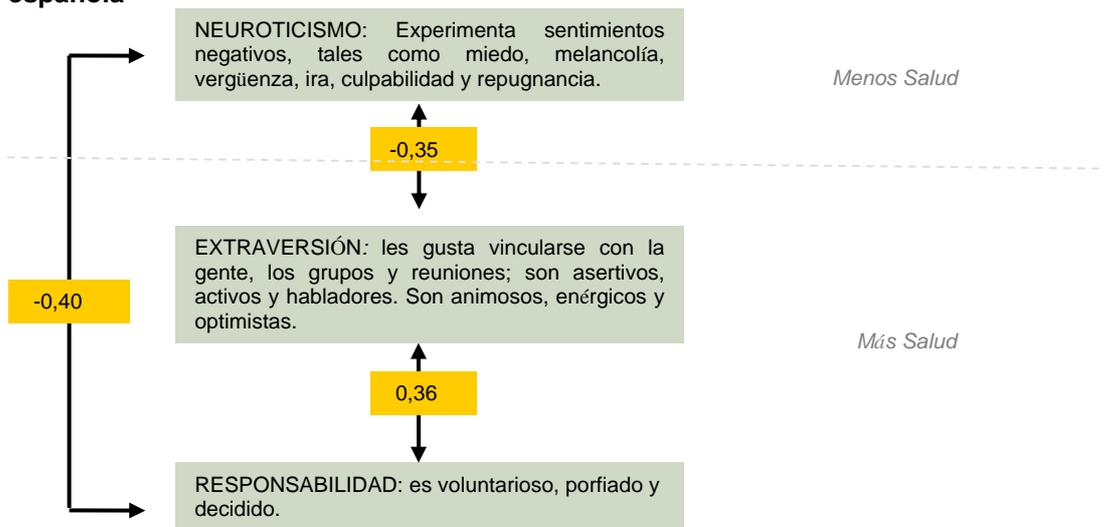
*Predicción 2: Las variables de personalidad más adaptativas estarán asociadas a más salud física/psicológica mientras que las variables de personalidad menos adaptativas estarán asociadas a una peor salud física/psicológica.*

Específicamente con los datos españoles, en los que se aplicó el NEO-FFI como medida de la personalidad, hemos confirmado lo que se ha predicho. Es decir, el factor Neuroticismo (más desadaptativo) ha correlacionado negativamente (y con tamaño del efecto elevado) y los factores Extraversión y Responsabilidad (más adaptativos) correlacionaron positivamente (y con tamaño del efecto moderado) con el Índice Global de Salud Física/Psicológica. No obstante la magnitud de las correlaciones no se ha confirmado totalmente, ya que se esperaban correlaciones con magnitudes elevadas con todos los factores. En todo caso, en el análisis de las diferencias de medias, además de confirmar que los factores Neuroticismo, Extraversión y Responsabilidad son los que producen diferencias significativas según el estado de salud de los sujetos, sí que se encuentra un tamaño del efecto elevado para los tres factores.

En la Figura 7.1 se representa la descripción del perfil de personalidad asociado a más y menos salud en la muestra española, resultantes tanto del análisis correlacional como del análisis de las diferencias de medias entre los grupos extremos (con “buena” y “mala” salud). Así, una de las características principales asociadas a menos salud consiste en ser especialmente sensible a los acontecimientos negativos. Por otro lado, el optimismo, la sociabilidad y la determinación están asociados a más salud. No obstante, hay que tener presente que los factores del NEO correlacionan significativamente entre sí en la muestra estudiada, aunque con una magnitud moderada. Así, se puede observar que el factor de personalidad desadaptativo (Neuroticismo) correlaciona negativamente

con los factores adaptativos (Extraversión y Responsabilidad). Por otro lado, los factores adaptativos correlacionan positivamente entre sí. Esto quiere decir que hay una coherencia tanto interna, en cuanto a las correlaciones entre los factores, cuanto externa en cuanto a su asociación con el estado de salud.

**Figura 7.1 – Factores de personalidad asociados a más y menos salud en la muestra española**



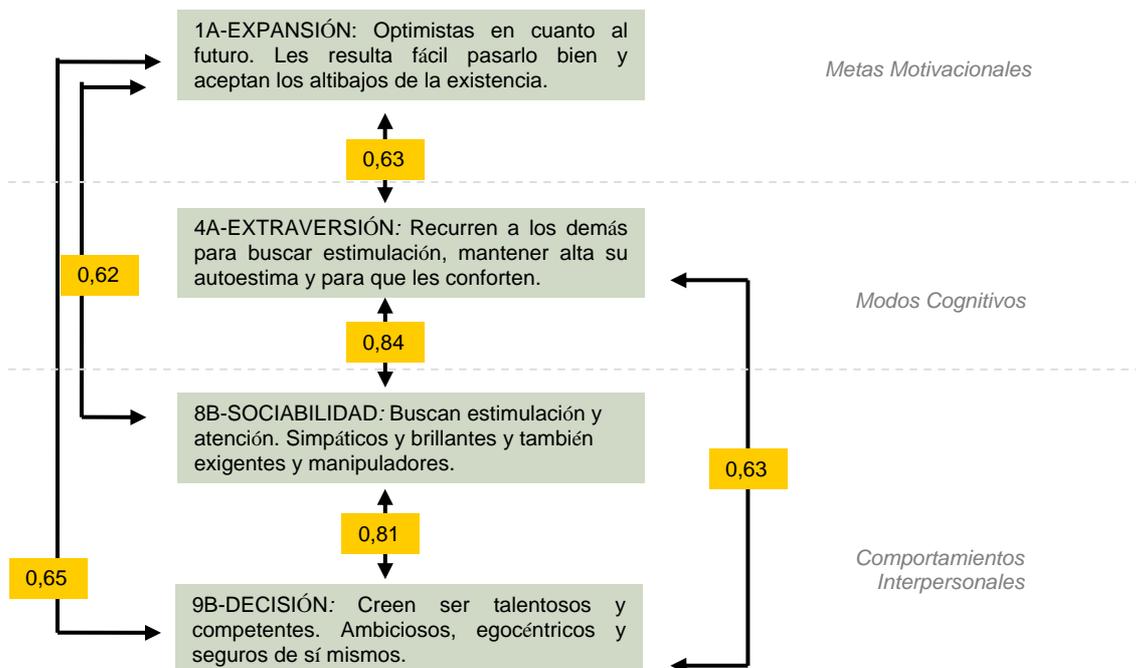
Nota: sombreado en naranja, correlaciones entre las escalas del NEO FFI con  $p < 0,01$ .

Con los datos portugueses y brasileños, en los que se ha utilizado el MIPS como medida de la personalidad, también se confirma la predicción de que las escalas más adaptativas (1A, 2A, 3A, 4A, 5A, 6A, 7A, 8B, 9B, 10B, 11B y 12B) se asociarían a más salud, mientras que las escalas más desadaptativas (1B, 2B, 3B, 4B, 5B, 6B, 7B, 8A, 9A, 10A, 11A y 12A) se asociarían a menos salud. No obstante, no todas las escalas presentaron correlaciones o diferencias de medias significativas y con tamaño del efecto bajo, moderado o alto.

Al igual que con los factores del NEO, en las Figuras 7.2 y 7.3 se representan las correlaciones entre las escalas del MIPS en la muestra portuguesa y en las Figuras 7.4 y

7.5 en la muestra brasileña. Como se puede observar, las escalas presentan correlaciones significativas positivas y elevadas entre sí, lo que es esperable por el hecho de que las escalas del MIPS están superpuestas (ya que comparten ítems entre sí). No obstante, hay que señalar que no todas las escalas comparten todos los ítems o, si lo comparten, el peso asignados por Millon para un ítem en una escala difiere de la otra. En este caso, las correlaciones entre las escalas/factores de personalidad podrían estar demostrando lo señalado por Vollrath y Torgersen (2002) al criticar el hecho de centrar el análisis entre personalidad y salud en una sola variable, como es bastante frecuente en la bibliografía analizada. Según estos autores, las personas no son una cosa u otra y sí una constelación de rasgos de personalidad que los caracterizan de forma simultánea, lo que Millon (1994a, 2004a) denomina estilos de personalidad. Cara a esta interpretación y basándose en los resultado de esta investigación, se podría decir que hay un conjunto de rasgos de personalidad que estarían asociados a más y menos salud, que están relacionados entre sí.

**Figura 7.2 – Escalas de personalidad asociadas a más salud en la muestra portuguesa**



Nota: sombreado en naranja, correlaciones entre las escalas del MIPS con  $p < 0,01$ .

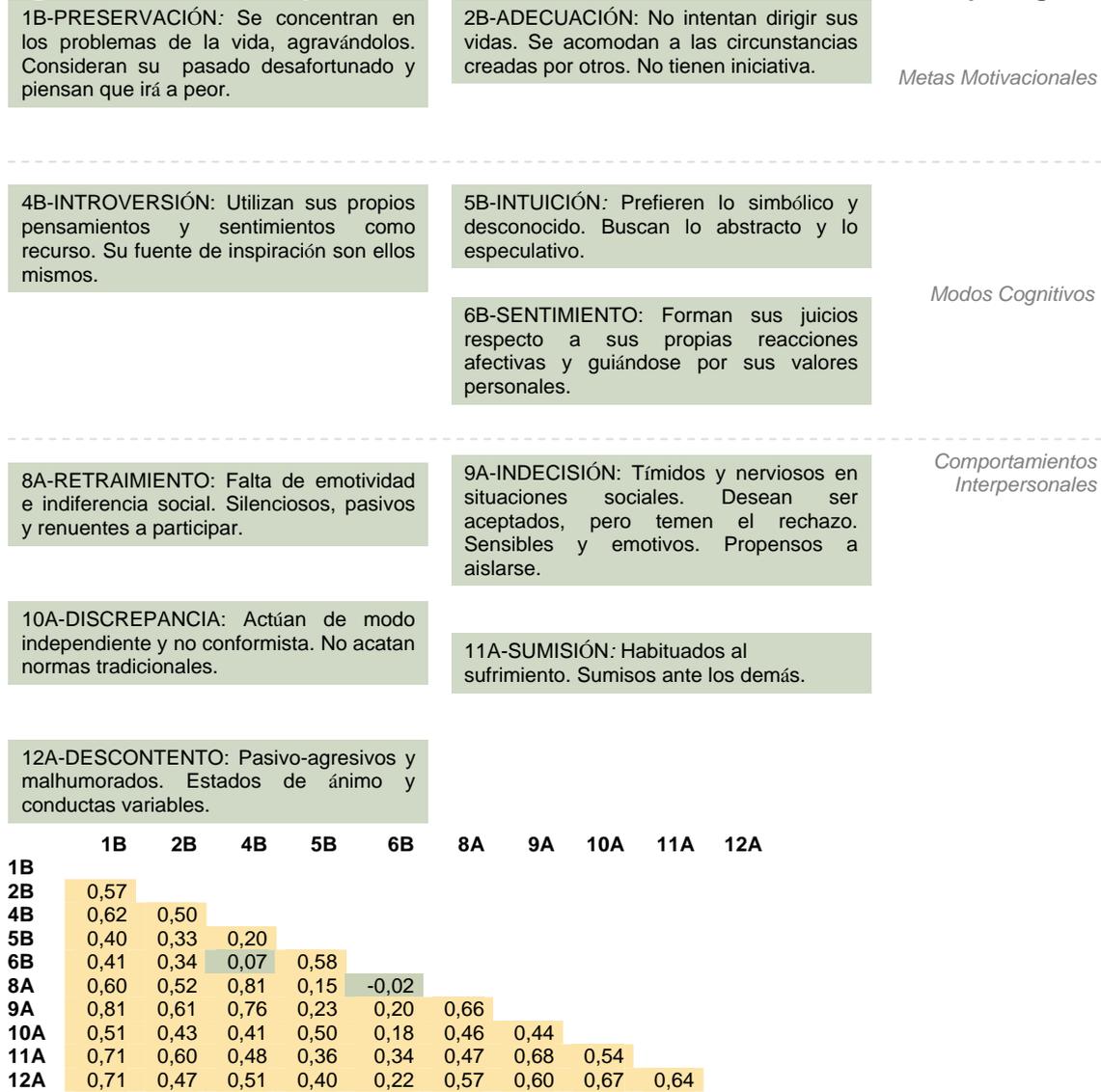
Empezando por interpretar los resultados encontrados con los datos portugueses, en la Figura 7.2 se representan las escalas que se asocian con salud (tanto en el análisis correlacional como en el análisis de diferencias de medias entre grupos extremos según el estado de salud), de modo significativo y con tamaño del efecto alto, moderado o bajo.

Como se puede observar, en cuanto a las Metas Motivaciones (la forma como uno enfrenta el entorno que le rodea), el estilo de personalidad asociado a más salud se caracteriza por afrontar la vida con optimismo y determinación; lo que hace referencia a la polaridad “placer” (buscar los acontecimientos que son atractivos o que nos refuerzan positivamente) del principio evolutivo “Existencia”. A la hora de buscar la información (Modos Cognitivos), recurren a los demás, lo que se asocia a la polaridad “externa” del principio evolutivo “Abstracción” (capacidad de reflexionar, interrelacionar y sintetizar la diversidad, representar simbólicamente los acontecimientos y procesos, sopesar, razonar y anticipar). Por último, cuando se relacionan con los demás (Comportamientos Interpersonales), son sociables (polaridad gregarismo), decididos y seguros de sí mismos (polaridad seguridad).

Los estilos de personalidad asociados a menos salud en la muestra portuguesa son representados en la Figura 7.3. Como se puede verificar, en cuanto a las Metas Motivacionales, las personas con menos salud son inhibidas y reprimidas, ansiosas, pesimistas y demasiado preocupadas por las dificultades de la vida; lo que se asocia a la polaridad “dolor” del principio evolutivo “Existencia”. Afrontan los acontecimientos de la vida de forma pasiva, lo que está asociado a la polaridad “pasividad” del principio evolutivo “Adaptación” (modos de supervivencia primarios). En cuando a sus Modos

Cognitivos, se basan en si mismo (polaridad interna) y prefieren lo intangible como fuente de información; procesándola desde una óptica subjetiva, reaccionando de forma visceral, sea por estados de ánimo negativo o positivo (polaridad afecto). Sus comportamientos interpersonales son bastante pobres, ya que son retraídos, propensos a aislarse (polaridad distanciamiento físico/emocional), inseguros (polaridad inseguridad), escépticos con respecto a las intenciones de la mayoría de las personas (polaridad desacato), sumisos (polaridad sumisión) y creen a menudo que son tratados de forma injusta (polaridad descontento).

**Figura 7.3 – Escalas de personalidad asociadas a menos salud en la muestra portuguesa**



Nota: correlaciones entre las escalas del MIPS. Sombreado en naranja:  $p < 0,01$ . Sombreado en verde: no son significativas.

Los resultados encontrados en la muestra brasileña siguen el patrón general encontrado en la muestra portuguesa. En la Figura 7.4 se representan las escalas del MIPS que se asocian a más salud, tanto en el análisis correlacional como en el análisis de diferencias de medias entre grupos extremos de “buena” y “mala” salud. Como se puede observar, las escalas son las mismas que las de Portugal, añadiéndose tres más en el caso de Brasil: *Modificación, Sistematización y Dominio*. Así, en cuanto a las *Metas Motivacionales*, los participantes brasileños con más salud, además de afrontar la vida con optimismo y determinación, lo hacen de forma activa (*polaridad actividad*), planeando estrategias y alternativas para evitar experiencias negativas (*obstáculos, castigo, rechazo, ansiedad, etc.*). En cuanto a los *Modos Cognitivos*, los participantes brasileños también procesan la información que reciben del exterior en este caso (*polaridad externa*), de forma sistemática y perfeccionista (*polaridad asimilación*). Por último, a la hora de relacionarse con los demás, también suscitan respeto y obediencia de los demás (*polaridad dominio*).

En cuanto a las escalas que se asocian a menos salud (ver Figura 7.5), se encuentra casi una total similitud con los datos portugueses. La única excepción reside en la escala *Intuición*, que correlaciona significativamente en la muestra portuguesa, pero no en la muestra brasileña. Así, a diferencia de los portugueses, los brasileños con menos salud no optan por lo intangible como fuente de información (*Modos Cognitivos*).

**Figura 7.4 – Escalas de personalidad asociadas a más salud en la muestra brasileña**



	1A	2A	4A	7A	8B	9B	11B
1A							
2A	0,53						
4A	0,56	0,57					
7A	0,42	0,60	0,26				
8B	0,54	0,77	0,78	0,43			
9B	0,60	0,70	0,56	0,44	0,77		
11B	0,27	0,55	0,21	0,14	0,43	0,61	

Nota: correlaciones entre las escalas. Sombreado en naranja:  $p < 0,01$ . Sombreado en lila:  $p < 0,05$ .

**Figura 7.5 – Escalas de personalidad asociadas a menos salud en la muestra brasileña**

1B-PRESERVACIÓN: Se concentran en los problemas de la vida, agravándolos. Consideran su pasado desafortunado y piensan que irá a peor.	2B-ADECUACIÓN: No intentan dirigir sus vidas. Se acomodan a las circunstancias creadas por otros. No tienen iniciativa.	<i>Metas Motivacionales</i>
<hr style="border-top: 1px dashed #ccc;"/>		
4B-INTROVERSIÓN: Utilizan sus propios pensamientos y sentimientos como recurso. Su fuente de inspiración son ellos mismos.	6B-SENTIMIENTO: Forman sus juicios respecto a sus propias reacciones afectivas y guiándose por sus valores personales.	<i>Modos Cognitivos</i>
<hr style="border-top: 1px dashed #ccc;"/>		
8A-RETRAIMIENTO: Falta de emotividad e indiferencia social. Silenciosos, pasivos y renuentes a participar.	9A-INDECISIÓN: Tímidos y nerviosos en situaciones sociales. Desean ser aceptados, pero temen el rechazo. Sensibles y emotivos. Propensos a aislarse.	<i>Comportamientos Interpersonales</i>
10A-DISCREPANCIA: Actúan de modo independiente y no conformista. No acatan normas tradicionales.	11A-SUMISIÓN: Habitados al sufrimiento. Sumisos ante los demás.	
<div style="background-color: #d9ead3; padding: 5px; display: inline-block;">12A-DESCONTEÑO: Pasivo-agresivos y malhumorados. Estados de ánimo y conductas variables.</div>		

	1B	2B	4B	6B	8A	9A	10A	11A	12A
<b>1B</b>									
<b>2B</b>	0,64								
<b>4B</b>	0,63	0,58							
<b>6B</b>	0,39	0,34	0,01						
<b>8A</b>	0,58	0,54	0,79	-0,06					
<b>9A</b>	0,80	0,65	0,75	0,23	0,63				
<b>10A</b>	0,48	0,43	0,49	0,05	0,46	0,44			
<b>11A</b>	0,74	0,66	0,53	0,36	0,50	0,72	0,47		
<b>12A</b>	0,65	0,45	0,60	0,16	0,54	0,60	0,66	0,60	

Nota: correlaciones entre las escalas. Sombreado en naranja:  $p < 0,01$ . Sombreado en verde: no son significativas.

Como se puede observar, tanto en la muestra brasileña como en la muestra portuguesa, hay más escalas del MIPS que se asocian de forma significativa a menos que a más salud. Además, hay más escalas del área de Comportamientos Interpersonales que de las demás áreas. Millon (1994a, 2004a) resalta que algunos autores incluso sugieren que la forma en los individuos se relacionan es esencial para las experiencias cotidianas, lo que les hace pensar que las variables interpersonales deberían tener primacía sobre los dominios psicológicos. Los datos de esta investigación confirman esta idea al menos

en lo que a la asociación personalidad-salud se refiere, ya que de entre las escalas del MIPS que demuestran relaciones significativas con salud, hay ocho escalas del área de Comportamientos Interpersonales frente a cinco del área de Modos Cognitivos y cuatro del área de Metas Motivacionales en las muestras portuguesa y brasileña. No obstante, cabe resaltar que las únicas escalas que presentan correlaciones de magnitud alta, tanto en la muestra portuguesa como en la brasileña, son Expansión (asociada a más salud) y Preservación (asociada a menos salud), que forman parte del área de Metas Motivacionales.

Tras el análisis de los resultados encontrados en cada país, cabe ahora interpretar los resultados en conjunto, contrastándolos con los estudios previos analizados. Sin embargo, no se dispone de estudios previos que hayan utilizado el modelo de personalidad de Millon (o el MIPS como medida de la personalidad), por lo que se hace un análisis previo de correspondencia entre el MIPS y el NEO, que nos revela que las similitudes entre el patrón encontrado en las muestras portuguesa y brasileña no acaban ahí. Así, analizando las correlaciones de los factores del NEO con las escalas del MIPS (en la versión original, ver Tabla 5.1, y en la muestra portuguesa, ver Tabla 6.3), encontramos que el factor Neuroticismo que resultó asociado a menos salud en la muestra española está relacionado positivamente con las escalas del MIPS que también están asociadas a menos salud y negativamente con las que están asociadas a más salud en las muestras portuguesa y brasileña. Por otro lado, los factores Extraversión y Responsabilidad, que resultaron asociados a más salud en la muestra española están relacionados positivamente con las escalas del MIPS que también están asociadas a más salud y negativamente con las escalas que están asociadas a menos salud en las muestras portuguesa y brasileña.

El factor Neuroticismo se relaciona positiva y significativamente con todas las escalas del MIPS que resultaron estar asociadas a menos salud: Preservación, Adecuación, Intuición, Sentimiento, Indecisión, Discrepancia, Sumisión y Descontento. Además, las escalas Expansión, Sistematización, Sociabilidad, Decisión y Dominio, que están asociadas a más salud, están relacionadas negativa y significativamente con este factor.

Por otro lado, el factor Extraversión (que resultó asociado a más salud en la muestra española y en la bibliografía previa analizada) está relacionado significativa y directamente con las escalas Expansión, Modificación, Extraversión, Sociabilidad y Decisión del MIPS, que resultaron estar asociadas a más salud. Asimismo, las escalas del MIPS Preservación Adecuación, Introversión, Indecisión y Sumisión, asociadas a menos salud, están relacionadas inversa y significativamente con el factor Extraversión.

Por último, el factor Responsabilidad, asociado a más salud en la muestra española, está relacionado positiva y significativamente con las escalas del MIPS: Expansión, Modificación, Sistematización y Decisión. Mientras que las escalas del MIPS Preservación, Adecuación, Intuición, Discrepancia, Sumisión y Descontento están relacionadas negativa y significativamente con este factor.

No se han encontrado correlaciones o diferencias de medias significativas con los factores Apertura y Amabilidad del NEO. Los estudios previos que se han analizado en el Capítulo 3 tampoco encuentran relación de estos factores con salud/enfermedad, por lo que no se esperaban correlaciones con estos factores en la predicción establecida. Cabe señalar que estos factores correlacionan significativamente con muchas de las

escalas del MIPS que tampoco resultaron asociadas a más o menos salud en las muestras portuguesa y brasileña. En el caso del factor Apertura, con las escalas Sensación, Pensamiento e Innovación del MIPS; y en el caso de factor Amabilidad, con las escalas Individualidad, Protección, Innovación y Aquiescencia del MIPS.

Cabe resaltar que tanto el factor Neuroticismo como las escalas Expansión y Preservación, que presentan correlaciones altas (positivas en unos casos y negativas en otros) entre sí, son variables que presentan un coeficiente  $r$  de magnitud elevada. Esto podría indicar que la forma como uno afronta el ambiente que le rodea, es decir, con optimismo y determinación o con negativismo y resignación, tiene un impacto significativo en la percepción del estado de salud.

La asociación negativa entre Neuroticismo y salud que se ha hallado corrobora los resultados de los estudios analizados. El propio Eysenck (Suls & Rittenhouse, 1990) sugería, entre otras hipótesis, que los neuróticos presentarían más riesgo de desarrollar una enfermedad porque experimentan estrés de modo crónico. Lauriola, Russo, Lucidi, Violan y Levin (2005) encuentran que el Neuroticismo aparece como predictor de la búsqueda de riesgo para la salud. El Neuroticismo y la agresividad oculta fueron identificados por Tanunm y Malt (2001) como indicadores de vulnerabilidad a las enfermedades gastrointestinales. Smith y Zautra (2002) encuentran que los pacientes con enfermedades óseas (artritis reumatoide y osteoartritis) que tienen altos niveles de Neuroticismo reportan más estrés interpersonal, que a su vez está asociado con más distrés y actividad de la enfermedad. El Neuroticismo también está directamente asociado con el relato de síntomas infundados (Feldman, Cohen, Doyle, Skoner & Gwaltney, 1999). También se ha asociado a la mortalidad en pacientes con fallo

cardíaco (Murberg, Bru & Aarsland, 2001). Aparece como predictor independiente para todos los índices de angustia y quejas de salud cuando se analiza la satisfacción con el apoyo social en pacientes que han tenido el primer infarto (Pedersen, Middel & Larsen, 2002). Marusic y Eysenck (2001) encuentran que la interacción Neuroticismo-consumo de tabaco es más importante que sólo fumar en lo que se refiere a las isquemias coronarias.

Por otro lado, los estudios previos que han analizado los factores de personalidad del NEO en conjunto, también encontraron resultados en la misma dirección de los aquí presentados. Así, por ejemplo, mientras que el Neuroticismo predice una precaria conducta de salud, la Extraversión está asociada con conductas, expectativas y estimativas de una mejor salud (William's, O'Brien & Colder, 2004). Los resultados de Wilson, Gu, Bienios, Mendes de León y Evans (2005) indican que altos niveles de Extraversión y bajos niveles de Neuroticismo están asociados con una significativa reducción del riesgo de mortalidad en ancianos. Ramírez-Maestre, López-Martínez y Esteve-Zarazaga (2004) encuentran por un lado que el Neuroticismo está relacionado al uso de estrategias de afrontamiento pasivas y más intensidad en la percepción del dolor crónico, y por otro, que la Extraversión se asocia positivamente con el uso de estrategias de afrontamiento activas y negativamente con la percepción de la intensidad del dolor. El estudio de Christensen, Ehlers, Wiebe, Moran Raichle, Ferneyhough et al. (2002) revela que los pacientes con insuficiencia renal crónica que presentan altas puntuaciones en Neuroticismo y bajas puntuaciones en Responsabilidad tienen su mortalidad estimada en alrededor de 37%. Por último, Penedo, González, Dahn Antoni, Malow, Costa et al. (2003) encuentran que las variables de personalidad no están directamente relacionadas con la adherencia al tratamiento del VIH-SIDA. No obstante, el

Neuroticismo está significativamente asociado a una pobre calidad de vida y la Responsabilidad y la Extraversión con una buena calidad de vida, que a su vez está relacionada con la adherencia al tratamiento.

El estudio de Vollrath y Torgesen (2002), en que los autores combinan los factores Neuroticismo, Extraversión y Responsabilidad del NEO, resultando en ocho tipos de personalidad (ver Tabla 3.8 en el Capítulo 3), también corroboran los resultados de esta investigación. Los autores han encontrado que el tipo “Inseguro”, compuesto por altos niveles de Neuroticismo y bajos niveles de Extraversión y Responsabilidad, son particularmente propensos a entablar múltiples comportamientos de riesgo para la salud (consumo de tabaco, alcohol, drogas; y actividad sexual sin protección).

Más allá de los factores del NEO, las variables de personalidad analizadas en la bibliografía previa también demuestran cierta correspondencia de contenido con los factores del NEO y las escalas del MIPS estudiadas. Así, el Optimismo, rasgo que está presente en el factor Extraversión del NEO y en la escala Expansión del MIPS (y que ha estado asociado a más salud en esta investigación), ha sido relacionado en un estudio previo a la respuesta positiva tras la administración de un placebo que se informaba tendría efectos desagradables (Geers, Helfer, Kosbab, Weiland & Landry, 2005), por ejemplo. También ha estado relacionado positivamente a la respuesta inmune (Seegerstrom, Castañeda & Spencer, 2003). Ha sido relacionado inversamente a las preocupaciones con tener y con el riesgo de padecer cáncer de mama (McGregor, Bowen Ankerst, Andersen, Yasui & MacTiernan, 2004). Y, influye en el ajuste de las personas que han sido tratadas de cáncer (Carver, Smith Derhagopian, Antoni, Petronis & Weiss, 2005).

La Hostilidad, otro rasgo ampliamente estudiado en la bibliografía previa, considerada como el componente tóxico del patrón Tipo A, se corresponde con una de las facetas del factor Neuroticismo y podría corresponderse con las escalas Discrepancia y Descontento del MIPS, en la medida en que éstas incluyen una actitud negativa duradera hacia los demás, que envuelve componentes cognitivos, afectivos y conductuales. Los estudios previos encuentran que la Hostilidad es predictora de un amplio rango de indicadores de riesgo para la salud (Siegler, Costa, Brummett, Helms, Barefoot, William et al., 2003), está asociada a una carga elevada de síntomas relatados (Christensen, Lund, Damsgaard, Holstein, Ditlevsen, Diderichsen et al., 2004) y relacionada a un incremento de la actividad inflamatoria (Surtees, Wanwright, Khaw Luben, Brayne & Day, 2003). Además, ha sido largamente estudiada en su relación con las enfermedades cardiovasculares. Los estudios indican que los sujetos hostiles se exponen a múltiples experiencias y encuentros interpersonales generadores de estrés que a su vez modulan la actividad cardiovascular (p.ej., Sloan, Bagiella, Shapiro, Kuhl, Chernikova, Berg et al., 2001; Brondolo, Rieppi, Ericsson, Bagiella, Shapiro, McKinley et al., 2003).

En resumen, basándose en los resultados de esta investigación, contrastados con la bibliografía previa, se puede confirmar la idea de Friedman & Booth-Kewley (1987b), de que una personalidad desadaptada en realidad puede ser particularmente pro desarrollo de enfermedades o de menos salud en este caso. Además, los rasgos de personalidad asociados a más y menos salud trascienden la nación/cultura, ya que hay más similitudes que diferencias en los estilos de personalidad asociados a salud en las muestras estudiadas (española, portuguesa y brasileña). Por tanto, se confirma la

predicción realizada previamente, es decir, un estilo de personalidad desadaptado, definido por una tendencia a experimentar emociones negativas de forma pasiva, con una inestabilidad emocional de fondo, y por la tendencia a inhibir la expresión de estas emociones en la interacción social, esta última caracterizada por el aislamiento, la sumisión y la inseguridad, sería un terrero fructífero para una pobre salud y quizás para la aparición y desarrollo de posibles enfermedades. Estas tendencias básicas coinciden con las características del patrón o estilo de conducta tipo C, asociado al cáncer (Greer & Morris, 1975; Temoshok, 1987) y de la personalidad Tipo D, de reciente aparición, asociada al peor pronóstico y adherencia al tratamiento de las enfermedades cardiovasculares tras su diagnóstico (Denollet, Vaes & Brutsaert, 2000; Pedersen & Middel, 2001; Pedersen, Van Domburg, Theuns, Jordaens & Erdman, 2004).

Por otro lado, el estilo de personalidad asociado a más salud se caracteriza por afrontar los hechos de la vida con optimismo y determinación, afrontándolos de forma activa, recurriendo a los demás como fuente de información y con unas relaciones interpersonales saludables, basadas en la seguridad en uno mismo.

Finalmente, tomando como base a los resultados obtenidos en las muestras española, portuguesa y brasileña, se considera que el MIPS es un instrumento apropiado para analizar la asociación personalidad-salud, ya que nos proporciona más detalles sobre la personalidad, de forma integrada, en tres campos de fundamental importancia en esta materia: las Metas Motivacionales (cómo uno afronta su entorno), los Modos Cognitivos (cómo uno busca y procesa la información que recibe del entorno) y los Comportamientos Interpersonales (es decir, cómo se relaciona con los demás). Por otro lado, el marco teórico a partir del cual está construido nos proporciona un grupo de

principios coherentes que explican cómo y por qué los hallazgos clínicos toman la forma que tienen, a diferencia de las concepciones basadas sólo en datos empíricos. Los datos empíricos proporcionan inspiraciones valiosas, pero el “significado” de un esquema científico requiere un fundamento lógico, teórico, explícito y sistemático (Millon, 1994a, 2004a). Además, como se podrá comprobar en el estudio siguiente, el MIPS, por su estructura basada en 24 escalas, nos ofrece más posibilidades de diferenciar los grupos según sexo y situación laboral.

### **7.3 – Estudio 3: Diferencias según sexo/género, situación laboral y cultura/nación**

El tercer y último objetivo de la investigación fue analizar si el sexo/género, la situación laboral y la cultura/nación modulan las relaciones entre personalidad y salud, por lo que se ha predicho que:

*Predicción 3: Las variables sexo/género, situación laboral y cultura/nación modularán las posibles relaciones entre personalidad y salud encontradas en la Predicción 2.*

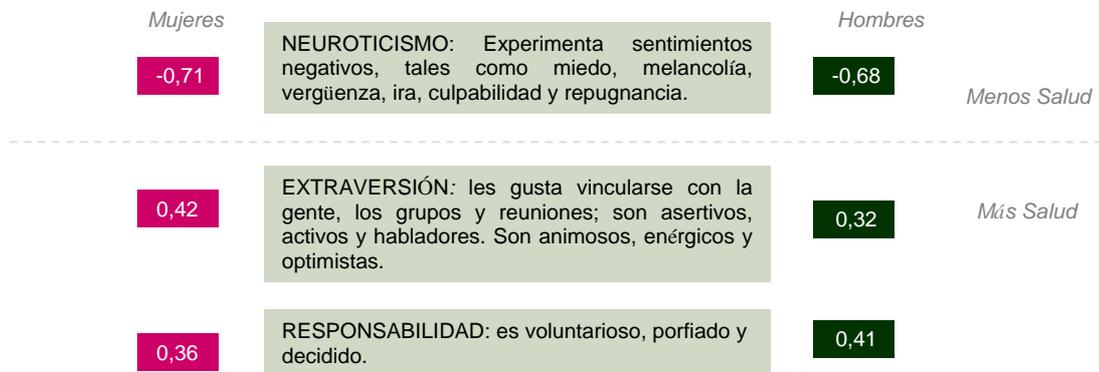
Conforme a los resultados presentados en el Capítulo 6, primero se presenta la discusión de los datos separados por sexo y a continuación según la situación laboral para cada muestra estudiada (española, portuguesa y brasileña).

### **7.3.1 – Diferencias según sexo/género y cultura/nación**

En la Figura 7.6 se representan las correlaciones entre los factores del NEO y el Índice Global de Salud Física/Psicológica según sexo en la muestra española. Como se puede observar, se mantienen los factores, así como la magnitud y la dirección de las correlaciones, del Estudio 2. El único factor que presenta correlaciones que difieren levemente (es decir, más que nueve décimas) según sexo es Extraversión, que presenta una correlación más elevada en las mujeres.

Muchos estudios que se han analizado no presentan los resultados desagregados por sexo y otros incluyen sólo a mujeres o a hombres en las muestras, como se ha visto en el Capítulo 4. En todo caso, los estudios que presentan los resultados para ambos sexos tampoco encuentran diferencias según sexo en las relaciones entre el factor Neuroticismo y enfermedad/salud. Lariola, Russo, Lucidi, Violan y Levin (2005) encuentran que el Neuroticismo es un fuerte predictor de la adopción de conductas de riesgo para la salud, pero las diferencias según sexo son insignificantes, aunque las mujeres puntúen más en este factor. Murberg, Bru y Aarschland (2001) corroboran este resultado en cuanto a la mortalidad, encontrando que el Neuroticismo es un fuerte predictor independiente de sexo, edad y de la severidad de la enfermedad (fallo cardíaco en este caso).

**Figura 7.6 – Factores de personalidad asociados a más y menos salud según sexo en la muestra española**



Nota: sombreado en burdeos (mujeres) y en verde oscuro (hombres): Correlaciones significativas con el Índice Global de Salud Física/Psicológica.

En la Figura 7.7 se representan las correlaciones entre las escalas del MIPS y el Índice Global de Salud Física/Psicológica en la muestra portuguesa. Como se puede observar, las escalas Modificación y Sistematización, que en el Estudio 2 no presentaron correlaciones significativas en la muestra portuguesa, aparecen aquí como relevantes para la submuestra de hombres. Además, la escala Adecuación sólo se muestra significativa para este grupo. Por otro lado, la escala Sentimiento, que correlaciona significativamente tanto en mujeres cuanto en hombres, presenta una magnitud diferente (más que nueve décimas) favoreciendo a los hombres. Las demás escalas, tanto asociadas a más salud (Expansión, Extraversión, Sociabilidad y Decisión) como las asociadas a menos salud (Preservación, Introversión, Retraimiento, Indecisión, Discrepancia, Sumisión y Descontento), presentan diferencias insignificantes entre hombres y mujeres, es decir, al restar ambas correlaciones, la diferencia no supera nueve décimas. Esto indica que hay más similitudes que diferencias en las relaciones entre personalidad y salud cuando se analizan los resultados según sexo en la muestra portuguesa.

**Figura 7.7 – Escalas de personalidad asociadas a más y menos salud según sexo en la muestra portuguesa**

0,56 0,55	1A-EXPANSIÓN: Optimistas en cuanto al futuro. Les resulta fácil pasarlo bien y aceptan los altibajos de la existencia.	4A-EXTRAVERSIÓN: Recurren a los demás para buscar estimulación, mantener alta su autoestima y para que les conforten.	0,32 0,26
0,31	2A-MODIFICACIÓN: El futuro depende de ellos, por lo que intentan cambiar su entorno para conseguir sus deseos.	8B-SOCIABILIDAD: Buscan estimulación y atención. Simpáticos y brillantes y también exigentes y manipuladores.	0,32 0,31
0,34 0,38	9B-DECISIÓN: Creen ser talentosos y competentes. Ambiciosos, egocéntricos y seguros de sí mismos.	7A-SISTEMATIZACIÓN: Organizados. Perfeccionistas y eficientes.	0,28
<i>Más Salud</i>			
-0,64 -0,63	1B-PRESERVACIÓN: Se concentran en los problemas de la vida, agravándolos. Consideran su pasado desafortunado y piensan que irá a peor.	2B-ADECUACIÓN: No intentan dirigir sus vidas. Se acomodan a las circunstancias creadas por otros. No tienen iniciativa.	-0,47
<i>Menos Salud</i>			
-0,39 -0,40	4B-INTROVERSIÓN: Utilizan sus propios pensamientos y sentimientos como recurso. Su fuente de inspiración son ellos mismos.	5B-INTUICIÓN: Prefieren lo simbólico y desconocido. Buscan lo abstracto y lo especulativo.	-0,29 -0,37
-0,27 -0,37	6B-SENTIMIENTO: Forman sus juicios respecto a sus propias reacciones afectivas y guiándose por sus valores personales.	8A-RETRAIMIENTO: Falta de emotividad e indiferencia social. Silenciosos, pasivos y renuentes a participar.	-0,44 -0,40
-0,47 -0,52	9A-INDECISIÓN: Tímidos y nerviosos en situaciones sociales. Desean ser aceptados, pero temen el rechazo. Sensibles y emotivos. Propensos a aislarse.	10A-DISCREPANCIA: Actúan de modo independiente y no conformista. No acatan normas tradicionales.	-0,29 -0,36
-0,54 -0,52	11A-SUMISIÓN: Habitados al sufrimiento. Sumisos ante los demás.	12A-DESCONTENTO: Pasivo-agresivos y malhumorados. Estados de ánimo y conductas variables.	-0,53 -0,49

Nota: sombreado en burdeos (mujeres) y en verde oscuro (hombres): correlaciones significativas con el Índice Global de Salud Física/Psicológica. Sombreado en naranja: escalas que no resultaron significativas en el Estudio 2.

En todo caso, cabe resaltar que hay más escalas que correlacionan significativamente en los hombres (16 en total) que en las mujeres (13 en total). Además, como se ha dicho anteriormente, una de las escalas que correlaciona en ambos sexos (Sentimiento), tiene una correlación más elevada en los hombres. Con base a estos resultados, se podría decir que, en la muestra portuguesa, la personalidad de los hombres está más íntimamente relacionada con su salud que en el caso de las mujeres.

Dicho esto, cara al estilo de personalidad descrito en el Estudio 2 para la muestra portuguesa en total, los hombres se diferencian de las mujeres, sobretodo en cuanto a los rasgos de personalidad asociados a más salud, ya que además de afrontar la vida con optimismo y determinación, lo hacen de forma activa (polaridad actividad), planeando estrategias y alternativas para evitar experiencias negativas (obstáculos, castigo, rechazo, ansiedad, etc.). En cuanto a los Modos Cognitivos, los hombres procesan la información que reciben de forma sistemática y perfeccionista (polaridad asimilación). En cuanto a los rasgos asociados a menos salud, tanto hombres como mujeres procesan la información que reciben desde una óptica subjetiva, reaccionando de forma visceral, sea por estados de ánimo negativo o positivo (polaridad afecto), pero en los hombres este rasgo está más fuertemente asociado a la salud que en las mujeres.

En el caso de los datos brasileños, que son representados en la Figura 7.8, se repiten las variables que presentan correlaciones significativas en el Estudio 2 en la muestra total brasileña, excepto la escala Dominio, que antes presentaba una correlación con tamaño del efecto bajo y desaparece al analizar los resultados separados por sexo.

Como se puede verificar, a diferencia de los datos de la muestra portuguesa, se observa un patrón diferencial de personalidad según sexo, asociado a más y menos salud. Así, las correlaciones con las escalas Expansión, Descontento, Sumisión y Preservación son más elevadas (difieren más que nueve décimas) en las mujeres; y la escala Sentimiento sólo correlaciona significativamente en este grupo. Por otro lado, en hombres son más elevadas las correlaciones con las escalas Modificación, Extraversión, Sociabilidad y Retraimiento; y la escala Sistematización correlaciona significativamente sólo en este grupo. Sin embargo, las escalas Adecuación, Introversión, Discrepancia, Decisión e

Indecisión no presentan correlaciones que difieren de forma relevante entre hombres y mujeres.

**Figura 7.8 – Escalas de personalidad asociadas a más y menos salud según sexo en la muestra brasileña**

0,60 0,47	1A-EXPANSIÓN: Optimistas en cuanto al futuro. Les resulta fácil pasarlo bien y aceptan los altibajos de la existencia.	4A-EXTRAVERSIÓN: Recurren a los demás para buscar estimulación, mantener alta su autoestima y para que les conforten.	0,31 0,41	
0,28 0,39	2A-MODIFICACIÓN: El futuro depende de ellos, por lo que intentan cambiar su entorno para conseguir sus deseos.	7A-SISTEMATIZACIÓN: Organizados. Perfeccionistas y eficientes.	0,33	Más Salud
0,37 0,43	9B-DECISIÓN: Creen ser talentosos y competentes. Ambiciosos, egocéntricos y seguros de sí mismos.	8B-SOCIABILIDAD: Buscan estimulación y atención. Simpáticos y brillantes y también exigentes y manipuladores.	0,28 0,48	
-0,64 -0,50	1B-PRESERVACIÓN: Se concentran en los problemas de la vida, agravándolos. Consideran su pasado desafortunado y piensan que irá a peor.	2B-ADECUACIÓN: No intentan dirigir sus vidas. Se acomodan a las circunstancias creadas por otros. No tienen iniciativa.	-0,49 -0,44	Menos Salud
-0,37 -0,45	4B-INTROVERSIÓN: Utilizan sus propios pensamientos y sentimientos como recurso. Su fuente de inspiración son ellos mismos.	8A-RETRAIMIENTO: Falta de emotividad e indiferencia social. Silenciosos, pasivos y renuentes a participar.	-0,35 -0,52	
-0,35	6B-SENTIMIENTO: Forman sus juicios respecto a sus propias reacciones afectivas y guiándose por sus valores personales.	10A-DISCREPANCIA: Actúan de modo independiente y no conformista. No acatan normas tradicionales.	-0,29 -0,33	
-0,54 -0,51	9A-INDECISIÓN: Tímidos y nerviosos en situaciones sociales. Desean ser aceptados, pero temen el rechazo. Sensibles y emotivos. Propensos a aislarse.	12A-DESCONTENTO: Pasivo-agresivos y malhumorados. Estados de ánimo y conductas variables.	-0,46 -0,29	
		11A-SUMISIÓN: Habitados al sufrimiento. Sumisos ante los demás.	-0,56 -0,46	

Nota: sombreado en burdeos (mujeres) y en verde oscuro (hombres): correlaciones significativas con el Índice Global de Salud Física/Psicológica.

Es curioso que en las escalas en que hay correlaciones diferenciales según sexo, no se verifiquen diferencias destacadas en las medias en estas escalas en mujeres y hombres.

Destacamos este dato en la Tabla 7.1, recuperando los datos generales presentados en la Tabla 6.10 (ver Capítulo 6). Esto quiere decir que no se trata de que estas escalas difieren según sexo *per se*, y sí que son las relaciones de estas escalas con salud que presentan magnitudes diferentes según sexo.

**Tabla 7.1 – Estadísticos descriptivos de las escalas del MIPS que presentaron correlaciones diferenciales con salud según sexo en la muestra brasileña**

	Mujeres		Hombres	
	Media	D.T.	Media	D.T.
1A-Expansión	26,38	7,11	26,93	6,67
1B-Preservación	17,84	9,90	16,40	9,68
2A-Modificación	31,30	7,89	32,85	7,19
4A-Extraversión	27,69	7,99	27,46	8,44
4B-Introversión	11,99	6,63	13,76	6,86
6B-Sentimiento	31,80	7,75	29,16	7,61
7A-Sistematización	41,21	9,05	40,89	9,16
8A-Retraimiento	19,66	9,36	20,36	9,10
8B-Sociabilidad	36,34	9,99	38,76	10,41
11A-Sumisión	16,92	7,63	17,96	8,00
12A-Descontento	25,56	8,70	25,59	8,89

Cabe señalar aquí que, del total de escalas que difieren según sexo, encontramos por un lado, que hay más escalas asociadas a más salud que correlacionan más alto en los hombres que en las mujeres (cuatro frente a una), y por otro, que hay más escalas asociadas a menos salud que correlacionan más alto en las mujeres que en los hombres (cuatro frente a dos). Esto podría estar indicando que la salud de los hombres está más relacionada con rasgos de personalidad adaptativos, de forma positiva, y que en las mujeres su salud está más asociada a rasgos más desadaptativos, de modo negativo.

Así, con base a estos resultados y según el conjunto de rasgos que caracterizan los sujetos con más y menos salud presentado en el Estudio 2 para la muestra brasileña, las correlaciones relativas al primer par de escalas de las Metas Motivacionales son más altas en las mujeres (ambas con tamaño del efecto elevado). Es decir, tanto los rasgos asociados a más salud, una conducta motivada por el deseo de obtener un refuerzo positivo (Expansión); cuanto los asociados a menos salud, evitar una estimulación negativa (Preservación) del entorno que le rodea, son mas íntimamente relacionados con salud en las mujeres que en los hombres.

En cuanto a los rasgos asociados a menos salud, también es más marcada en las mujeres la conducta pasiva-agresiva (Descontento) y sumisa (Sumisión) a la hora de relacionarse con los demás. Además, el hecho de guiarse por valores personales cuando forman los juicios es sólo significativo en las mujeres (Sentimiento).

En el grupo de hombres, tener más salud está más íntimamente relacionado con adoptar una conducta activa, intentando modificar el entorno que les rodea (Modificación); recurrir a los demás para confortarse y mantener alta su autoestima (Extraversión); organizar la información que reciben del entorno de forma perfeccionista y eficiente (Sistematización) y buscar estimulación y atención cuando se relacionan con los demás (Sociabilidad). Por otro lado, tener menos salud en los hombres está asociado a retraerse socialmente, tanto cuanto a la búsqueda de información del entorno (Introversión), cuanto a la hora de relacionarse con los otros (Retraimiento).

Así, tomando los datos según sexo en conjunto (España, Portugal y Brasil), se puede decir que las diferencias según sexo dependen de la nación/cultura a la que pertenecen los sujetos, ya que en España y Portugal no se encuentra un patrón diferencial, pero los datos de la muestra brasileña sí que difieren marcadamente según sexo. Rohlf, Borrel y Fonseca (2000) dicen que *“la salud de mujeres y hombres es diferente y es desigual”* (pp. 64); diferente porque hay factores biológicos (genéticos, hereditarios, fisiológicos, etc.) que se manifiestan de forma diferente en la salud y en los riesgos de enfermar. Desigual porque hay otros factores, que en parte son explicados por el género, que influyen de una manera injusta en la salud de las personas.

En nuestro caso, podríamos decir que el impacto de las variables de personalidad en la salud de los sujetos difiere según sexo en algunas naciones/culturas y que es desigual en la medida en que las mujeres salen desfavorecidas, ya que hay más rasgos de personalidad que se asocian a menos salud en este grupo; y los hombres son favorecidos, porque se encuentran más variables de personalidad asociadas a más salud en este grupo. El entorno podría ser una fuente de producción de estas desigualdades. Es curioso que se encuentren diferencias y desigualdades según sexo justo en los datos de la muestra brasileña; o sea, un país en desarrollo, en el que las desigualdades (de género, de clase social, de acceso a los recursos, educación, salud, etc.) están en la “orden de día” del país. Y por otro lado, que con los datos de las muestras española y portuguesa - países de primer mundo y que vienen luchando por la equidad y la igualdad en materia de género dentro del marco de la Comunidad Europea desde hace muchos años - no se evidencien diferencias relevantes según sexo en las relaciones entre personalidad y salud. Cabe recordar que en esta investigación se ha controlado el nivel socioeconómico de los participantes que formaron parte de las muestras estudiadas y que los sujetos (de la muestra brasileña en este caso) no difieren en las variables de personalidad que presentan correlaciones diferenciales con salud según sexo *per se*. En resumen, se podría concluir que el impacto de las variables de personalidad en la salud de los sujetos difiere según sexo de acuerdo a la nación/cultura estudiada, quizás debido a los niveles generales de inequidad existentes.

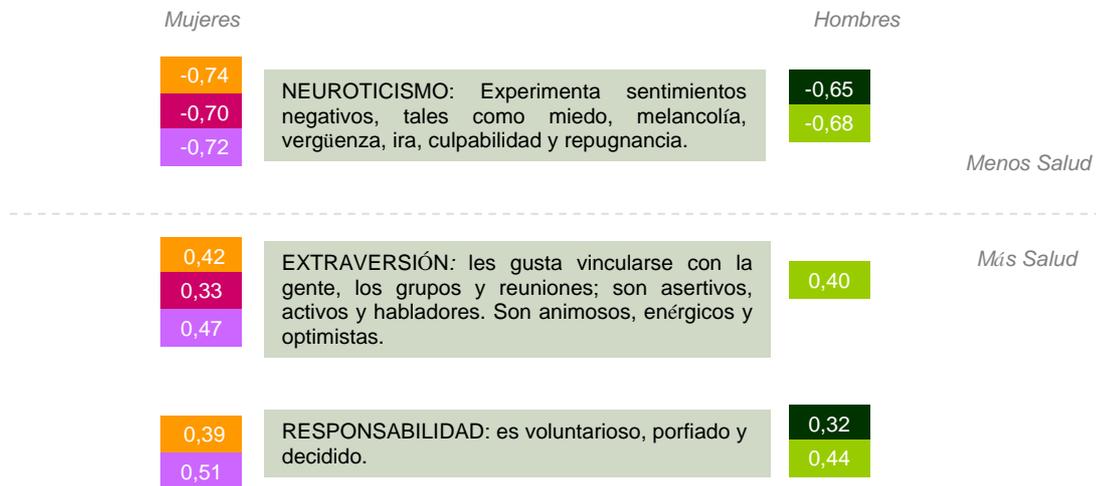
Por otro lado, es importante resaltar que el par de escalas Individualidad y Protección del MIPS, que *a priori* está asociado al sexo masculino y femenino, respectivamente, debido en parte a sus bases biológicas, no se relacionen significativamente con salud, tanto en el Estudio 2 como en este estudio al analizar los datos separados por sexo en las

dos muestras estudiadas (portuguesa y brasileña). Es decir, el par de escalas que evalúa en que medida el sujeto está motivado por metas relacionadas con él (Individualidad), promocionando y extendiendo el propio “yo”, o relacionado con los demás (Protección) protegiéndolos, ambas basadas en el principio evolutivo de “Replicación”, no se relacionan con el estado de salud de los sujetos.

### 7.3.2 – Diferencias según situación laboral y cultura/nación

Por último, cabe comprobar si la situación laboral es un factor moderador de las relaciones entre personalidad y salud. En la Figura 7.9 son representados los factores de personalidad asociados a más y menos salud según la situación laboral en la muestra española.

**Figura 7.9 – Factores de personalidad asociados a más y menos salud según situación laboral en la muestra española**



Nota: sombreado en naranja (amas de casa), en burdeos (mujeres empleadas), en lila (mujeres en paro), en verde oscuro (hombres empleados) y en verde claro (hombres en paro): correlaciones significativas con el Índice Global de Salud Física/Psicológica.

Como se puede observar, a diferencia de los datos analizados según sexo, cuando se analizan los datos según la situación laboral, las diferencias se tornan más evidentes. Se

desprende de los datos que las variables de personalidad asociadas a más salud (Extraversión y Responsabilidad) están más íntimamente relacionadas en los grupos de parados, siendo ligeramente más destacadas en el grupo de mujeres paradas. En el caso de los rasgos asociados a menos salud (Neuroticismo) ocurre lo mismo, pero en este caso, el grupo de amas de casa supera ligeramente al de mujeres en paro.

Además, en líneas generales se diseña un orden jerárquico de asociaciones entre personalidad y salud, de más a menos, en los grupos: en primer lugar son más elevadas en las mujeres en paro, en segundo lugar en las amas de casa, en tercer lugar en los hombres en paro, en cuarto lugar en las mujeres empleadas, seguidas por último de los hombres empleados. O sea, las variables de personalidad son principalmente importantes para la salud en una situación especialmente difícil en los tiempos de hoy como es estar en paro. En segundo lugar, está el tipo de trabajo, es decir, remunerado o no. En este caso, el tener un trabajo reproductivo (el de las amas de casa) hace que las variables de personalidad tengan especial importancia.

Por otro lado, los rasgos de personalidad parecen ser menos importantes en el grupo de empleados, tanto de hombres como de mujeres, sobretodo en el caso de los hombres, ya que en ellos las variables Neuroticismo y Responsabilidad se asocian de modo menos intenso con salud y la variable Extraversión no es significativa. Desde el lado de las mujeres, el grupo de empleadas es el que presenta las correlaciones más bajas con Neuroticismo y Extraversión y no es significativa con el factor Responsabilidad.

Sumando estos datos al de las diferencias según sexo presentados en el punto anterior (7.3.1.), podríamos concluir que, en el caso de la muestra española, la situación laboral

es un factor modulador más influyente en las relaciones entre personalidad y salud que el sexo; el sexo es importante, pero en un segundo plano, favoreciendo ligeramente a los hombres. Así, se evidencia la siguiente tendencia: cuanto peor la situación laboral (en paro y trabajo reproductivo), más fuertes son las relaciones entre los rasgos de personalidad y la salud de los sujetos. En otras palabras, cuando el entorno se presenta adverso (estar en paro o desarrollar un trabajo no valorado como es el de las amas de casa), los rasgos de personalidad cobran especial importancia para la percepción del estado de salud.

En la Figura 7.10 son representadas las escalas asociadas a más salud en la muestra portuguesa; cabe recordar que no se dispone del grupo de amas de casa en esta muestra.

**Figura 7.10 – Escalas de personalidad asociadas a más salud según situación laboral en la muestra portuguesa**



Nota: sombreado en burdeos (mujeres empleadas), en lila (mujeres en paro), en verde oscuro (hombres empleados) y en verde claro (hombres en paro): correlaciones significativas con el Índice Global de Salud Física/Psicológica.

Como se puede verificar, no son todas las escalas que se asocian a más salud en los grupo estudiados; además, cuando correlacionan en más que un grupo, las magnitudes de las correlaciones difieren entre sí.

En líneas generales, desde el lado de las mujeres, se observa que hay menos escalas que se asocian a más salud en el grupo de paradas (dos en total) y más en las mujeres empleadas (cinco en total). Desde el lado de los hombres no se observan diferencias tan marcadas en cuanto a la cantidad de escalas que se asocian a más salud en el grupo de empleados (cuatro en total) y de parados (cinco en total). Es importante señalar que las escalas *Modificación* y *Sistematización*, que empiezan a aparecer como significativas a partir del Estudio 3 sólo para los hombres, no correlacionen aquí en los dos grupos de hombres e incluso llegan a asociarse en uno de los grupos de mujeres. Así, la escala *Sistematización* pasa a asociarse sólo en grupo de hombres empleados y la escala *Modificación* pasa a asociarse tanto en el grupo de mujeres empleadas como en el de hombres en paro y con la misma magnitud.

Cabe señalar que hay una casi total correspondencia entre las escalas que se asocian a más salud en el grupo de mujeres empleadas y en el grupo de hombres en paro, además con una magnitud igual o bastante semejante. En cuanto a las escalas asociadas a menos salud, representadas en la Figura 7.11, la correspondencia se verifica según sexo y situación laboral, es decir mujeres empleadas con hombres empleados por un lado y mujeres en paro con hombres en paro, excepto en el caso de las escalas *Sentimiento*, que sólo se asocia a la salud de los hombres (empleados y parados).

**Figura 7.11 – Escalas de personalidad asociadas a menos salud según situación laboral en la muestra portuguesa**

Mujeres		Hombres	
-0,67 -0,61	1B-PRESERVACIÓN: Se concentran en los problemas de la vida, agravándolos. Consideran su pasado desafortunado y piensan que irá a peor.	-0,52 -0,69	
-0,31	2B-ADECUACIÓN: No intentan dirigir sus vidas. Se acomodan a las circunstancias creadas por otros. No tienen iniciativa.	-0,41 -0,48	
-0,37 -0,45	4B-INTROVERSIÓN: Utilizan sus propios pensamientos y sentimientos como recurso. Su fuente de inspiración son ellos mismos.	-0,43 -0,45	
-0,34	5B-INTUICIÓN: Prefieren lo simbólico y desconocido. Buscan lo abstracto y lo especulativo.	-0,40	
	6B-SENTIMIENTO: Forman sus juicios respecto a sus propias reacciones afectivas y guiándose por sus valores personales.	-0,35 -0,35	Menos Salud
-0,40 -0,49	8A-RETRAIMIENTO: Falta de emotividad e indiferencia social. Silenciosos, pasivos y renuentes a participar.	-0,41 -0,36	
-0,53 -0,41	9A-INDECISIÓN: Tímidos y nerviosos en situaciones sociales. Desean ser aceptados, pero temen el rechazo. Sensibles y emotivos. Propensos a aislarse.	-0,45 -0,57	
-0,30 -0,30	10A-DISCREPANCIA: Actúan de modo independiente y no conformista. No acatan normas tradicionales.	-0,29 -0,35	
-0,52 -0,58	11A-SUMISIÓN: Habitados al sufrimiento. Sumisos ante los demás.	-0,41 -0,57	
-0,54 -0,53	12A-DESCONTENTO: Pasivo-agresivos y malhumorados. Estados de ánimo y conductas variables.	-0,30 -0,60	
	12B-AQUIESCENCIA: Simpáticos socialmente, establecen vínculos afectivos y lealtades muy fuertes. Ocultan sus sentimientos negativos.	-0,30	

Nota: sombreado en burdeos (mujeres empleadas), en lila (mujeres en paro), en verde oscuro (hombres empleados) y en verde claro (hombres en paro): correlaciones significativas con el Índice Global de Salud Física/Psicológica. Sombreado en naranja: escala que no resultó significativa en el Estudio 2 y en el Estudio 3 según sexo.

En líneas generales, se observan más escalas que se asocian a más salud en todos los grupos (Preservación, Introversión, Retraimiento, Indecisión, Discrepancia, Sumisión y

Descontento), pero con magnitudes diferentes. Por otro lado, cabe destacar que hay más escalas que se asocian a menos salud en el grupo de hombres (once en el caso de los empleados, nueve en el caso de los parados) que en el grupo de mujeres (nueve en el caso de las empleadas y siete en el caso de las paradas). Esta tendencia ya se manifestaba en el análisis anterior, cuando se analizaban los datos separados por sexo. En todo caso, las correlaciones de las escalas en el grupo de hombres empleados siempre son menores que las de los demás grupos.

Además, la escala Aquiescencia aparece por primera vez, asociada a menos salud, en el grupo de hombres empleados. Es curioso que una escala que, *a priori*, pertenece al grupo de las más adaptativas, aparezca aquí asociada a menos salud. Quizás el componente tóxico para la salud en este caso podría ser “ocultar los sentimientos negativos” como se ha visto en la discusión del Estudio 2.

En resumen, se desprende de los datos portugueses cierta correspondencia entre las relaciones personalidad-salud de las mujeres empleadas y de los hombres en paro, pero sólo en las variables de personalidad asociadas a más salud. Además, mientras que se encuentran menos asociaciones entre personalidad y salud en las mujeres paradas (nueve en total), en el grupo de hombres parados se encuentra el número más alto de escalas asociadas (catorce en total). De entrada esto nos dice que, en cuanto a las relaciones entre personalidad y salud, el hecho de estar en paro no modula de la misma forma las relaciones personalidad-salud según se trate de hombres o mujeres. Como ya se ha mencionado en el análisis de los datos españoles, un entorno adverso podría hacer con que las variables de personalidad cobraran importancia cara a la salud. En esta línea, en el caso de la muestra portuguesa, quizás sea equivalente el estrés vivenciado

por los hombres cuando están en paro y el estrés vivenciado por las mujeres que están empleadas. Una posible explicación al estrés vivenciado por las mujeres empleadas podría residir en la doble jornada, o sea tener que asumir tanto las responsabilidades del trabajo como de la crianza de los hijos y las tareas del hogar. Otra posible explicación podría estar en el tipo de trabajo que desempeñan, ya que se sabe que hay un desequilibrio en la distribución del trabajo productivo, en el que la fuerza de trabajo femenina está básicamente concentrada en el sector de servicios/terciarios, que están relacionadas con el papel tradicional de las mujeres en el ámbito doméstico

**Figura 7.12 – Escalas de personalidad asociadas a más salud según situación laboral en la muestra brasileña**



Nota: sombreado en naranja (amas de casa), en burdeos (mujeres empleadas), en lila (mujeres en paro), en verde oscuro (hombres empleados) y en verde claro (hombres en paro): correlaciones significativas con el Índice Global de Salud Física/Psicológica. Sombreado en naranja claro: escala que no resultó significativa en el Estudio 2 y en Estudio 3 según sexo.

(auxiliares de todo tipo, secretaria, servicios de limpieza, hostelería, etc.), por otro lado, los puestos de trabajo de categoría superior están ocupados predominantemente por los hombres (Artazcoz, Escribà-Agüir & Cortès, 2004). En todo caso, lo que está claro es que el hecho de estar en paro no module las relaciones entre personalidad y salud de la misma forma según se traten de hombres o mujeres.

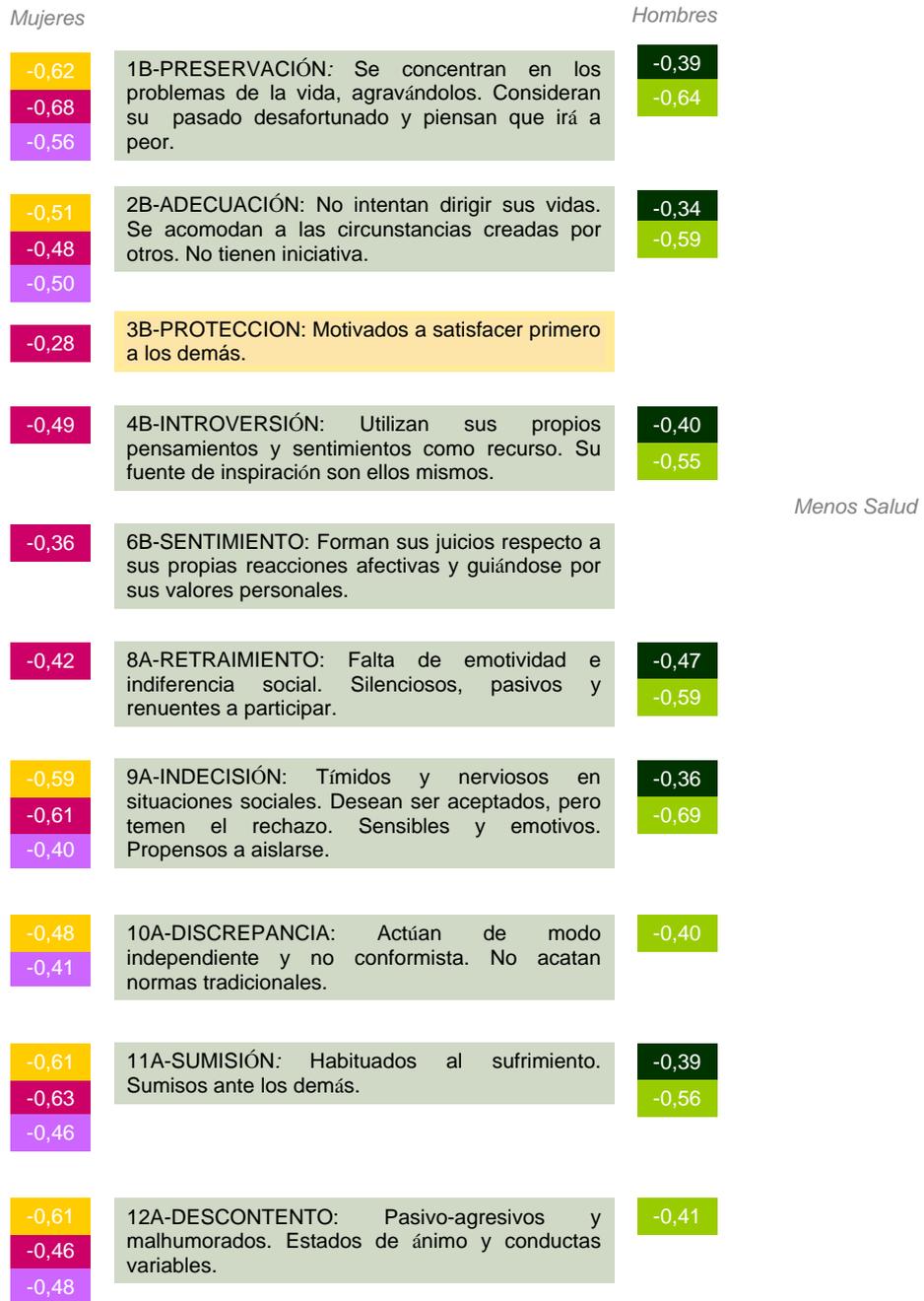
En las Figuras 7.12 y 7.13 son representadas las escalas de personalidad asociadas a más y menos salud en la muestra brasileña. Como se puede observar, al igual que en la muestra portuguesa, el grupo que presenta menos escalas de personalidad asociadas a salud es el grupo de mujeres en paro (siete escalas en total). En los demás grupos, la distribución es más equitativa, doce escalas en las amas de casa y en los hombres empleados, trece escalas en los hombres en paro y quince escalas en las mujeres empleadas.

Si nos fijamos sólo en el grupo de hombres, se observa que las correlaciones son en muchos casos superiores en el caso de los hombres en paro, con excepción de las escala Sistematización, que se asocia a más salud sólo en el caso de los empleados; y las escalas Discrepancia y Descontento, que sólo son relevantes en el caso de los parados. Por otro lado, centrándonos en el grupo de mujeres, las correlaciones son en general más elevadas en el grupo de amas de casa.

Tomando los datos de ambos sexos en conjunto, se verifica que las correlaciones personalidad-salud son en general más bajas en los hombres empleados, ocurre lo mismo con los datos españoles y portugueses.

Es curioso que las escalas Individualidad (asociada a más salud) y Protección (asociada a menos salud), aparezcan por primera vez como significativas en el caso de las mujeres empleadas, aunque la magnitud (baja) no sea muy relevante. Como ya se ha dicho en el

**Figura 7.13 – Escalas de personalidad asociadas a menos salud según situación laboral en la muestra brasileña**



Nota: sombreado en naranja (amas de casa), en burdeos (mujeres empleadas), en lila (mujeres en paro), en verde oscuro (hombres empleados) y en verde claro (hombres en paro): correlaciones significativas con el Índice Global de Salud Física/Psicológica. Sombreado en naranja claro: escala que no resultó significativa en el Estudio 2 y en el Estudio 3 según sexo

análisis anterior según sexo, estas escalas están asociadas, *a priori*, al papel tradicional femenino y masculino, debido en parte a sus bases biológicas. Con base a los datos presentados, quizás el posible conflicto generado entre compaginar el trabajo y la vida familiar (y tal vez la doble jornada) podría estar produciendo la asociación entre Protección y peor salud por un lado, y Individualidad y mejor salud por otro. Posiblemente el hecho de tener hijos o no estaría asociado a uno u otro rasgo; en un futuro estudio se podría incluir esta variable a la hora de afinar este resultado.

Tomando los datos de las tres muestras estudiadas en conjunto y volviendo a la predicción establecida, podemos concluir que la situación laboral modula las relaciones entre personalidad y salud, y además, que esta modulación difiere según el sexo y la cultura/nación estudiada. Además, se manifiesta en todas las muestras que hay menos asociación entre personalidad y salud en los hombres empleados por un lado, y que la situación de parados, sobretodo en los hombres, hace con que la personalidad cobre especial importancia para la salud. Como se ha visto en el Capítulo 4, son escasos los estudios que analizan el impacto de la situación laboral en las relaciones entre personalidad y salud. En todo caso, se sabe, por ejemplo, que el efecto del paro en la salud se explica de forma más compleja, dependiendo en gran medida de los papeles familiares y es diferente según el género y la clase social. Así por ejemplo, el paro tiene un efecto menor en las mujeres y el colectivo más afectado es el de los hombres desempleados de clases más desfavorecidas, principales proveedores de los recursos económicos del hogar (Artazcoz, Escribà-Agüir & Cortès (2004).

#### 7.4 – Consideraciones finales

En esta investigación se ha confirmado las predicciones realizadas previamente de modo muy satisfactorio. Empezando por el objetivo previo, se ha comprobado que los instrumentos cumplían con los requisitos psicométricos necesarios para su uso como medida de las variables. Este objetivo, que puede parecer a *priori* irrelevante, nos garantiza la fiabilidad de los datos que se presentaron en los estudios subsecuentes.

Se confirma la primera predicción foco de esta investigación, es decir, que los factores o escalas de personalidad más adaptativos se asocian a más salud y los menos adaptativos a menos salud. Los resultados encontrados corroboran lo de otros autores como se ha visto en la discusión del Estudio 2, además el patrón de rasgos de personalidad asociado a salud encontrado es bastante semejante en las tres muestras estudiadas. Así, se pudo delimitar un conjunto de rasgos o estilos de personalidad relacionados, directa o inversamente, con salud, teniendo un marco teórico sobre el qué interpretarlos. En todo caso, cuanto a la adaptabilidad de los rasgos que componen las escalas del MIPS, vale recordar que Millon afirma que cada estilo representa patrones de adaptación que encajan en ciertos entornos y situaciones bastante bien, y en otros no tan bien; es decir, ningún rasgo de la personalidad es uniformemente bueno o malo (Millon, 1994a, 2004a).

La predicción secundaria al foco de la investigación también se cumple, pero con algunos matices. En cuanto a las diferencias según sexo, se ha demostrado que el hecho de ser hombre o mujer no produce diferencias significativas en todas las muestras estudiadas. En este caso, se han encontrado diferencias relevantes sólo en la muestra

brasileña, desfavoreciendo a las mujeres. Como se ha dicho anteriormente, las desigualdades en un nivel general pueden ser una fuente de producción de esta diferencia desigual. Por otro lado, la situación laboral sí que se comporta como un efecto moderador (Bruchon-Schweitzer & Quintard, 2001) en los procesos mediadores entre las características individuales y contextuales y la percepción del estado de salud física/psicológica de los sujetos en todas las muestras estudiadas, pero con distintos diseños de acuerdo con cada cultura/nación. Es decir, el lugar ocupado por las personas en el mercado laboral es más importante que el hecho de ser hombre o mujer; y más allá de los datos, quizás es estrés percibido por mujeres y hombres según su condición de trabajo y los conflictos generados a partir de ello, sea la clave para que los rasgos de personalidad cobren importancia o no en el estado de salud de los sujetos. Así, los rasgos de personalidad adaptativos pueden hacer con que el sujeto desarrolle conductas pro-saludables, mientras que los estilos menos adaptativos pueden ser un buen caldo de cultivo para el desarrollo de conductas perniciosas para la salud e de enfermedades.

Otro objetivo alcanzado se refiere a la aplicación del modelo de personalidad de Millon y el MIPS como medida de la personalidad para analizar las relaciones entre personalidad y salud. Teniendo al MIPS como medida, se pudo afinar más el conjunto de rasgos o estilos, tanto asociados a más como a menos salud, además de comportarse como un instrumento sensible a la hora de identificar diferencias según sexo y situación laboral.

Por último, cabe decir que estos resultados pueden ser de gran utilidad en la elaboración de políticas públicas de prevención y promoción de la salud (sistema sanitario, salud laboral, etc.), así como en la práctica profesional de psicólogos, médicos y sociólogos,

en el sentido de incluir la personalidad como un de los pilares importantes a tener en cuenta en el diseño del tratamiento de enfermedades y de inserción/reinserción al mercado laboral. Partiendo de que una personalidad desadaptativa, caracterizada básicamente por la tendencia a experimentar emociones negativas de forma pasiva y por la tendencia a inhibir la expresión de estas emociones en la interacción social, son un terreno fértil para el empeoramiento del estado de salud, quizás se podría intervenir de modo a fomentar que las emociones sean expresadas en un grupo terapéutico, por ejemplo, donde se pueda trabajar conductas de afrontamiento activas cara a las adversidades del entorno social. Actualmente hay investigadores trabajando en esta línea en contexto de laboratorio (Mendes, Reis, Seery & Blascovich, 2003). La revisión de Pennebaker (1997), por ejemplo, evidencia que escribir o hablar sobre experiencias emocionales promueve la salud física y psicológica. Cabe señalar que, considerando que nos basamos en el modelo biopsicosocial, entendemos que la intervención que posibilite un mejor estado de salud que incluya la personalidad, debería ser integrada e interdisciplinar, incluyendo los técnicos de salud, psicólogos, sociólogos, etc., cara al desarrollo de estrategias de intervención que tengan como foco no sólo la salud predominantemente física sino también la salud psicológica con una perspectiva social.

## Capítulo 8

### Limitaciones y Perspectivas Futuras

## 8 – Limitaciones y Perspectivas Futuras

En este trabajo hemos analizado las relaciones entre salud y personalidad, a partir del modelo de Millon, y el impacto de las variables sexo/género, situación laboral y cultura/nación en estas relaciones. Hemos llegado a algunas conclusiones que describimos en el capítulo anterior, sin embargo tenemos que aclarar que este estudio no agota el tema y presenta algunas limitaciones.

La primera de ellas se refiere a la limitación de rango, teniendo en cuenta que en este estudio la población adulta que ha participado, corresponde a zonas específicas de cada país, de Madrid en el caso de España, de Lisboa en el caso de Portugal y de la zona metropolitana de Porto Alegre (*Rio Grande do Sul*) en el caso de Brasil. A pesar de tratarse de grupos bastante grandes y comparables según variables demográficas importantes (sexo, edad, nivel socioeconómico, situación laboral, nivel de estudios y profesión), no podemos afirmar en ningún caso que se tratan de muestras representativas de cada población. Se hace necesario ampliar la recogida de datos a otras zonas de cada país, aplicando el procedimiento de muestreo, para que se puedan generalizar los resultados y conclusiones alcanzados.

Otra limitación se refiere al tipo de medida empleada para evaluar la salud, predominantemente física, de los sujetos. En este caso, se ha utilizado un autoinforme para las dolencias físicas y una escala tipo *likert* para la percepción del estado de salud. Como ya se ha descrito en el Capítulo 5, los estudios previos demuestran que la percepción del estado de salud es una medida fiable, por lo que se ha empleado ampliamente en muchos estudios.

Con respecto a los objetivos que se plantean en el futuro, algunos derivan directamente de los estudios analizados y otros de nuevos planteamientos de investigación a partir de la realizada. En primer lugar, se considera oportuno incluir medidas objetivas de salud, como pueden ser los marcadores del sistema inmune, la tensión arterial, el ritmo cardíaco, pruebas que confirmen el diagnóstico de dolencias/enfermedades etc., además de las medidas subjetivas que se emplearon, para verificar, en primer lugar, si las medidas subjetivas coinciden con las objetivas; y a continuación si los rasgos de personalidad asociados son los mismos o difieren según el tipo de medida de salud que se utiliza. En esta misma línea, sería oportuno también repetir esta investigación incluyendo muestras clínicas (pacientes diagnosticados con enfermedades cardiovasculares, cáncer, gastrointestinales, enfermedades respiratorias, etc.), controlando lógicamente el diagnóstico específico de la enfermedad, la gravedad y la cantidad de tiempo que el paciente convive con la enfermedad, comparándolas con un grupo control, para verificar si hay un perfil diferencial de personalidad, a partir del modelo de Millon, entre el grupo de enfermos y el grupo de “sanos”.

Además, a raíz de la inclusión de muestras clínicas, se cree que sería oportuno analizar los acontecimientos vitales asociados al inicio de la enfermedad (p. ej., la pérdida de un familiar o persona importante, la pérdida del empleo u otros eventos de igual importancia en la vida de las personas), con el objetivo de comparar el perfil de personalidad de los pacientes que informan algún evento de estas características y los que no, controlando, evidentemente, el tipo de enfermedad, su gravedad y tiempo de duración.

Por último, podría ser útil emplear el modelo de ecuaciones estructurales (Jöreskog & Sörbom, 1993) en el análisis de datos, con el objetivo de analizar si hay relaciones de causalidad entre personalidad y salud, y si alguna variable adyacente podría estar explicando las relaciones entre ambas variables, como podría ser las conductas de salud (p.e., tabaquismo, consumo de alcohol, actividad física, dieta, consumo de fármacos, etc.).

**Anexos**

## **Capítulo 1**

### **Introdução**

## 1 – Introdução

A investigação que se apresenta deu os primeiros passos no ano 1998, quando ainda era aluna da Licenciatura em Psicologia e vim a Madrid pela primeira vez para um estágio de dois meses no Departamento de Personalidade, Avaliação e Tratamentos Psicológicos II da Universidade Complutense de Madrid, sob a supervisão da Prof<sup>a</sup> Doutora Maria del Pilar Sánchez López; subsidiada por uma bolsa da Agência Espanhola de Cooperação Internacional (Ministério de Assuntos Exteriores). Desde então, a busca dos recursos que permitissem desenvolvê-la dentro do Programa de Doutoramento oferecido pelo Departamento foi intensa, culminando com a obtenção de uma Bolsa Alban (Programa de Bolsas de Alto Nível da União Europeia para América Latina), o que possibilitou que este projecto pudesse ser desenvolvido em solo espanhol.

Esta Tese de Doutoramento foi desenvolvida, cumprindo todos os requisitos necessários para a inclusão da Menção Europeia “*Doctor Europeus*” no Título de Doutor (Real Decreto 56/2005, de 21 de Janeiro). O estágio de três meses correspondente realizou-se na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, no qual se desenvolveram actividades relacionadas com o conteúdo desta Tese de Doutoramento, entre elas, a recolha de dados da amostra portuguesa. Os pareceres exigidos, de dois especialistas com o grau de Doutor pertencentes a Centros de Educação e/ou de Investigação de Estados membros Europeus, distintos do espanhol, foram solicitados ao Prof. Doutor Danilo Rodrigues Silva, Professor Catedrático da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa (Portugal), e à Prof<sup>a</sup> Doutora Dóris Vasconcellos Salençon, Professora Associada do

*Institut de Psychologie de la Université René Descartes - Paris V* (França). Para além disso, a redacção da introdução e das conclusões da presente Tese de Doutoramento realizou-se também noutra língua oficial da União Europeia, neste caso, em português (ver Anexos). Para finalizar os requisitos, no momento da defesa pública, parte da leitura será realizada também em português e pelo menos um dos membros do Júri será um especialista com grau de Doutor pertencente a outro estado membro Europeu distinto do espanhol, diferente dos que forneceram os pareceres comentados anteriormente.

Esta investigação parte de três projectos de investigação mais amplos, levados a cabo pelo Grupo de Investigação Estilos Psicológicos, Género e Saúde (EPSY) nos últimos anos; dois deles sob a direcção da Prof<sup>a</sup> Doutora Maria del Pilar Sánchez López, subsidiados pelo Instituto da Mulher do Ministério de Trabalho e Assuntos Sociais<sup>1</sup>, e um sob a direcção da Prof<sup>a</sup> Doutora Violeta Cardenal Hernáez, subsidiado pelo Ministério de Educação e Ciência<sup>2</sup>. Estes projectos incluem amostras representativas da população espanhola, tanto da zona urbana como da rural, assim como de mulheres maltratadas, e consideram um amplo espectro de variáveis, além de personalidade e saúde. A amostra espanhola incluída nesta Tese de Doutoramento refere-se aos dados circunscritos a Madrid, recolhidos para estes projectos.

A partir destes projectos de investigação levados a cabo ao longo destes anos, o EPSY desenvolveu muitos trabalhos na área da personalidade e saúde. A maioria destes trabalhos foi publicada como livros e capítulos de livros (p. ex., Sánchez-López &

---

<sup>1</sup> “Mulher, trabalho e saúde: influência dos estilos de personalidade, do trabalho, da idade e do sexo no grau de satisfação pessoal e *stress* em três grupos de mulheres” (Referência 51/99).

“Estilos de personalidade, mulher e saúde: análise das variáveis psicológicas diferenciais de mulheres em contexto rural/urbano e de mulheres vítimas de maus tratos” (Referência 42/02).

<sup>2</sup> “Personalidade, *stress* crónico e saúde: influência dos fatores psicossociais na saúde mental/física e no início/evolução de doenças físicas” (Referência BSO2002-00910).

Casullo, 2000; Sánchez-López, 2003, 2005), como artigos em revistas nacionais e internacionais (p.ex., Sánchez-López, Dresch & Cardenal-Hernández, 2005; Cardenal, Sánchez López & Ortiz, 2005; Sánchez-López, Aparicio-García & Dresch, 2006), como apresentações em Congressos Internacionais (p.ex., Dresch, Sánchez-López & Aparicio, 2004; Sánchez-López, Dresch & Cardenal, 2005 y Dresch, Sánchez-López & Cardenal, 2006) e serviu de base para Trabalhos de final de curso e Teses de Doutoramento.

É neste contexto que se situa esta investigação. Pretende-se analisar as relações entre personalidade e saúde numa perspectiva diferente da tradicional, que, segundo nosso entendimento, pode contribuir para esclarecer as relações entre estas duas variáveis, já que não procuramos relações com variáveis de personalidade isoladas, mas sim com estilos de personalidade. Cabe ressaltar, que se desconhece outro estudo que aplique o modelo de personalidade de Millon para analisar as relações entre personalidade e saúde/doenças; escolhemo-lo porque *a priori* este modelo permite uma análise mais fina dos traços de personalidade, do que se utilizássemos grandes blocos de variáveis. Além de que, este modelo oferece um marco referencial teórico para a interpretação dos resultados. O uso do Índice de Millon dos Estilos de Personalidade - MIPS como instrumento que operacionaliza a medida da personalidade normal dentro do modelo, permitiu-nos chegar a conclusões esclarecedoras, que serão abordadas ao longo do trabalho.

Para além deste objectivo geral incluem-se outros dois. Um objectivo prévio que consiste em analisar se os instrumentos utilizados cumprem os requisitos psicométricos necessários para seu uso como medida da personalidade nas amostras em que estes não se encontrem estandardizados e publicados. E um objectivo secundário, que consiste em

verificar se as variáveis demográficas sexo/género, situação laboral e cultura/nação (espanhola, portuguesa e brasileira) modulam estas relações, o que é bastante inovador, já que nem todos os estudos discriminam os resultados por sexo e são ainda mais escassos os que comparam amostras de distintos países ou segundo a situação laboral dos sujeitos.

Esta Tese de Doutoramento consta de duas partes, a primeira compreende a Contextualização Teórica e a segunda a Investigação Empírica. A Contextualização Teórica é composta por três Capítulos, além desta Introdução (Capítulo 1).

O Capítulo 2 trata do modelo de personalidade de Theodore Millon. Este modelo caracteriza-se fundamentalmente por uma visão global, compreensiva, estruturada e integrada, que pretende a união dos distintos componentes do trabalho clínico desde os princípios científicos universais (teoria da evolução) até à intervenção (sempre orientada para a pessoa), isto é, o tratamento, passando, sem descontinuidades, pelo estudo da teoria da personalidade, a classificação das patologias e a avaliação psicológica (Sánchez-López, 2001).

O Capítulo 3 analisa os estudos prévios relacionados com o objectivo central desta investigação. O interesse por determinar a influência da personalidade sobre a saúde das pessoas não é recente; está presente há mais de 2000 anos, com os estudos de Galeno na antiga Roma, o que sugere que algo de verdadeiro deve haver no vínculo entre estas variáveis. Desde então, muitos foram os estudos realizados que tentaram lançar alguma luz sobre esta particular relação, sobretudo na segunda metade do século XX; a partir do desenvolvimento do modelo biopsicossocial e, como consequência, da Psicologia da

Saúde. Depois de analisar a bibliografia, principalmente a publicada nos últimos cinco anos, tudo parece indicar que a personalidade é uma variável muito importante a ter em conta quando se analisa a saúde ou as doenças sofridas pelas pessoas, sobretudo no planeamento da intervenção terapêutica.

No Capítulo 4 abordam-se as diferenças nas relações entre personalidade e saúde segundo as três variáveis demográficas que se incluem nesta investigação: o sexo/género, a situação laboral e a cultura/nação dos sujeitos. No que se refere às diferenças segundo sexo/género nas relações entre personalidade e saúde, é relevante destacar que as diferenças encontradas podem ser explicadas em parte pelo papel social (género) desempenhado pelos sujeitos. Este é o caso da Ira como traço, por exemplo; na medida em que nos homens é a sua expressão que os faz mais vulneráveis às doenças cardiovasculares, nas mulheres é a sua inibição que as torna mais propensas ao aumento da tensão sanguínea (Sctuteri, Parsons, Chesney & Anderson, 2001). Ou seja, o papel social masculino, que lhes permite expressar a agressividade por um lado e o papel feminino, que lhes exige o ocultar da agressividade, torna-as, neste caso, mais vulneráveis às doenças cardiovasculares.

Não se encontrou nenhum estudo que analisasse as diferenças segundo a situação laboral e a cultura/nação nas relações entre personalidade e saúde em conjunto, porém foram analisados estudos independentes, em que cada uma destas variáveis foi considerada isoladamente. Assim, quanto às diferenças culturais na saúde, os resultados dos estudos sugerem que as diferenças encontradas podem ser devidas aos distintos comportamentos de risco ou de saúde adoptados pelas diferentes culturas/nações. Por outro lado, quanto à personalidade, os estudos indicam que as culturas relacionadas

histórica e geograficamente demonstram perfis de personalidade semelhantes. Por último, quanto à situação laboral, variável que na nossa sociedade tem, actualmente, tanta importância na vida das pessoas, encontrou-se, por exemplo, que o facto de se realizar um trabalho remunerado ou reprodutivo (tarefas do lar) ou de se estar desempregado tem influência sobre a saúde das pessoas.

A segunda parte deste trabalho, isto é, a investigação empírica, é composta por outros três Capítulos. O Capítulo 5 descreve o método que se seguiu, ou seja, descrevem-se as hipóteses, os participantes, os instrumentos, os procedimentos e as análises de dados realizadas. Como era de esperar por se tratar de uma investigação que inclui três países (Espanha, Portugal e Brasil), muitos foram os obstáculos no terreno metodológico que se apresentaram pelo caminho. No caso do Brasil, o projecto de investigação e os instrumentos aplicados tiveram que ser submetidos à aprovação do “Comitê de Ética em Pesquisa” do “Centro Universitário Feevale”, órgão local que aplica a Resolução 196/2006 de 10 de Outubro do “Conselho Nacional de Saúde” brasileiro, na qual se regula a investigação com seres humanos. Seguindo a normativa vigente, os participantes brasileiros tiveram que dar o seu consentimento por escrito, num documento, também assinado pela autora, explicando os objectivos e o tratamento que se daria aos dados da investigação.

Além disso, a utilização da versão brasileira do 16PF – o único instrumento que coincidia com os utilizados por Millon para a análise da validade externa / convergente do MIPS na versão original – tinha sido proibida pelo “Conselho Federal de Psicologia – CFP” por não cumprir os requisitos estabelecidos pelo seu “Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos”. Por esta razão, teve que se optar por outro instrumento,

designadamente o IFP “Inventario Factorial de Personalidade”, que, na altura, era o único teste de medida da personalidade normal que estava autorizado pelo CFP.

No Capítulo 6 apresentam-se os Resultados, de acordo com cada hipótese estabelecida. A primeira predição corresponde ao Estudo 1, no qual são analisadas as propriedades psicométricas dos instrumentos. No caso do Índice de Millon dos Estilos de Personalidade (MIPS) procedeu-se ao estudo da precisão, através do método da consistência interna e do método da bipartição, e ao estudo da validade interna (intercorrelações entre as escalas) e externa, pela aplicação simultânea do MIPS e do NEO PI-R em Portugal e do IFP no Brasil. No caso dos restantes instrumentos, calculou-se o alfa de Cronbach (consistência interna). O Estudo 2 corresponde à segunda predição e nele são analisadas as relações entre personalidade e saúde física/psicológica. Para atingir este objectivo, calcularam-se as correlações entre os factores do NEO (na amostra espanhola) / as escalas do MIPS (nas amostras portuguesa e brasileira) e o Índice Global de Saúde Física/Psicológica, construído a partir das pontuações em Dolências Físicas (mal-estares), Saúde Percebida, Ansiedade, Auto-estima e Satisfação Pessoal. Em segundo lugar, analisaram-se as diferenças de médias em personalidade entre grupos extremos segundo o estado de saúde dos sujeitos, isto é, entre o grupo com “boa” e grupo com “má” saúde. A terceira predição corresponde ao Estudo 3, no qual se repete o cálculo das correlações realizado no Estudo 2, primeiro para homens e mulheres e em seguida para donas de casa, mulheres empregadas, mulheres desempregadas, homens empregados e homens desempregados em separado e para cada amostra; com o objectivo de verificar se as variáveis sexo/género, situação laboral e cultura/nação modulam as relações entre personalidade e saúde encontradas no Estudo 2.

No Capítulo 7 discutem-se os Resultados descritos no capítulo anterior e referem-se algumas das conclusões a que se chegou neste trabalho. Como era de esperar, algumas das predições estabelecidas confirmam-se parcialmente e outras na sua totalidade. Por último, no Capítulo 8 comentam-se as limitações e apontam-se novas linhas de investigação sugeridas pelas conclusões do presente trabalho.

## **Capítulo 7**

### **Discussão e Conclusões**

## 7 – Discussão e Conclusões

A discussão e as conclusões desta investigação serao apresentadas de acordo com os objectivos e predicoes delineados no Capitulo 5.

### 7.1 – Estudo 1: Análise psicometrica dos instrumentos

O objectivo prévio desta investigação foi analisar se os índices psicométricos dos instrumentos de medida, que ainda não estavam estandardizados nos países incluídos, cumpriam os requisitos necessários para seu uso como medida das variáveis empregadas. A partir deste objectivo, foi definida a seguinte predição:

*Predição 1: A análise dos índices psicométricos do MIPS (consistência interna, validade interna e validade externa/convergente) e dos demais instrumentos (consistência interna) permitirá a sua utilização como medida das variáveis empregadas nesta investigação nas populações espanhola, portuguesa e brasileira.*

De acordo com os resultados apresentados no Capítulo 6, podemos concluir que os índices psicométricos encontrados para o MIPS, isto é, a consistência interna, a validade interna e a validade externa/convergente, viabilizam a sua utilização como medida da personalidade nas populações portuguesa e brasileira.

As análises da consistência interna revelaram índices bastante aceitáveis em comparação com os índices encontrados na população adulta na versão original do instrumento (Millon, 1994a, 2004a), na qual o alfa de Cronbach médio é de 0,78 e o

índice médio relativo ao método de bipartição é de 0,82. Tendo em vista que se trata de uma adaptação, os dados foram muito próximos dos encontrados na standardização espanhola do instrumento, na qual o alfa de Cronbach médio é de 0,72 e o índice resultante do método por bipartição é de 0,77. Em Portugal encontrou-se um alfa de Cronbach médio de 0,73 e um coeficiente médio de 0,79 através do método de bipartição. No Brasil, o alfa médio é de 0,70 e o índice do método de bipartição é de 0,76. Como se pode comprovar, enquanto os índices encontrados na amostra portuguesa são ligeiramente superiores, os índices da amostra brasileira são ligeiramente inferiores aos da adaptação espanhola.

Quanto à validade interna, encontrou-se o mesmo padrão de correlações nas amostras portuguesa e brasileira, de acordo com o obtido por Millon na versão original. Assim sendo, observam-se correlações positivas elevadas entre constructos teoricamente relacionados, correlações negativas elevadas entre construtos teoricamente discordantes e correlações muito próximas ou iguais a zero entre construtos teoricamente não relacionados.

Por último, com respeito à validade externa/convergente, os dados da versão portuguesa indicam que há uma estreita correspondência entre as escalas do MIPS, desenvolvidas a partir de bases teóricas, e os factores do NEO PI-R, obtidos empiricamente. Ou seja, uma ou mais escalas do MIPS apresenta uma correlação moderada ou muito elevada com cada um dos factores do NEO PI-R. O mesmo se verifica nos dados brasileiros, entre as escalas do MIPS e as escalas do IFP, ainda que neste caso não tenhamos dados de referência do questionário original, uma vez que Millon não analisou a validade externa externa/convergente do MIPS com o IFP.

A análise da consistência interna dos demais instrumentos utilizados, ou seja, o ISRA (Inventario de Situações e Respostas de Ansiedade), o RES (Questionário de Auto-estima de Rosenberg) e o Questionário de Dolências Físicas (mal-estares), também revelou coeficientes alfa próximos, e na maioria dos casos, superiores a 0,80.

Considerando que as propriedades psicométricas dos instrumentos são adequadas, isto é, o critério de validade e a estrutura interna são aproximadamente as mesmas na cultura original e nas novas culturas estudadas, pode-se dizer que os instrumentos utilizados são aplicáveis, tanto pela sua validade de construto como pela sua transculturalidade (Ashton, 1998). Cumprido este objectivo prévio, procedeu-se à análise dos objectivos centrais desta investigação (Estudos 2 e 3).

## **7.2 – Estudo 2: Relações entre personalidade e saúde**

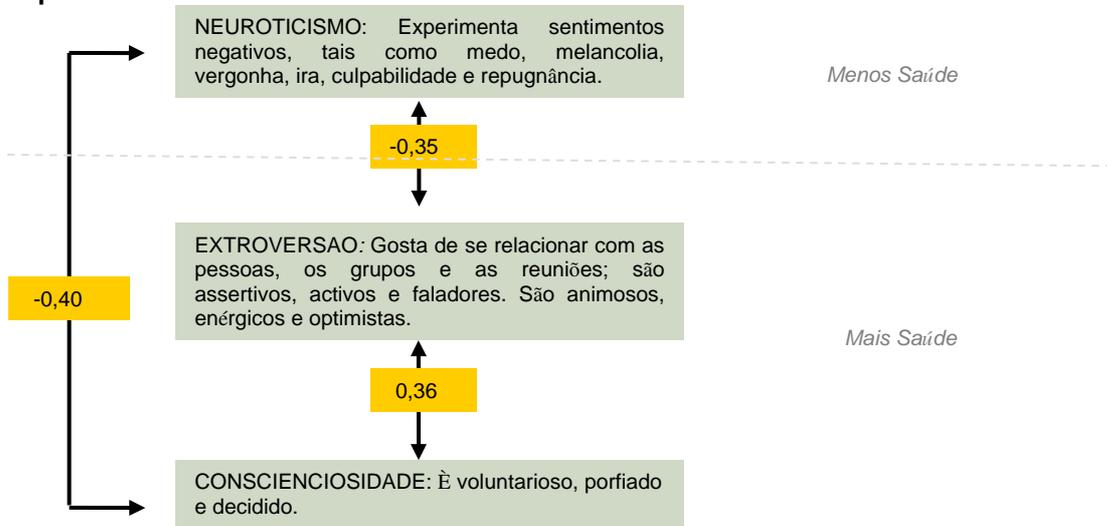
O objectivo central desta investigação foi analisar as relações entre as variáveis (personalidade e saúde física/psicológica), procurando estabelecer perfis diferenciais de personalidade segundo o estado de saúde dos sujeitos em cada amostra estudada (espanhola, portuguesa e brasileira), para o que se estabeleceu a seguinte hipótese:

*Hipótese 2: As variáveis de personalidade mais adaptativas estarão associadas a mais saúde física/psicológica enquanto as variáveis de personalidade menos adaptativas estarão associadas a uma pior saúde física/psicológica*

Especificamente com os dados espanhóis, aos quais se aplicou o NEO-FFI como medida da personalidade, confirma-se a hipótese. Ou seja, o factor Neuroticismo (mais desadaptativo) correlacionou-se negativamente (e com tamanho do efeito elevado) e os factores Extroversão e Conscienciosidade (mais adaptativos) correlacionaram-se positivamente (e com tamanho do efeito moderado) com o Índice Global de Saúde Física / Psicológica. Não obstante, a magnitude das correlações não se confirmou totalmente, já que se esperavam correlações com magnitudes elevadas com todos os factores. Em todo caso, na análise das diferenças de médias, para além de se confirmar que os factores Neuroticismo, Extroversão e Conscienciosidade são os que produzem diferenças significativas segundo o estado de saúde dos sujeitos, encontrou-se um tamanho do efeito elevado para os três factores.

Na Figura 7.1 representa-se a descrição do perfil de personalidade associado a mais e menos saúde na amostra espanhola, resultante tanto da análise correlacional como da análise das diferenças de médias entre os grupos extremos (com “boa” e “má” saúde). Assim, uma das principais características associadas a menos saúde consiste em ser especialmente sensível aos acontecimentos negativos. Por outro lado, o optimismo, a sociabilidade e a determinação estão associados a mais saúde. Não obstante, há que ter presente que os factores do NEO se correlacionam significativamente entre si na amostra estudada, ainda que com uma magnitude moderada. Assim, pode-se observar que o factor de personalidade desadaptativo (Neuroticismo) se correlaciona negativamente com os factores adaptativos (Extroversão e Conscienciosidade). Por outro lado, os factores adaptativos correlacionam-se positivamente entre si. Isto quer dizer que há uma coerência tanto interna, no que diz respeito às correlações entre os factores, quanto externa no que se refere à sua associação com o estado de saúde.

**Figura 7.1 – Factores de personalidade associados a mais e menos saúde na amostra espanhola**



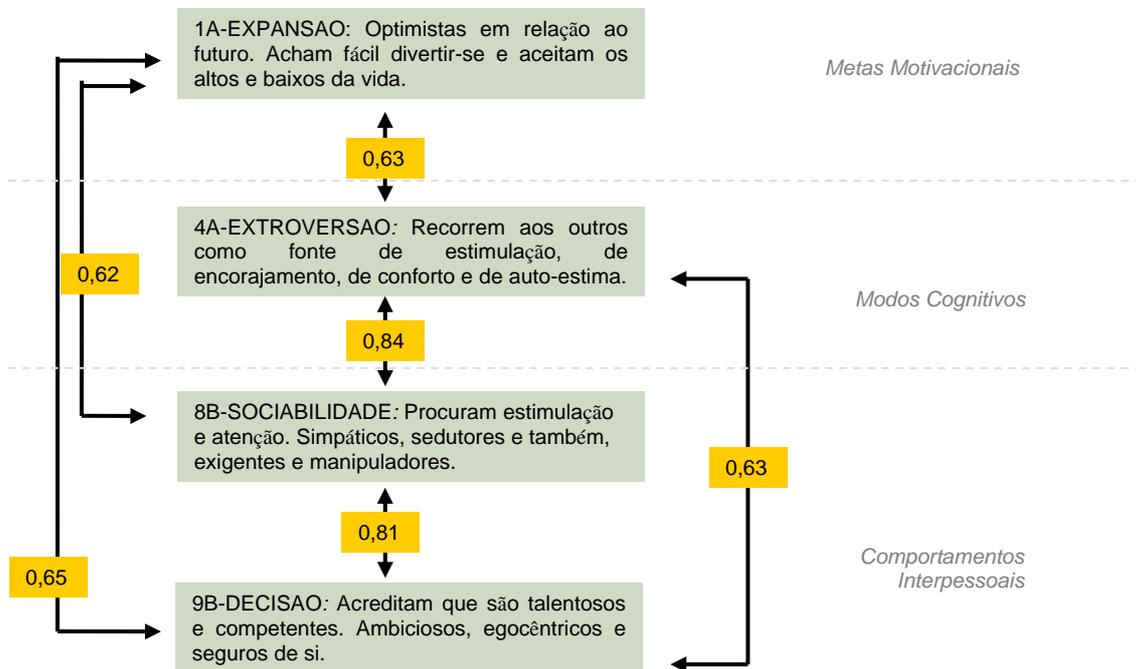
Nota: sombreado a laranja, correlações entre as escalas do NEO FFI com  $p < 0,01$ .

Com os dados portugueses e brasileiros, nos quais se utilizou o MIPS como medida da personalidade, também se confirma a hipótese de que as escalas mais adaptativas (1A, 2A, 3A, 4A, 5A, 6A, 7A, 8B, 9B, 10B, 11B e 12B) se associam a mais saúde, enquanto as escalas mais desadaptativas (1B, 2B, 3B, 4B, 5B, 6B, 7B, 8A, 9A, 10A, 11A e 12A) se associam a menos saúde. Não obstante, nem todas as escalas apresentaram correlações ou diferenças de médias significativas e com tamanho do efeito baixo, moderado ou alto.

Da mesma forma que com os factores do NEO, nas Figuras 7.2 e 7.3 apresentam-se as correlações entre as escalas do MIPS na amostra portuguesa e nas Figuras 7.4 e 7.5 na amostra brasileira. Como se pode observar, as escalas apresentam correlações significativas positivas e elevadas entre si, o que é esperável pelo facto das escalas do MIPS estarem sobrepostas (já que partilham itens entre si). Não obstante, é necessário assinalar que não todas as escalas compartilham os itens ou, se o fazem, o peso

atribuído a um item numa escala difere do seu peso noutra. Neste caso, as correlações entre as escalas ou factores de personalidade demonstram o assinalado por Vollrath e Torgersen (2002) ao criticarem o facto de se centrar a análise da relação entre personalidade e saúde numa só variável, como é bastante frequente na bibliografia analisada. Segundo estes autores, as pessoas não são uma coisa ou outra mas sim uma constelação de traços de personalidade que as caracterizam de forma simultânea, o que Millon (1994a, 2004a) denomina como estilos de personalidade. Com base nesta interpretação e nos resultados desta investigação, poder-se-ia dizer que há um conjunto de traços de personalidade que estão associados a mais e menos saúde e que estão relacionados entre si.

**Figura 7.2 – Escalas de personalidade associadas a mais saúde na amostra portuguesa**



Nota: sombreado a laranja, correlações entre escalas do MIPS com  $p < 0,01$ .

Começando por interpretar os resultados encontrados com os dados portugueses, na Figura 7.2 apresentam-se as escalas que se associam com saúde (tanto na análise

correlacional como na análise de diferenças de médias entre grupos extremos segundo o estado de saúde), de modo significativo e com tamanho do efeito alto, moderado ou baixo.

Como se pode observar, em relação às Metas Motivacionais (motivações e objectivos que estimulam e dirigem o comportamento humano para um determinado fim), o estilo de personalidade associado a mais saúde caracteriza-se por abordar a vida com optimismo e determinação; o que faz referência à polaridade “prazer” (procurar acontecimentos que são atractivos e que nos reforçam positivamente) do principio evolutivo “Existência”. Na hora de procurar informação (Modos Cognitivos), recorrem aos demais, o que se associa à polaridade “externa” do principio evolutivo “Abstracção” (capacidade para reflectir, relacionar e sintetizar a diversidade, representar simbolicamente os acontecimentos e processos, suspeitar, raciocinar e antecipar). Por último, quando se relacionam com os demais (Comportamentos Interpessoais), são sociáveis, (polaridade sociabilidade), decididos e seguros de si mesmos (polaridade segurança).

Os estilos de personalidade associados a menos saúde na amostra portuguesa estão representados na Figura 7.3. Como se pode verificar, quanto às Metas Motivacionais, as pessoas com menos saúde são inibidas e reprimidas, ansiosas, pessimistas e excessivamente preocupadas com as dificuldades da vida; o que se associa à polaridade “dor” do principio evolutivo “Existência”. Lidam com os acontecimentos da vida de forma passiva, o que está associado à polaridade “passividade” do principio evolutivo “Adaptação” (modos de sobrevivência primários). Quanto aos Modos Cognitivos, baseiam-se em si mesmos (polaridade interna) e preferem o intangível como fonte de

informação; processando-a de um modo subjectivo, reagindo de forma visceral, seja por estados de ânimo negativos ou positivos (polaridade afecto).

**Figura 7.3 – Escalas de personalidade associadas a menos saúde na amostra portuguesa**

1B-PRESERVAÇÃO: Concentram-se nos problemas da vida e agravam-nos. Revivem o seu passado de infortúnios e não acreditam que o futuro seja melhor.	2B-ADEQUAÇÃO: Não tentam dirigir as suas vidas. Acomodam-se às circunstâncias criadas por outros. Não têm iniciativa.	<i>Metas Motivacionais</i>
4B-INTROVERSAO: Utilizam os seus pensamentos e sentimentos como recurso. A sua fonte de inspiração são eles próprios.	5B-INTUIÇÃO: Preferem o simbólico e o desconhecido. Procuram o abstracto e o que é especulativo.	
	6B-SENTIMENTO: Fazem juízos a partir das suas reacções afectivas e guiam-se pelos seus valores pessoais.	<i>Modos Cognitivos</i>
8A-RETRAIAMENTO: Falta de emotividade e indiferença social. Silenciosos, passivos e pouco envolvidos socialmente.	9A-INDECISAO: Tímidos e nervosos em situações sociais. Desejam ser aceites e temem ser rejeitados. Sensíveis e emotivos. Propensos ao isolamento.	<i>Comportamentos Interpessoais</i>
10A-DISCREPANCIA: Actuam de modo independente e não conformista. Não aceitam normas tradicionais.	11A-SUBMISSAO: Habitados ao sofrimento. Submissos perante os outros.	
12A-DESCONTENTAMENTO: Passivo-agressivos e mal-humorados. Estados de ânimo e comportamento instáveis.		

	1B	2B	4B	5B	6B	8A	9A	10A	11A	12A
1B										
2B	0,57									
4B	0,62	0,50								
5B	0,40	0,33	0,20							
6B	0,41	0,34	0,07	0,58						
8A	0,60	0,52	0,81	0,15	-0,02					
9A	0,81	0,61	0,76	0,23	0,20	0,66				
10A	0,51	0,43	0,41	0,50	0,18	0,46	0,44			
11A	0,71	0,60	0,48	0,36	0,34	0,47	0,68	0,54		
12A	0,71	0,47	0,51	0,40	0,22	0,57	0,60	0,67	0,64	

Nota: correlações entre as escalas do MIPS. Sombreado a laranja:  $p < 0,01$ . Sombreado a verde: não são significativas.

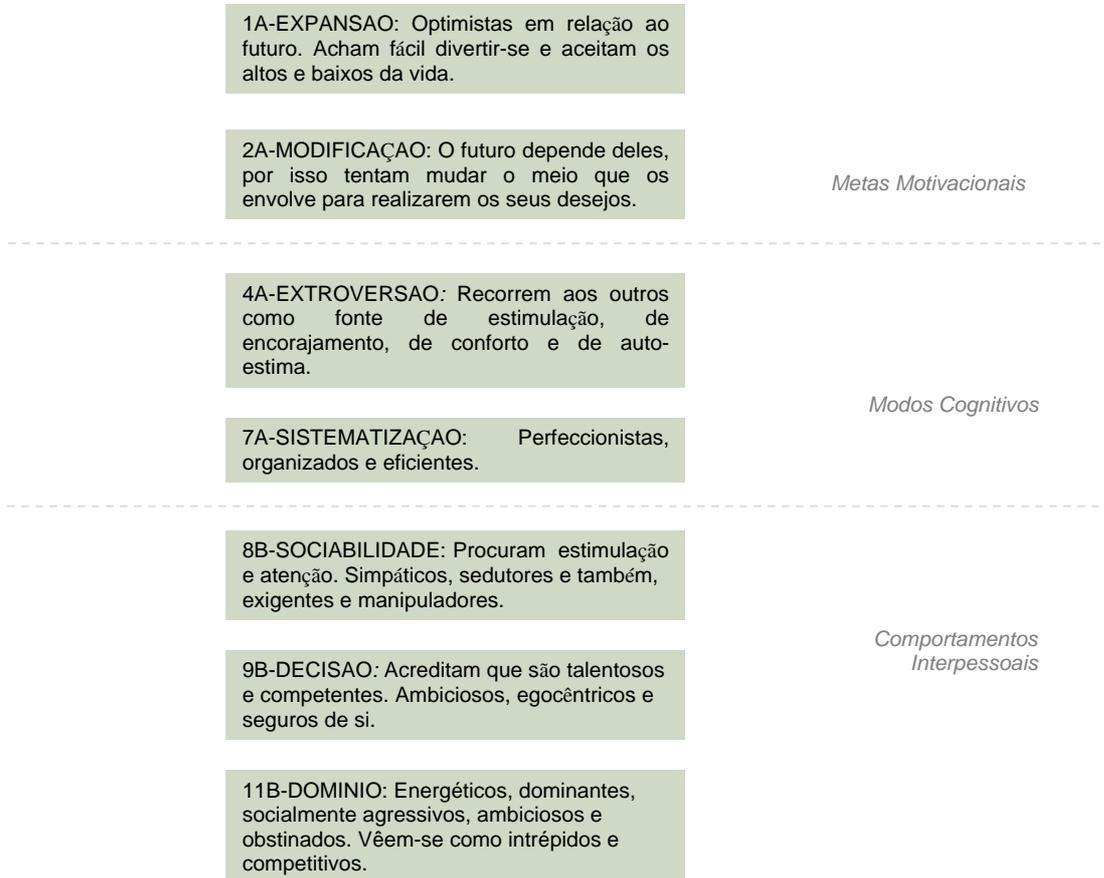
Os seus comportamentos interpessoais são bastante pobres, já que são retraídos, propensos a isolarem-se (polaridade distanciamento físico/emocional), inseguros (polaridade insegurança), desconfiados em relação às intenções da maioria das pessoas

(polaridade desacato), submissos (polaridade submissão) e crêem frequentemente que são tratados de forma injusta (polaridade descontentamento).

Os resultados encontrados na amostra brasileira seguem o padrão geral encontrado na amostra portuguesa. Na Figura 7.4 apresentam-se as escalas do MIPS que se associam a mais saúde, tanto na análise correlacional como na análise de diferenças de médias entre os grupos extremos de “boa” e “má” saúde. Como se pode observar, as escalas são as mesmas que as de Portugal, acrescentando-se mais três no caso do Brasil: Modificação, Sistematização e Domínio. Assim sendo, quanto às Metas Motivacionais, os participantes brasileiros com mais saúde, além de encararem a vida com optimismo e determinação, fazem-no de forma activa (polaridade actividade), planeando estratégias e alternativas para evitar experiências negativas (obstáculos, castigo, rejeição, ansiedade, etc.). Quanto aos Modos Cognitivos, os participantes brasileiros também processam a informação que recebem, neste caso, do exterior (polaridade externa), de forma sistemática e perfeccionista (polaridade assimilação). Por último, no que diz respeito à relação com os outros, também suscitam respeito e obediência dos demais (polaridade domínio).

Quanto às escalas que se associam a menos saúde (ver Figura 7.5), encontra-se uma quase total semelhança com os dados portugueses. A única excepção reside na escala Intuição, que se correlaciona significativamente na amostra portuguesa, mas não na amostra brasileira. Assim sendo, ao contrário dos portugueses, os brasileiros com menos saúde não optam pelo intangível como fonte de informação (Modos Cognitivos).

**Figura 7.4 – Escalas de personalidade associadas a mais saúde na amostra brasileira**



	1A	2A	4A	7A	8B	9B	11B
1A							
2A	0,53						
4A	0,56	0,57					
7A	0,42	0,60	0,26				
8B	0,54	0,77	0,78	0,43			
9B	0,60	0,70	0,56	0,44	0,77		
11B	0,27	0,55	0,21	0,14	0,43	0,61	

Nota: correlações entre as escalas. Sombreado a laranja:  $p < 0,01$ . Sombreado a lilás:  $p < 0,05$ .

**Figura 7.5 – Escalas de personalidade associadas a menos saúde na amostra brasileira**

<p><b>1B-PRESERVAÇÃO:</b> Concentram-se nos problemas da vida e agravam-nos. Revivem o seu passado de infortúnios e não acreditam que o futuro seja melhor.</p>	<p><b>2B-ADEQUAÇÃO:</b> Não tentam dirigir as suas vidas. Acomodam-se às circunstâncias criadas por outros. Não têm iniciativa.</p>	<p><i>Metas Motivacionais</i></p>
-----		
<p><b>4B-INTROVERSAO:</b> Utilizam os seus pensamentos e sentimentos como recurso. A sua fonte de inspiração são eles próprios.</p>	<p><b>6B-SENTIMENTO:</b> Fazem juízos a partir das suas reacções afectivas e guiam-se pelos seus valores pessoais.</p>	<p><i>Modos Cognitivos</i></p>
-----		
<p><b>8A-RETRAIMENTO:</b> Falta de emotividade e indiferença social. Silenciosos, passivos e pouco envolvidos socialmente.</p>	<p><b>9A-INDECISAO:</b> Tímidos e nervosos em situações sociais. Desejam ser aceites e temem ser rejeitados. Sensíveis e emotivos. Propensos ao isolamento.</p>	<p><i>Comportamentos Interpessoais</i></p>
<p><b>10A-DISCREPANCIA:</b> Actuam de modo independente e não conformista. Não aceitam normas tradicionais.</p>	<p><b>11A-SUBMISSAO:</b> Habitados ao sofrimento. Submissos perante os outros.</p>	
<p><b>12A-DESCONTENTAMENTO:</b> Passivo-agressivos e mal-humorados. Estados de ânimo e comportamento instáveis.</p>		

	1B	2B	4B	6B	8A	9A	10A	11A	12A
1B									
2B	0,64								
4B	0,63	0,58							
6B	0,39	0,34	0,01						
8A	0,58	0,54	0,79	-0,06					
9A	0,80	0,65	0,75	0,23	0,63				
10A	0,48	0,43	0,49	0,05	0,46	0,44			
11A	0,74	0,66	0,53	0,36	0,50	0,72	0,47		
12A	0,65	0,45	0,60	0,16	0,54	0,60	0,66	0,60	

Nota: correlações entre as escalas. Sombreado a laranja:  $p < 0,01$ . Sombreado a verde: não são significativas.

Como se pode observar, tanto na amostra brasileira como na amostra portuguesa, há mais escalas do MIPS que se associam de forma significativa a menos saúde do que a mais saúde. Para além disso, há mais escalas da área de Comportamentos Interpessoais do que das restantes áreas. Millon (1994a, 2004a) ressalta que alguns autores sugerem inclusive que o modo como os indivíduos se relacionam é essencial para as experiências quotidianas, o que os faz pensar que as variáveis interpessoais deveriam primar sobre os outros domínios personológicos. Os dados desta investigação confirmam esta ideia.

Verifica-se que das escalas do MIPS que demonstram relações significativas com a saúde, oito pertencem à área dos Comportamentos Interpessoais enquanto apenas 5 à área de Modos Cognitivos e quatro à área de Metas Motivacionais nas amostras portuguesa e brasileira. Não obstante, cabe ressaltar que as únicas escalas que apresentam correlações com magnitude alta, tanto na amostra portuguesa como na brasileira, são Expansão (associada a mais saúde) e Preservação (associada a menos saúde), que formam parte da área de Metas Motivacionais.

Depois de analisar os resultados encontrados em cada país, cabe agora interpretar os resultados em conjunto, contrastando-os com os estudos prévios analisados. Contudo, não se dispõe de estudos prévios que tenham utilizado o modelo de personalidade de Millon (ou o MIPS como medida da personalidade); por este motivo efectuou-se uma análise prévia de correspondência entre o MIPS e o NEO, que revelou outras semelhanças entre o padrão encontrado nas amostras portuguesa e brasileira. Assim sendo, analisando as correlações dos factores do NEO com as escalas do MIPS (na versão original, ver Tabela 5.1, e na amostra portuguesa, ver Tabela 6.3), verificamos que o factor Neuroticismo que surgiu associado a menos saúde na amostra espanhola está relacionado positivamente com as escalas do MIPS que também estão associadas a menos saúde e negativamente com as que estão associadas a mais saúde nas amostras portuguesa e brasileira. Por outro lado, os factores Extroversão e Conscienciosidade, que surgiram associados a mais saúde na amostra espanhola, estão relacionados positivamente com as escalas do MIPS que também estão associadas a mais saúde e negativamente com as escalas que estão associadas a menos saúde nas amostras portuguesa e brasileira.

O factor Neuroticismo relaciona-se positiva e significativamente com todas as escalas do MIPS que ocorreram em associação com menos saúde: Preservação, Adequação, Intuição, Sentimento, Indecisão, Discrepância, Submissão e Descontentamento. Para além disso, as escalas do MIPS Expansão, Sistematização, Sociabilidade, Decisão e Domínio, que estão associadas a mais saúde, estão relacionadas negativa e significativamente com este factor.

Por outro lado, o factor Extroversão (que surgiu associado a mais saúde na amostra espanhola e na bibliografia previamente analisada) está relacionado significativa e directamente com as escalas Expansão, Sociabilidade e Decisão do MIPS, que surgiram associadas a mais saúde. Para além disso, as escalas do MIPS Preservação, Adequação, Introversão, Indecisão e Submissão, associadas a menos saúde, estão relacionadas inversa e significativamente com o factor Extraversão.

Por último, o factor Conscienciosidade, associado a mais saúde na amostra espanhola, está relacionado positiva e significativamente com as escalas do MIPS: Expansão, Modificação, Sistematização e Decisão. Enquanto as escalas do MIPS Preservação, Adequação, Intuição, Discrepância, Submissão e Descontentamento estão relacionadas negativa e significativamente com este factor.

Não se encontraram correlações ou diferenças de médias significativas com os factores Abertura à Experiência e Amabilidade do NEO. Os estudos prévios que foram analisados no Capítulo 3 tão-pouco encontram relação entre estes factores e a saúde/doença, pelo que não se esperavam correlações com estes factores na hipótese estabelecida. Cabe assinalar que estes factores se correlacionam significativamente com

muitas das escalas do MIPS que tão-pouco surgiram associadas a mais ou menos saúde nas amostras portuguesa e brasileira. No caso do factor Abertura à Experiência, com as escalas Sensação, Pensamento e Inovação do MIPS; e no caso do factor Amabilidade, com as escalas Individualidade, Protecção, Inovação e Aquiescência do MIPS.

Cabe ressaltar que tanto o factor Neuroticismo como as escalas Expansão e Preservação, que apresentam correlações altas (positivas nuns casos e negativas noutros) entre si, são variáveis que apresentam um coeficiente  $r$  de magnitude elevada nas amostras estudadas. Isto pode indicar que a forma como as pessoas lidam com o ambiente que as rodeia, isto é, com optimismo e determinação ou com negativismo e resignação, tem um impacto significativo na percepção do estado de saúde.

A associação negativa entre Neuroticismo e saúde que se encontrou corrobora os resultados dos estudos prévios que foram analisados. O próprio Eysenck (Suls & Rittenhouse, 1990), sugeriu, entre outras hipóteses, que os neuróticos apresentariam mais risco de desenvolver uma doença porque experimentam *stress* de modo crónico. Lauriola, Russo, Lucidi, Violan e Levin (2005) verificam que o Neuroticismo aparece como preditor da procura de risco para a saúde. O Neuroticismo e a agressividade oculta foram identificados por Tanum e Malt (2001) como indicadores de vulnerabilidade às doenças gastrointestinais. Smith e Zautra (2002) verificam que os pacientes com doenças ósseas (artrite reumatóide) que têm altos níveis de Neuroticismo apresentam mais *stress* interpessoal, que por sua vez está associado a mais angústia e a maior gravidade da doença. O Neuroticismo também está directamente associado ao assumir/ ao reconhecimento / à identificação de sintomas infundados (Feldman, Cohen, Doyle, Skoner & Gwaltney, 1999). Também se associa à mortalidade de pacientes com doença

cardíaca (Murberg, Bru & Aarsland, 2001). Aparece como preditor independente para todos os índices de angústia e queixas de saúde quando se analisa a satisfação com o apoio social em pacientes que tiveram o primeiro enfarte (Pedersen, Middel & Larsen, 2002). Marusic e Eysenck (2001) verificam que a interacção Neuroticismo-consumo de tabaco é mais importante do que só fumar no que se refere às isquemias coronárias.

Por outro lado, os estudos prévios que analisaram os factores de personalidade do NEO em conjunto, também apresentam resultados que vão na mesma direcção dos aqui apresentados. Assim sendo, por exemplo, enquanto o Neuroticismo prediz uma precária conduta de saúde, a Extroversão está associada com condutas, expectativas e estimativas de uma melhor saúde (William's, O'Brien & Colder, 2004). Os resultados de Wilson, Gu, Bienios, Mendes de León e Evans (2005) indicam que altos níveis de Extroversão e baixos níveis de Neuroticismo estão associados a uma significativa redução do risco de mortalidade em anciãos. Ramírez-Maestre, López-Martínez e Esteve-Zarazaga (2004) concluem, por um lado, que o Neuroticismo está relacionado com o uso de estratégias de confrontação passivas e, por outro, com mais intensidade na percepção da intensidade da dor. O estudo de Christensen, Ehlers, Wiebe, Moran Raichle, Ferneyhough et al. (2002) revela que os pacientes com insuficiência renal crónica que apresentam altas pontuações em Neuroticismo e baixas pontuações em Conscienciosidade têm uma mortalidade estimada em cerca de 37%. Por último, Penedo, González, Dahn Antoni, Malow, Costa et al. (2003) verificam que as variáveis de personalidade não estão directamente relacionadas com a aderência ao tratamento de HIV-AIDS. Não obstante, o Neuroticismo está significativamente associado a uma pobre qualidade de vida e a Conscienciosidade e a Extroversão a uma boa qualidade de vida, que por sua vez está relacionada com a aderência ao tratamento.

O estudo de Vollrath e Torgesen (2002), em que os autores combinam os factores Neuroticismo, Extroversão e Conscienciosidade do NEO, resultando em oito tipos de personalidade (ver Tabela 3.8), também corrobora os resultados desta investigação. Os autores verificam que o tipo “Inseguro”, composto por altos níveis de Neuroticismo e baixos níveis de Extroversão e Conscienciosidade, é particularmente propenso a desenvolver múltiplos comportamentos de risco para a saúde (consumo de tabaco, álcool, drogas e actividade sexual sem protecção).

Além dos factores do NEO, as variáveis de personalidade analisadas na bibliografia prévia também demonstram uma certa correspondência de conteúdo entre os factores do NEO e as escalas do MIPS estudadas. Assim, por exemplo, o Optimismo, traço que está presente no factor Extraversão do NEO e na escala Expansão do MIPS (e que está associado a mais saúde nesta investigação), foi relacionado, num estudo prévio, à resposta positiva depois da administração de um placebo apresentado como tendo efeitos desagradáveis (Geers, Helfer, Kosbab, Weiland & Landry, 2005). Também se relacionou positivamente com a resposta imune (Segerstrom, Castañeda & Spencer, 2003). Esteve relacionado inversamente com as preocupações em ter cancro ou com o risco de ter de cancro da mama (McGregor, Bowen Ankerst, Andersen, Yasui & MacTiernan, 2004). E, influencia o ajustamento / a adaptação das pessoas que foram tratadas de cancro (Carver, Smith Derhagopian, Antoni, Petronis & Weiss, 2005).

A Hostilidade, outro traço amplamente estudado na bibliografia prévia, considerada como o componente tóxico do padrão Tipo A, corresponde a uma das facetas do factor Neuroticismo e poderia corresponder às escalas Discrepância e Descontentamento do

MIPS, na medida em que estas incluem uma atitude negativa permanente para com os demais, que envolve componentes cognitivos, afectivos e comportamentais. Os estudos prévios demonstram que a Hostilidade é preditora de um amplo espectro de indicadores de risco para a saúde (Siegler, Costa, Brummett, Helms, Barefoot, William et al., 2003), está associada a uma carga elevada de sintomas relatados (Christensen, Lund, Damsgaard, Holstein, Ditlevsen, Diderichsen et al., 2004) e relacionada com um aumento da actividade inflamatória (Surtees, Wanwright, Khaw Luben, Brayne & Day, 2003). Além disso, foi amplamente estudada na sua relação com as doenças cardiovasculares. Os estudos indicam que os sujeitos hostis se expõem a múltiplas experiências e encontros interpessoais geradores de *stress* que por sua vez modulam a actividade cardiovascular (p.ex., Sloan, Bagiella, Shapiro, Kuhl, Chernikova, Berg et al., 2001; Brondolo, Rieppi, Ericsson, Bagiella, Shapiro, McKinley et al., 2003).

Em resumo, os resultados desta investigação, contrastados com a bibliografia prévia, confirmam a ideia de Friedman & Booth-Kewley (1987b), de que uma personalidade desadaptada promove o desenvolvimento de doenças ou, neste caso, de menos saúde. Além disso, os traços de personalidade associados a mais e menos saúde transcendem a nação/cultura, já que há mais semelhanças que diferenças nos estilos de personalidade associados à saúde nas amostras estudadas (espanhola, portuguesa e brasileira). Portanto, confirma-se a hipótese previamente apresentada, ou seja, um estilo de personalidade desadaptado, definido por uma tendência para experimentar emoções negativas de forma passiva, com uma instabilidade emocional de fundo, e pela tendência para inibir a expressão destas emoções na interacção social, esta última caracterizada pelo isolamento, submissão e insegurança, constitui um terreno frutífero para uma pobre saúde e talvez para o aparecimento e desenvolvimento de possíveis

doenças. Estas tendências básicas coincidem com as características do padrão ou estilo de comportamento tipo C, associado ao cancro (Greer & Morris, 1975; Temoshok, 1987) e da personalidade Tipo D, de recente aparecimento, associada ao pior prognóstico e aderência ao tratamento das doenças cardiovasculares depois de diagnosticadas (Denollet, Vaes & Brutsaert, 2000; Pedersen & Middel, 2001; Pedersen, Van Domburg, Theuns, Jordaens & Erdman, 2004).

Por outro lado, o estilo de personalidade associado a mais saúde caracteriza-se por lidar com os factos da vida com optimismo e determinação, confrontando-os de forma activa, recorrendo aos demais como fonte de informação e mantendo relações interpessoais saudáveis, baseadas na segurança em si mesmo.

Finalmente, com base nos resultados obtidos na amostra espanhola, portuguesa e brasileira, considera-se que o MIPS é um instrumento apropriado para analisar a associação personalidade-saúde, já que proporciona mais detalhes sobre a personalidade, de forma integrada, em três campos de fundamental importância nesta matéria: as Metas Motivacionais (como se aborda o meio envolvente), os Modos Cognitivos (como se procura e processa a informação que se recebe do meio) e os Comportamentos Interpessoais (isto é, como se relaciona com os demais). Por outro lado, o referencial teórico a partir do qual foi construído proporciona um grupo de princípios coerentes que explicam como e por que razão as descobertas clínicas assumem a forma que têm, o que o diferencia das concepções baseadas somente em dados empíricos. Os dados empíricos proporcionam inspirações valiosas, mas o “significado” de um esquema científico requer um fundamento lógico, teórico, explícito e sistemático (Millon, 1994a, 2004a). Ademais como se poderá comprovar no estudo

seguinte, o MIPS, pela sua estrutura baseada em 24 escalas, oferece mais possibilidades de diferenciar os grupos segundo sexo e situação laboral.

### **7.3 – Estudo 3: Diferenças segundo sexo/género, situação laboral e cultura/nação**

O terceiro e último objectivo da investigação foi analisar se o sexo/género, a situação laboral e a cultura/nação modulam as relações entre personalidade e saúde, pelo que se estabeleceu a seguinte hipótese:

*Hipótese 3: As variáveis sexo/género, situação laboral e cultura/nação modularão as possíveis relações entre personalidade e saúde encontradas na Hipótese 2.*

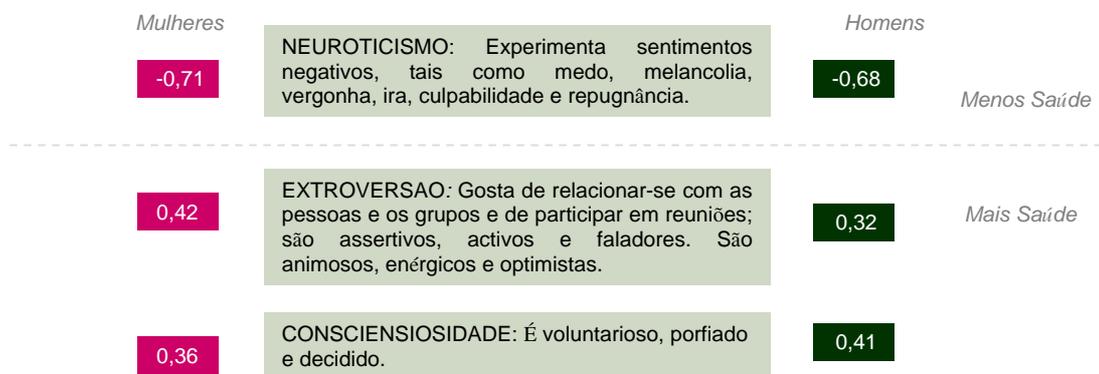
Conforme aos resultados apresentados no Capítulo 6, primeiro apresenta-se a discussão dos dados separados por sexo e em seguida segundo a situação laboral para cada amostra estudada (espanhola, portuguesa e brasileira).

#### **7.3.1 – Diferenças segundo sexo/género e cultura/nação**

Na Figura 7.6 apresentam-se as correlações entre os factores do NEO e o Índice Global de Saúde Física/Psicológica segundo sexo na amostra espanhola. Como se pode observar, mantêm-se os factores, assim como a magnitude e direcção das correlações, do Estudo 2. O único factor que apresenta correlações que diferem levemente (isto é, mais que nove decimais) segundo o sexo é a Extraversão, que apresenta uma correlação mais elevada nas mulheres.

Muitos estudos analisados não apresentam os resultados diferenciados por sexo e outros incluem somente as mulheres ou os homens nas amostras, como se viu no Capítulo 4. Em todo caso, os estudos que apresentam os resultados para ambos os sexos tão-pouco encontram diferenças segundo o sexo nas relações entre o factor Neuroticismo e a doença/saúde. Lauriola, Russo, Lucidi, Violan e Levin (2005) verificam que o Neuroticismo é um forte preditor da adopção de comportamentos de risco para a saúde, porém as diferenças segundo o sexo são insignificantes, ainda que as mulheres pontuem mais neste factor. Murberg, Bru e Aarschland (2001) corroboram este resultado quanto à mortalidade, concluindo que o Neuroticismo é um forte preditor independente do sexo, idade e da severidade da doença (neste caso, cardiovascular).

**Figura 7.6 – Factores de personalidade associados a mais e menos saúde segundo o sexo na amostra espanhola**



Nota: sombreado a *bordô* (mulheres) e a verde-escuro (homens): Correlações significativas com o Índice Global de Saúde Física/Psicológica.

Na Figura 7.7 apresentam-se as correlações entre as escalas do MIPS e o Índice Global de Saúde Física/Psicológica na amostra portuguesa. Como se pode observar, as escalas Modificação e Sistematização, que no Estudo 2 não apresentaram correlações significativas na amostra portuguesa, aparecem aqui como relevantes para a sub-amostra dos homens. Além disso, a escala Adequação apenas se mostra significativa

para este grupo. Por outro lado, a escala Sentimento, que se correlaciona significativamente tanto em mulheres como em homens, apresenta uma magnitude diferente (mais que nove decimais) favorecendo os homens. As restantes escalas, tanto as associadas a mais saúde (Expansão, Extraversão, Sociabilidade e Decisão) como as associadas a menos saúde (Preservação, Introversão, Retraimento, Indecisão, Discrepância, Submissão e Descontentamento), apresentam diferenças insignificantes entre homens e mulheres, isto é, ao subtrair as correlações, a diferença não supera nove decimais. Isto indica que há mais semelhanças do que diferenças nas relações entre personalidade e saúde quando se analisam os resultados segundo o sexo na amostra portuguesa.

Em todo caso, cabe ressaltar que há mais escalas que se correlacionam significativamente nos homens (16 no total) do que nas mulheres (13 no total). Além disso, como se disse anteriormente, uma das escalas que se correlaciona em ambos os sexos (Sentimento), tem uma correlação mais elevada nos homens. Com base nestes resultados, pode-se dizer que, na amostra portuguesa, a personalidade dos homens está mais intimamente relacionada com a saúde do que no caso das mulheres.

Dito isto, a partir do estilo de personalidade descrito no Estudo 2 para a amostra portuguesa no total, os homens diferenciam-se das mulheres, sobretudo quanto aos traços de personalidade associados a mais saúde, já que para além de abordarem a vida com optimismo e determinação, fazem-no de uma forma activa (polaridade actividade), planeando estratégias e alternativas para evitar experiências negativas (obstáculos, castigo, rejeição, ansiedade, etc.). Quanto aos Modos Cognitivos, os homens processam a informação que recebem de forma sistemática e perfeccionista (polaridade

assimilação). Quanto aos traços associados a menos saúde, tanto homens como mulheres processam a informação que recebem de modo subjectivo, reagindo de forma visceral, seja por estados de ânimo negativos ou positivos (polaridade afecto), porém nos homens este traço está mais fortemente associado à saúde do que nas mulheres.

**Figura 7.7 – Escalas de personalidade associadas a mais e menos saúde segundo o sexo na amostra portuguesa**

0,56 0,55	1A-EXPANSÃO: Optimistas em relação ao futuro. Açam fácil divertir-se e aceitam os altos e baixos da vida.	4A-EXTROVERSAO: Recorrem aos outros como fonte de estimulação, de encorajamento, de conforto e de auto-estima.	0,32 0,26
0,31	2A-MODIFICAÇÃO: O futuro depende deles, por isso tentam mudar o meio que os envolve para realizarem os seus desejos.	8B-SOCIABILIDADE: Procuram estimulação e atenção. Simpáticos, sedutores e também, exigentes e manipuladores.	0,32 0,31
0,34 0,38	9B-DECISÃO: Acreditam que são talentosos e competentes. Ambiciosos, egocêntricos e seguros de si.	7A-SISTEMATIZAÇÃO: Perfeccionistas, organizados e eficientes.	0,28
<i>Mais Saúde</i>			
-0,64 -0,63	1B-PRESERVAÇÃO: Concentram-se nos problemas da vida e agravam-nos. Revivem o seu passado de infortúnios e não acreditam que o futuro seja melhor.	2B-ADEQUAÇÃO: Não tentam dirigir as suas vidas. Acomodam-se às circunstâncias criadas por outros. Não têm iniciativa.	-0,47
<i>Menos Saúde</i>			
-0,39 -0,40	4B-INTROVERSAO: Utilizam os seus pensamentos e sentimentos como recurso. A sua fonte de inspiração são eles próprios.	5B-INTUIÇÃO: Preferem o simbólico e o desconhecido. Procuram o abstracto e o que é especulativo.	-0,29 -0,37
-0,27 -0,37	6B-SENTIMENTO: Fazem juízos a partir das suas reacções afectivas e guiam-se pelos seus valores pessoais.	8A-RETRAIMENTO: Falta de emotividade e indiferença social. Silenciosos, passivos e pouco envolvidos socialmente.	-0,44 -0,40
-0,47 -0,52	9A-INDECISÃO: Tímidos e nervosos em situações sociais. Desejam ser aceites e temem ser rejeitados. Sensíveis e emotivos. Propensos ao isolamento.	10A-DISCREPANCIA: Actuam de modo independente e não conformista. Não aceitam normas tradicionais.	-0,29 -0,36
-0,54 -0,52	11A-SUBMISSÃO: Habitados ao sofrimento. Submissos perante os outros.	12A-DESCONTENTAMENTO: Passivo-agressivos e mal-humorados. Estados de ânimo e comportamento instáveis.	-0,53 -0,49

Nota: sombreado a *bordô* (mulheres) e a verde-escuro (homens): correlações significativas com o Índice Global de Saúde Física/Psicológica. Sombreado a laranja: escalas que não são significativas no Estudo 2.

No caso dos dados brasileiros, que estão representados na Figura 7.8, repetem-se as variáveis que apresentam correlações no Estudo 2 na amostra total brasileira, excepto a

escala Domínio, que antes apresentava uma correlação com tamanho do efeito baixo e que desaparece quando se analisam os resultados separados por sexo.

Como se pode verificar, se observa um padrão diferencial de personalidade segundo sexo, associado a mais e menos saúde. Assim sendo, as correlações com as escalas Expansão, Descontentamento, Submissão e Preservação são mais elevadas (diferem mais do que nove decimais) nas mulheres; e a escala Sentimento apenas se correlaciona significativamente neste grupo. Por outro lado, nos homens são mais elevadas as correlações com as escalas Modificação, Extraversão, Sociabilidade e Retraimento; e a escala Sistematização correlaciona-se significativamente somente neste grupo. As correlações obtidas nas escalas Adequação, Introversão, Discrepância, Decisão e Indecisão não diferenciam de forma relevante a homens e mulheres.

É curioso que nas escalas em que há correlações diferenciais segundo o sexo, não se verifiquem diferenças destacadas nas médias das escalas nas mulheres e nos homens. Destacamos este dado na Tabela 7.1, recuperando os dados gerais apresentados na Tabela 6.10. Isto quer dizer que não se trata de que estas escalas se diferenciam segundo sexo *per se*, e sim que são as relações destas escalas com a saúde que apresentam magnitudes diferentes segundo o sexo.

**Figura 7.8 – Escalas de personalidade associadas a mais e menos saúde segundo o sexo na amostra brasileira**



Nota: sombreado a *bordô* (mulheres) e a verde-escuro (homens): correlações significativas com o Índice Global de Saúde Física/Psicológica.

**Tabela 7.1 – Estatística descritiva das escalas do MIPS que apresentaram correlações diferenciais com saúde segundo o sexo na amostra brasileira**

	Mulheres		Homens	
	Média	D.P.	Média	D.P.
1A-Expansão	26,38	7,11	26,93	6,67
1B-Preservação	17,84	9,90	16,40	9,68
2A-Modificação	31,30	7,89	32,85	7,19
4A-Extroversão	27,69	7,99	27,46	8,44
4B-Introversão	11,99	6,63	13,76	6,86
6B-Sentimento	31,80	7,75	29,16	7,61
7A-Sistematização	41,21	9,05	40,89	9,16
8A-Retraimento	19,66	9,36	20,36	9,10
8B-Sociabilidade	36,34	9,99	38,76	10,41
11A-Submissão	16,92	7,63	17,96	8,00
12A-Descontentamento	25,56	8,70	25,59	8,89

Cabe assinalar aqui que, no total das escalas que diferem segundo o sexo, encontramos por um lado, que há mais escalas associadas a mais saúde com correlações mais elevadas nos homens do que nas mulheres (quatro para uma), e por outro, que há mais escalas associadas a menos saúde com correlações mais elevadas nas mulheres do que nos homens (quatro para duas). Isto sugere que a saúde dos homens está mais relacionada com traços de personalidade adaptativos, de forma positiva, e que nas mulheres a saúde está mais associada a traços mais desadaptativos, de modo negativo.

Assim, com base nestes resultados e segundo o conjunto de traços que caracterizam os sujeitos com mais e menos saúde apresentado no Estudo 2 para a amostra brasileira, as correlações relativas ao primeiro par de escalas das Metas Motivacionais são mais altas nas mulheres (ambas com tamanho do efeito elevado). Isto é, tanto os traços associados a mais saúde, um comportamento motivado pelo desejo de obter um reforço positivo (Expansão); quanto os associados a menos saúde, evitar a estimulação negativa do ambiente (Preservação), estão mais intimamente relacionados com a saúde nas mulheres do que nos homens.

Quanto aos traços associados a menos saúde, também é mais marcado nas mulheres o comportamento passivo-agressivo (Descontentamento) e submisso (Submissão) no momento de se relacionarem com os demais. Além disso, o facto de se guiarem por valores pessoais quando formam juízos é apenas significativo nas mulheres (Sentimento).

No grupo de homens, ter mais saúde está intimamente relacionado com adoptar um comportamento activo, tentando modificar o meio que os rodeia (Modificação); recorrer

aos outros para se confortar e manter alta a auto-estima (Extraversão); organizar a informação que recebem do meio de forma perfeccionista e eficiente (Sistematização) e procurar estimulação e atenção quando se relacionam com os outros (Sociabilidade). Por outro lado, ter menos saúde nos homens está associado a retraírem-se socialmente, tanto na procura de informação do ambiente (Introversão), quanto no momento de se relacionarem com os outros (Retraimento).

Assim, considerando os dados segundo o sexo em conjunto (Espanha, Portugal e Brasil), pode-se dizer que as diferenças segundo o sexo dependem da nação/cultura à que pertencem os sujeitos, já que em Espanha e em Portugal não se encontra um padrão diferencial, porém os dados da amostra brasileira mostram diferenças marcadas segundo o sexo. Rohlf, Borrel e Fonseca (2000) dizem que *“a saúde de mulheres e homens é diferente e é desigual”* (pp. 64); diferente porque há factores biológicos (genéticos, hereditários, fisiológicos, etc.) que se manifestam de forma diferente na saúde e no risco de adoecer. Desigual porque há outros factores, que em parte são explicados pelo género, que influenciam de uma maneira injusta a saúde das pessoas.

No nosso caso, podemos dizer que o impacto das variáveis de personalidade na saúde dos sujeitos difere segundo o sexo em algumas nações/culturas e que é desigual na medida em que as mulheres surgem desfavorecidas, já que há mais traços de personalidade que se associam a menos saúde neste grupo; e os homens são favorecidos porque se encontram mais variáveis de personalidade associadas a mais saúde neste grupo. O meio envolvente pode ser uma fonte de produção destas desigualdades. É curioso que se encontrem diferenças e desigualdades segundo o sexo precisamente nos dados da amostra brasileira; ou seja, um país em desenvolvimento, no qual as

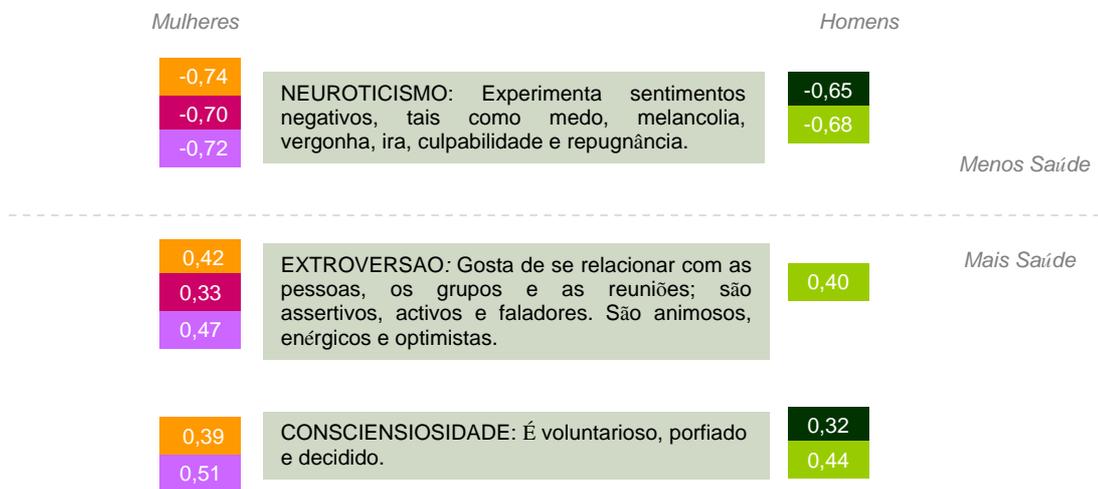
desigualdades (de género, de classe social, de acesso aos recursos, educação, saúde, etc.) estão na “ordem do dia” do país. E, por outro lado, que nos dados das amostras espanhola e portuguesa – países de primeiro mundo e que têm vindo a lutar, desde há muitos anos, pela equidade e igualdade em matéria de género dentro da Comunidade Europeia – não se evidenciem diferenças relevantes segundo o sexo nas relações entre personalidade e saúde. Cabe recordar que nesta investigação se controlou o nível socio-económico dos participantes que formaram parte das amostras estudadas e que os sujeitos (da amostra brasileira neste caso) não se diferenciam nas variáveis de personalidade que apresentam correlações diferenciais com a saúde segundo o sexo *per se*. Em resumo, poder-se-á concluir que o impacto das variáveis de personalidade na saúde dos sujeitos difere segundo o sexo de acordo com a nação/cultura estudada, talvez devido aos níveis gerais de iniquidade existentes.

Por outro lado, é importante ressaltar que o par de escalas Individualidade e Protecção do MIPS, que *a priori* está relacionado com o sexo masculino e feminino, respectivamente, devido em parte a bases biológicas, não se relaciona significativamente com a saúde, tanto no Estudo 2 como neste estudo ao analisar os dados separados por sexo nas duas amostras estudadas (portuguesa e brasileira). Ou seja, o par de escalas que avalia em que medida o sujeito está motivado por metas relacionadas consigo próprio (Individualidade), promovendo e estendendo o próprio “eu”, ou relacionadas com os outros (Protecção), protegendo-os, ambas baseadas no princípio evolutivo “Replicação”, não se relaciona com o estado de saúde dos sujeitos.

### 7.3.2 – Diferenças segundo a situação laboral e a cultura/nação

Por último, cabe comprovar se a situação laboral é um factor moderador das relações entre personalidade e saúde. A Figura 7.9 apresenta os factores de personalidade associados a mais e menos saúde segundo a situação laboral na amostra espanhola.

**Figura 7.9 – Factores de personalidade associados a mais e menos saúde segundo situação laboral na amostra espanhola**



Nota: sombreado a laranja (donas de casa), a bordô (mulheres empregadas), a lilás (mulheres desempregadas), a verde-escuro (homens empregados) e a verde-claro (homens desempregados): correlações significativas com o Índice Global de Saúde Física/Psicológica.

Como se pode observar, quando se analisam os dados segundo a situação laboral, as diferenças se tornam mais evidentes. Depreende-se dos dados que as variáveis de personalidade associados a mais saúde (Extroversão e Conscienciosidade) estão mais intimamente relacionadas nos grupos de desempregados, sendo ligeiramente mais destacadas no grupo das mulheres desempregadas. No caso dos traços associados a menos saúde (Neuroticismo) ocorre o mesmo, porém neste caso o grupo das donas de casa supera ligeiramente o das mulheres desempregadas.

Para além disso, em linhas gerais é possível delinear uma ordem hierárquica de associações entre personalidade e saúde, de mais a menos, nos grupos: em primeiro lugar são mais elevadas nas mulheres desempregadas, em segundo lugar nas donas de casa, em terceiro lugar nos homens desempregados, em quarto lugar nas mulheres empregadas, seguidas por último dos homens empregados. Ou seja, as variáveis de personalidade são principalmente importantes para a saúde numa situação especialmente difícil nos tempos de hoje como é estar desempregado. Em segundo lugar, está o tipo de trabalho, ou seja, remunerado ou não. Neste caso, ter um trabalho reprodutivo (o das donas de casa) faz com que as variáveis de personalidade tenham especial importância.

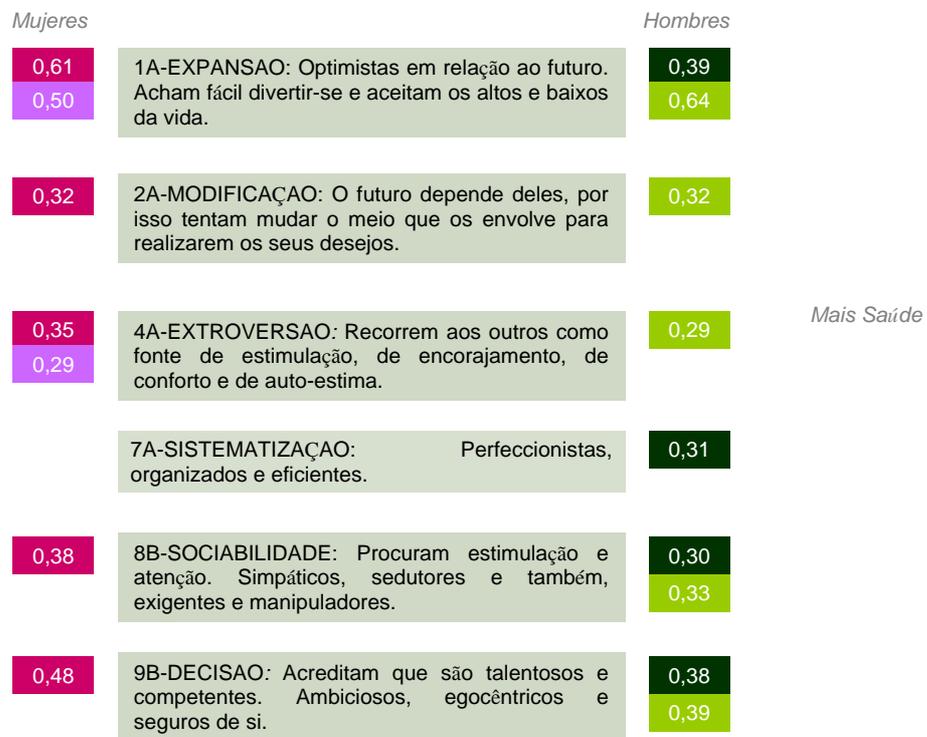
Por outro lado, os traços de personalidade parecem ser menos importantes para a saúde no grupo de empregados, tanto de homens como de mulheres, sobretudo no caso dos homens, já que neles as variáveis Neuroticismo e Conscienciosidade se associam de modo menos intenso com a saúde e a variável Extroversão não é significativa. Do lado das mulheres, o grupo de empregadas é o que apresenta as correlações mais baixas com Neuroticismo e Extroversão. A correlação com o factor Conscienciosidade não é significativa.

Somando estes dados aos das diferenças segundo o sexo apresentadas no ponto anterior (7.3.1), podemos concluir que, no caso da amostra espanhola, a situação laboral é um factor modulador mais influente nas relações entre personalidade e saúde do que o sexo; o sexo é importante, mas num segundo plano. Desta forma, evidencia-se a seguinte tendência: quanto pior a situação laboral (desempregado e trabalho reprodutivo), mais fortes são as relações entre os traços de personalidade e a saúde dos sujeitos. Noutras

palavras, quando o meio envolvente se apresenta adverso (estar desempregado ou desenvolver um trabalho que não é valorizado como o das donas de casa), os traços de personalidade assumem especial importância na percepção do estado de saúde.

Na Figura 7.10 estão representadas as escalas associadas a mais saúde na amostra portuguesa; cabe recordar que não se dispõe do grupo de donas de casa nesta amostra.

**Figura 7.10 – Escalas de personalidade associadas a mais saúde segundo situação laboral na amostra portuguesa**



Nota: sombreado a bordô (mulheres empregadas), a lilás (mulheres desempregadas), a verde-escuro (homens empregados) e a verde-claro (homens desempregados): correlações significativas com o Índice Global de Saúde Física/Psicológica.

Como se pode verificar, não são todas as escalas que se associam a mais saúde nos grupos estudados; além disso, quando se correlacionam em mais que um grupo, as magnitudes das correlações diferem entre si.

Em linhas gerais, nas mulheres, observa-se que há menos escalas que se associam a mais saúde no grupo das desempregadas (duas no total) e mais nas mulheres empregadas (cinco no total). Nos homens não se observam diferenças tão marcadas quanto à quantidade de escalas que se associam a mais saúde no grupo dos empregados (quatro no total) e dos desempregados (cinco no total). É importante assinalar que as escalas Modificação e Sistematização, que começam a aparecer como significativas a partir do Estudo 3 apenas nos homens, não se correlacionam aqui em nenhum dos grupos de homens e inclusive chegam a associar-se a mais saúde num dos grupos de mulheres. Assim, a escala Sistematização passa a associar-se a mais saúde somente no grupo de homens empregados e a escala Modificação passa a associar-se a mais saúde tanto no grupo de mulheres empregadas como no de homens desempregados e com a mesma magnitude.

Cabe assinalar que há uma quase total correspondência entre as escalas que se associam a mais saúde no grupo das mulheres empregadas e no grupo dos homens desempregados e com uma magnitude igual ou bastante semelhante. No que diz respeito às escalas associadas a mais saúde, representadas na Figura 7.11, a correspondência se verifica segundo sexo e situação laboral, ou seja, mulheres empregadas com homens empregados por um lado e mulheres desempregadas com homens desempregados por outro, excepto no caso da escala Sentimento, que apenas se associa à saúde dos homens (empregados e desempregados).

**Figura 7.11 – Escalas de personalidade associadas a menos saúde segundo a situação laboral na amostra portuguesa**

Mulheres		Homens	
-0,67 -0,61	1B-PRESERVAÇÃO: Concentram-se nos problemas da vida e agravam-nos. Revivem o seu passado de infortúnios e não acreditam que o futuro seja melhor.	-0,52 -0,69	
-0,31	2B-ADEQUAÇÃO: Não tentam dirigir as suas vidas. Acomodam-se às circunstâncias criadas por outros. Não têm iniciativa.	-0,41 -0,48	
-0,37 -0,45	4B-INTROVERSAO: Utilizam os seus pensamentos e sentimentos como recurso. A sua fonte de inspiração são eles próprios.	-0,43 -0,45	
-0,34	5B-INTUIÇÃO: Preferem o simbólico e o desconhecido. Procuram o abstracto e o que é especulativo.	-0,40	
	6B-SENTIMENTO: Fazem juízos a partir das suas reacções afectivas e guiam-se pelos seus valores pessoais.	-0,35 -0,35	Menos Saúde
-0,40 -0,49	8A-RETRAIMENTO: Falta de emotividade e indiferença social. Silenciosos, passivos e pouco envolvidos socialmente.	-0,41 -0,36	
-0,53 -0,41	9A-INDECISAO: Tímidos e nervosos em situações sociais. Desejam ser aceites e temem ser rejeitados. Sensíveis e emotivos. Propensos ao isolamento.	-0,45 -0,57	
-0,30 -0,30	10A-DISCREPÂNCIA: Actuam de modo independente e não conformista. Não aceitam normas tradicionais.	-0,29 -0,35	
-0,52 -0,58	11A-SUBMISSAO: Habitados ao sofrimento. Submissos perante os outros.	-0,41 -0,57	
-0,54 -0,53	12A-DESCONTENTAMENTO: Passivo-agressivos e mal-humorados. Estados de ânimo e comportamento instáveis.	-0,30 -0,60	
	12B-AQUIESCÊNCIA: Simpáticos, sociáveis, leais e com capacidade para estabelecer vínculos afectivos fortes. Ocultam os seus sentimentos negativos.	-0,30	

Nota: sombreado a *bordô* (mulheres empregadas), a lilás (mulheres desempregadas), a verde-escuro (homens empregados) e a verde-claro (homens desempregados): correlações significativas com o Índice Global de Saúde Física/Psicológica. Sombreado a laranja: escala não significativa no Estudo 2 e no Estudo 3 segundo sexo.

Em linhas gerais, observam-se mais escalas que se associam a mais saúde em todos os grupos (Preservação, Introversão, Retraimento, Indecisão, Discrepância, Submissão e

Descontentamento), porém com magnitudes diferentes. Por outro lado, cabe destacar que há mais escalas que se associam a menos saúde no grupo de homens (onze no caso dos empregados, nove no caso dos desempregados) do que no grupo de mulheres (nove no caso das empregadas e sete no caso das desempregadas). Esta tendência já se tinha manifestado na análise anterior, aquando da análise dos dados separados por sexo. Em todo caso, as correlações das escalas no grupo dos homens empregados são sempre menores do que as dos demais grupos.

Além disso, a escala Aquiescência aparece pela primeira vez, associada a menos saúde, no grupo dos homens empregados. É curioso que uma escala que, *a priori*, pertence ao grupo das mais adaptativas, apareça aqui associada a menos saúde. Talvez o componente tóxico para a saúde seja, neste caso, “ocultar os sentimentos negativos” como já se viu na discussão do Estudo 2.

Em resumo, depreende-se dos dados portugueses uma certa correspondência nas relações personalidade-saúde das mulheres empregadas e dos homens desempregados, mas somente quanto às escalas de personalidade associadas a mais saúde. Para além disso, enquanto se verificam menos associações entre personalidade e saúde nas mulheres desempregadas (nove no total), no grupo dos homens desempregados surge o número mais alto de escalas associadas (catorze no total). De entrada, no que diz respeito às relações entre personalidade e saúde, o facto de se estar desempregado não modula da mesma forma as relações personalidade-saúde nos homens e nas mulheres. Como já se mencionou na análise dos dados espanhóis, um ambiente adverso pode fazer com que as variáveis de personalidade influenciem muito a saúde. Seguindo esta linha de pensamento, no caso da amostra portuguesa, talvez seja equivalente o *stress*

experimentado pelos homens quanto estão desempregados e o *stress* experimentado pelas mulheres que estão empregadas. Uma possível explicação do *stress* experimentado pelas mulheres empregadas pode residir na dupla jornada laboral, ou seja, ter que assumir tanto as responsabilidades do trabalho como o cuidado dos filhos e das tarefas do lar. Outra possível explicação pode estar no tipo de trabalho que desempenham, já que se sabe que há um desequilíbrio na distribuição do trabalho produtivo (remunerado), em que a força de trabalho feminina está basicamente concentrada no sector de serviços/terciários, que está relacionado com o papel tradicional das mulheres no âmbito doméstico (auxiliares de todo tipo, secretaria, serviços de limpeza, outros serviços, etc.), por outro lado, os postos de trabalho de categoria superior estão ocupados predominantemente por homens (Artazcoz, Escribà-Agüir & Cortès, 2004). Em todo o caso, o que está claro é que estar desempregado não modula de igual modo as relações entre personalidade e saúde nos homens e nas mulheres.

Nas Figuras 7.12 e 7.13 estão representadas as escalas de personalidade associadas a mais e menos saúde na amostra brasileira. Como se pode observar, da mesma forma que na amostra portuguesa, o grupo que apresenta menos escalas de personalidade associadas a saúde é o grupo das mulheres desempregadas (sete escalas no total). Nos demais grupos, a distribuição é mais equitativa, doze escalas nas donas de casa e homens empregados, 13 escalas nos homens desempregados e 15 escalas nas mulheres empregadas.

Se nos fixarmos somente no grupo de homens, observamos que as correlações são em muitos casos superiores no caso dos homens desempregados, com excepção da escala

Sistematização, que se associa a mais saúde apenas no caso dos empregados; e das escalas Discrepância e Descontentamento, que são relevantes apenas no caso dos desempregados. Por outro lado, se nos centrarmos no grupo de mulheres, as correlações são em geral mais elevadas nas donas de casa.

**Figura 7.12 – Escalas de personalidade associadas a mais saúde segundo a situação laboral na amostra brasileira**

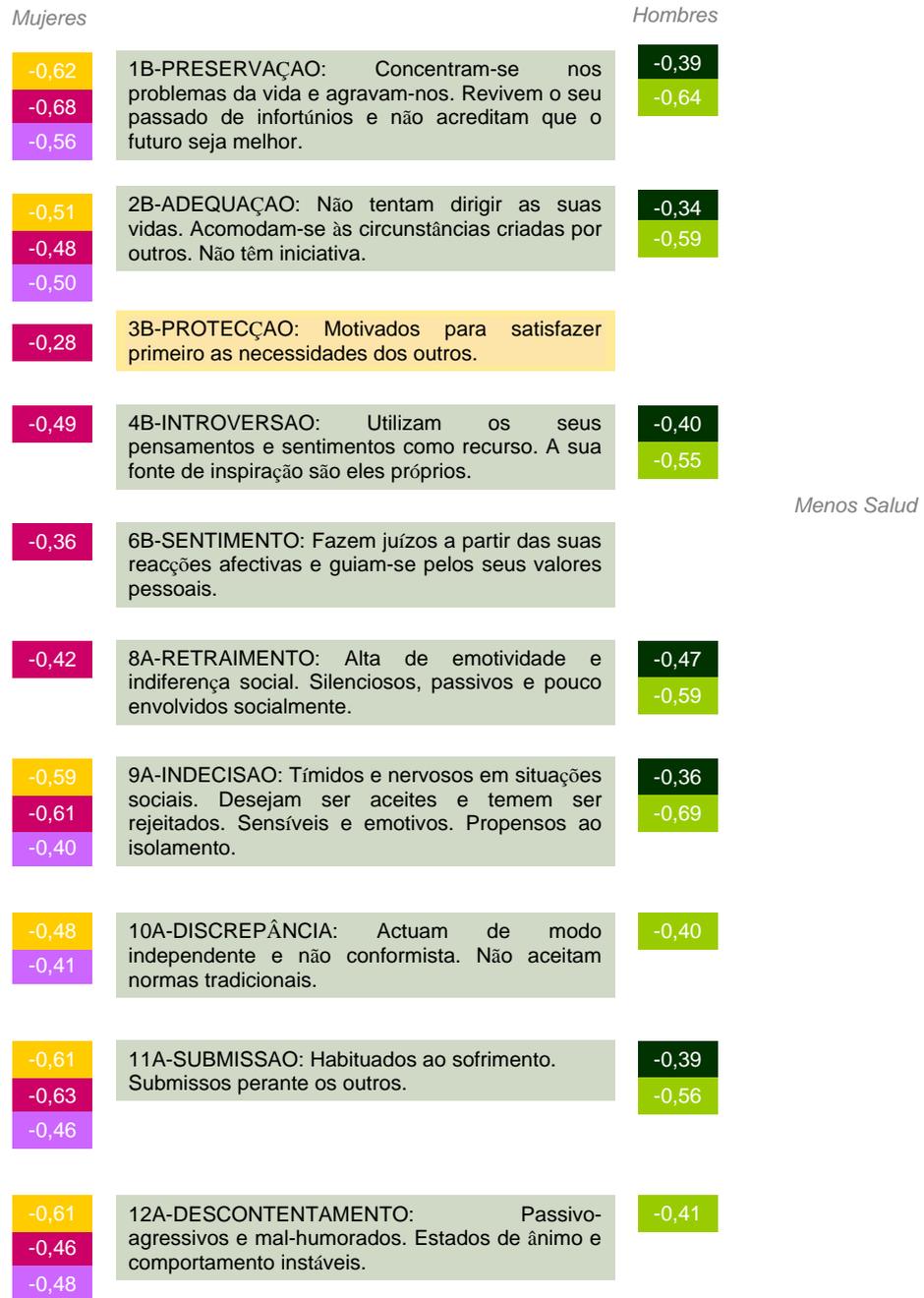


Nota: sombreado a laranja (donas de casa), a bordô (mulheres empregadas), a lilás (mulheres desempregadas), a verde-escuro (homens empregados) e a verde-claro (homens desempregados): correlações significativas com o Índice Global de Saúde Física/Psicológica. Sombreado a laranja claro: escala não significativa no Estudo 2 e no Estudo 3 segundo sexo.

Tomando os dados de ambos os sexos em conjunto, verifica-se que as correlações personalidade-saúde são em geral mais baixas nos homens empregados, ocorre o mesmo com os dados espanhóis e portugueses.

É curioso que as escalas Individualidade (associada a mais saúde) e Protecção (associada a menos saúde), apareçam pela primeira vez como significativas no caso das mulheres

**Figura 7.13 – Escalas de personalidade associadas a menos saúde segundo a situação laboral na amostra brasileira**



Nota: sombreado a laranja (donas de casa), a bordô (mulheres empregadas), a lilás (mulheres desempregadas), a verde-escuro (homens empregados) e a verde-claro (homens desempregados): correlações significativas com o Índice Global de Saúde Física/Psicológica. Sombreado a laranja claro: escala não significativa no Estudo 2 e no Estudo 3 segundo sexo

empregadas, ainda que a magnitude (baixa) não seja muito relevante. Como já se disse na análise anterior segundo o sexo, estas escalas estão associadas, *a priori*, ao papel tradicional feminino e masculino, devido em parte a bases biológicas. Com base nos resultados apresentados, talvez o possível conflito gerado pela necessidade de conciliar o trabalho e a vida familiar (e quem sabe a dupla jornada) possa ser responsável pela associação entre Protecção e pior saúde por um lado, e Individualidade e melhor saúde por outro. Possivelmente o facto de ter ou não filhos estará associado a um ou a outro traço; num futuro estudo poder-se-á incluir esta variável de modo a possibilitar uma melhor compreensão destes resultados.

Tomando os dados das três amostras estudadas em conjunto e voltando à hipótese estabelecida, podemos concluir que a situação laboral modula as relações entre personalidade e saúde, e ademais, esta modulação difere segundo o sexo e a cultura/nação estudada. Para além disso, verifica-se em todas as amostras que há menos associação entre personalidade e saúde nos homens empregados por um lado, e que a situação de desemprego, sobretudo nos homens, faz com que a personalidade seja especialmente importante para a saúde. Como já se viu no Capítulo 4 são escassos os estudos que analisam o impacto da situação laboral nas relações entre personalidade e saúde. Em todo caso, sabe-se, por exemplo, que o efeito do desemprego na saúde se explica de forma mais complexa, dependendo em grande medida dos papéis familiares e é diferente segundo o género e a classe social. Assim sendo, por exemplo, o desemprego tem um efeito menor nas mulheres, sendo o grupo mais afectado o dos homens desempregados de classes mais desfavorecidas, principais provedores dos recursos económicos do lar (Artazcoz, Escribà-Agüir & Cortès (2004).

#### 7.4 – Considerações finais

Nesta investigação as hipóteses previamente apresentadas confirmam-se de um modo muito satisfatório. Começando pelo objectivo prévio, comprovou-se que os instrumentos cumpriam os requisitos psicométricos necessários para o seu uso como medida das variáveis. Este objectivo, que pode parecer irrelevante *a priori*, garante-nos a fiabilidade dos dados que se apresentaram nos estudos subsequentes.

Confirma-se a primeira hipótese central desta investigação, isto é, que os factores ou escalas de personalidade mais adaptativos se associam a mais saúde e os menos adaptativos a menos saúde. Os resultados encontrados corroboram os de outros autores como se viu na discussão do Estudo 2, ademais, o padrão de traços de personalidade associados à saúde encontrado é muito semelhante nas três amostras estudadas. Assim sendo, foi possível delimitar um conjunto de traços ou estilos de personalidade relacionados, directa ou inversamente, com a saúde, tendo um quadro teórico sobre o qual os interpretar. Em todo caso, quanto ao carácter adaptativo ou não dos traços que compõem cada escala do MIPS, vale a pena lembrar que Millon afirma que cada estilo representa padrões de adaptação que encaixam em certos ambientes e situações bastante bem, e noutros não tão bem; ou seja, nenhum traço de personalidade é uniformemente bom ou mau (Millon, 1994a, 2004a).

A hipótese secundária ao objectivo central desta investigação também se cumpre, porém com alguns matizes. Quanto às diferenças segundo sexo, demonstrou-se que o facto de ser homem ou mulher não produz diferenças significativas em todas as amostras

estudadas. Neste caso, apenas se encontraram diferenças relevantes na amostra brasileira, desfavorecendo as mulheres. Como se disse anteriormente, as desigualdades num nível geral podem ser uma fonte de produção desta diferença desigual. No que diz respeito à situação laboral, verificou-se que esta tem um efeito moderador (Bruchon-Schweitzer & Quintard, 2001) nos processos que modulam a relação entre as características individuais e contextuais e a percepção do estado de saúde física/psicológica dos sujeitos em todas as amostras estudadas, porém com distintos matizes de acordo com cada cultura/nação. Ou seja, o lugar ocupado pelas pessoas no mercado laboral é mais importante do que o facto de se ser homem ou mulher; e extrapolando os dados, talvez o *stress* percebido por mulheres e homens segundo a condição laboral e os conflitos gerados a partir disto, seja a chave para que os traços de personalidade tenham importância ou não no estado de saúde dos sujeitos. Assim, os traços de personalidade adaptativos podem fazer com que o sujeito desenvolva comportamentos pró-saudáveis, enquanto os estilos menos adaptativos podem ser um terreno fértil para o desenvolvimento de comportamentos perniciosos para a saúde e de doenças.

Outro objectivo alcançado refere-se à aplicação do modelo de personalidade de Millon e do MIPS como medida da personalidade para analisar as relações entre personalidade e saúde. Tendo o MIPS como medida, é possível tornar mais fina e precisa a avaliação de traços ou estilos de personalidade associados a mais ou a menos saúde. O MIPS comporta-se, ainda, como um instrumento sensível no momento de identificar as diferenças segundo sexo e situação laboral.

Por último, cabe dizer que estes resultados podem ser de grande utilidade na elaboração de políticas públicas de prevenção e promoção da saúde (sistema sanitário, saúde laboral, etc), assim como na prática profissional de psicólogos, médicos e sociólogos, no sentido de incluir a personalidade como um dos pilares importantes a ter presente no planeamento do tratamento de doenças e da inserção/reinserção no mercado de trabalho. Considerando que uma personalidade desadaptativa, caracterizada basicamente pela tendência para experimentar emoções negativas de forma passiva e pela tendência para inibir a expressão destas emoções na interacção social, contribui para um decréscimo no estado de saúde, talvez se pudesse intervir de modo a fomentar a expressão das emoções em grupos terapêuticos, por exemplo, onde seja possível desenvolver estratégias de confrontação activas e fundamentais para fazer face às adversidades do meio social. Actualmente há investigadores trabalhando nesta linha em contexto de laboratório (Mendes, Reis, Seery & Blascovich, 2003). A revisão de Pennebaker (1997), por exemplo, evidencia que escrever ou falar sobre as experiências emocionais promove a saúde física e psicológica. Cabe assinalar que, considerando que nos baseamos num modelo biopsicossocial, entendemos que a intervenção personológica destinada à melhoria do estado de saúde, deve ser integrada e interdisciplinar, incluindo técnicos de saúde, psicólogos, sociólogos, etc., fundamentais para o desenvolvimento de estratégias de intervenção que tenham como foco a saúde predominantemente física, e também a saúde psicológica entendida numa perspectiva social.

## **Índice**

### **Tablas, Gráficos, Figuras y Cuadros**

## ÍNDICE

### Tablas

Tabla 2.1	Principios evolutivos/ecológicos y respectivo constructo bipolar propuesto por Millon .....	Pág. 27
Tabla 3.1	Definiciones de salud correspondientes a diversas culturas.....	Pág. 47
Tabla 3.2	Las diez causas principales de muerte en E.E.U.U. entre 1900 y 1997 (cada unidad representa 100.000 casos).....	Pág. 48
Tabla 3.3	Defunciones según la causa de muerte en España en el año 2003 (porcentaje por 100.000 habitantes de cada grupo de edad).....	Pág. 49
Tabla 3.4	Defunciones según la causa de muerte en Portugal en el año 2003 (número de casos).....	Pág. 49
Tabla 3.5	Obstáculos en la investigación sobre personalidad-salud desde la naturaleza de la enfermedad/tratamiento.....	Pág. 59
Tabla 3.6	La interface personalidad-enfermedad: principios generales desde en punto de vista de la personalidad.....	Pág. 61
Tabla 3.7	Resumen de los resultados del metanálisis de las correlaciones entre personalidad y enfermedad (con tamaño del efecto igual a cero no incluido).....	Pág. 62
Tabla 3.8	Los ocho tipos de personalidad derivados de los factores básicos de personalidad.....	Pág. 64
Tabla 3.9	Conclusiones del metanálisis que analiza los predictores psicológicos de la enfermedad coronaria.....	Pág. 77
Tabla 3.10	Características psicológicas de los pacientes con cáncer .....	Pág. 87
Tabla 3.11	Hipótesis mas comúnmente estudiadas en lo que concierne a los factores psicosociales que contribuyen al cáncer de mama.....	Pág. 88
Tabla 4.1	Defunciones según la causa de muerte en España en el año 2003 (porcentaje por 100.000 habitantes de cada grupo de edad) según sexo.....	Pág. 98

Tabla 4.2	Defunciones según la causa de muerte en Portugal en el año 2003 (número de casos) según sexo.....	Pág. 98
Tabla 4.3	Autoestimación del estado de salud por sexo, casados, trabajadores a tiempo completo, edad entre 20-60 años, directivos y empleados de oficina.....	Pág. 101
Tabla 4.4	Diferencias según sexo ( <i>d</i> ) en los Factores del NEOPIR en España, Portugal y Brasil.....	Pág. 105
Tabla 4.5	Puntuaciones T de los factores del NEOPIR en España, Portugal y Brasil.....	Pág. 125
Tabla 4.6	Magnitud de las diferencias de medias ( <i>d</i> ) entre españoles y estadounidenses, mexicanos y argentinos.....	Pág. 125
Tabla 5.1	Predicciones de la dirección de las correlaciones entre el MIPS y la versión portuguesa del NEO PI-R en relación con la versión original.....	Pág. 137
Tabla 5.2	Predicciones de la dirección y magnitud de las correlaciones entre el MIPS y la versión brasileña del IFP.....	Pág. 138
Tabla 5.3	Correlaciones esperadas entre los factores del NEO FFI y los indicadores de salud física/psicológica en la muestra española.....	Pág. 140
Tabla 5.4	Correlaciones esperadas entre las escalas del MIPS y los indicadores de salud física/psicológica en las muestras portuguesa y brasileña.....	Pág. 140
Tabla 5.5	Frecuencias y porcentajes según profesiones en la muestra española.....	Pág. 143
Tabla 5.6	Frecuencias y porcentajes según profesiones en la muestra portuguesa.....	Pág. 145
Tabla 5.7	Frecuencias y porcentajes según profesiones en la muestra brasileña.....	Pág. 147
Tabla 5.8	Organización y descripción de las escalas del MIPS y su respectivo constructo bipolar.....	Pág. 151
Tabla 5.9	Descripción de los cinco factores del Inventario de Personalidad NEO.....	Pág. 152
Tabla 5.10	Descripción de las escalas del IFP.....	Pág. 154
Tabla 6.1	Coeficientes de fiabilidad de las escalas del MIPS en la muestra de adultos portugueses.....	Pág. 171

Tabla 6.2	Matriz de correlaciones entre las escalas del MIPS en la muestra total de adultos portugueses (puntuaciones directas) .....	Pág. 174
Tabla 6.3	Correlaciones entre las escalas del MIPS y las del NEO PI-R en la muestra de universitarios portugueses.....	Pág. 175
Tabla 6.4	Coefficientes de fiabilidad de las escalas del MIPS en la muestra de adultos brasileños.....	Pág. 176
Tabla 6.5	Matriz de correlaciones entre las escalas del MIPS en la muestra total de adultos brasileños (puntuaciones directas).....	Pág. 179
Tabla 6.6	Correlaciones entre las escalas del MIPS y del IFP en la muestra de universitarios brasileños.....	Pág. 180
Tabla 6.7	Coefficiente alfa del ISRA, RES y Cuestionario de Dolencias Físicas en las muestras española, portuguesa y brasileña.....	Pág. 181
Tabla 6.8	Estadísticos descriptivos de las variables en la muestra española...	Pág. 183
Tabla 6.9	Estadísticos descriptivos de las variables en la muestra portuguesa	Pág. 184
Tabla 6.10	Estadísticos descriptivos de las variables en la muestra brasileña...	Pág. 185
Tabla 6.11	Correlaciones entre los factores del NEO y el Índice Global de Salud Física/Psicológica en la muestra de españoles.....	Pág. 187
Tabla 6.12	Correlaciones entre las escalas del MIPS y el Índice Global de Salud Física/Psicológica en la muestra de portugueses.....	Pág. 188
Tabla 6.13	Correlaciones entre las escalas del MIPS y el Índice Global de Salud Física/Psicológica en la muestra de brasileños.....	Pág. 190
Tabla 6.14	Diferencias de personalidad entre grupos extremos según el estado de salud en la muestra española.....	Pág. 192
Tabla 6.15	Diferencias de personalidad entre grupos extremos según el estado de salud en la muestra portuguesa.....	Pág. 194
Tabla 6.16	Diferencias de personalidad entre grupos extremos según el estado de salud en la muestra brasileña.....	Pág. 195
Tabla 6.17	Correlaciones entre los factores del NEO y el Índice Global de Salud Física/Psicológica según sexo en la muestra de españoles...	Pág. 199
Tabla 6.18	Correlaciones entre las escalas del MIPS y el Índice Global de Salud Física/Psicológica según sexo en la muestra de portugueses	Pág. 200
Tabla 6.19	Correlaciones entre las escalas del MIPS y el Índice Global de Salud Física/Psicológica según sexo en la muestra de brasileños...	Pág. 202

Tabla 6.20	Correlaciones entre los factores del NEO y el Índice Global de Salud Física/Psicológica según situación laboral en la muestra de españoles.....	Pág. 206
Tabla 6.21	Correlaciones entre las escalas del MIPS y el Índice Global de Salud Física/Psicológica según situación laboral en la muestra de portugueses.....	Pág. 209
Tabla 6.22	Correlaciones entre las escalas del MIPS y el Índice Global de Salud Física/Psicológica según situación laboral en la muestra de brasileños.....	Pág. 213
Tabla 6.23	Coeficiente $r$ y tamaño del efecto entre el Índice Global de Salud Física/Psicológica y los factores del NEO para todos los grupos en la muestra española.....	Pág. 215
Tabla 6.24	Coeficiente $r$ y tamaño del efecto entre el Índice Global de Salud Física/Psicológica y las escalas del MIPS para todos los grupos en la muestra portuguesa.....	Pág. 216
Tabla 6.25	Coeficiente $r$ y tamaño del efecto entre el Índice Global de Salud Física/Psicológica y las escalas del MIPS para todos los grupos en la muestra brasileña.....	Pág. 217
Tabla 7.1	Estadísticos descriptivos de las escalas del MIPS que presentaron correlaciones diferenciales con salud según sexo en la muestra brasileña.....	Pág. 243

### **Gráficos**

Grafico 6.1	Correlaciones entre personalidad y salud en las muestras española, portuguesa y brasileña.....	Pág. 191
Grafico 6.2	Diferencias de personalidad entre grupos extremos según el estado de salud en la muestra española.....	Pág. 193
Grafico 6.3	Diferencias de personalidad entre grupos extremos según el estado de salud en la muestra portuguesa.....	Pág. 194
Grafico 6.4	Diferencias de personalidad entre grupos extremos según el estado de salud en la muestra brasileña.....	Pág. 196
Grafico 6.5	Correlaciones entre personalidad y salud según sexo en las muestras española, portuguesa y brasileña.....	Pág. 204
Grafico 6.6	Correlaciones entre personalidad y salud según situación laboral en las muestras española, portuguesa y brasileña.....	Pág. 214

## Figuras

Figura 2.1	Los orígenes de la personalidad.....	Pág. 30
Figura 3.1	Un modelo transaccional en Psicología de la Salud.....	Pág. 52
Figura 3.2	Modelo en que la personalidad induce la hiperreactividad.....	Pág. 57
Figura 3.3	Modelo de la predisposición constitucional.....	Pág. 57
Figura 3.4	Modelo de conductas peligrosas.....	Pág. 58
Figura 3.5	Modelo biopsicosocial propuesto.....	Pág. 84
Figura 4.1	Relaciones entre el género y la salud percibida.....	Pág. 102
Figura 4.2	Modelo de las relaciones entre la percepción negativa de las características del trabajo y la personalidad negativa como predictoras de síntomas de salud.....	Pág. 129
Figura 7.1	Factores de personalidad asociados a más y menos salud en la muestra española.....	Pág. 223
Figura 7.2	Escalas de personalidad asociadas a más salud en la muestra portuguesa.....	Pág. 224
Figura 7.3	Escalas de personalidad asociadas a menos salud en la muestra portuguesa.....	Pág. 226
Figura 7.4	Escalas de personalidad asociadas a más salud en la muestra brasileña.....	Pág. 228
Figura 7.5	Escalas de personalidad asociadas a menos salud en la muestra brasileña.....	Pág. 229
Figura 7.6	Factores de personalidad asociados a más y menos salud según sexo en la muestra española.....	Pág. 239
Figura 7.7	Escalas de personalidad asociadas a más y menos salud según sexo en la muestra portuguesa.....	Pág. 240
Figura 7.8	Escalas de personalidad asociadas a más y menos salud según sexo en la muestra brasileña.....	Pág. 242
Figura 7.9	Factores de personalidad asociados a más y menos salud según situación laboral en la muestra española.....	Pág. 246

Figura 7.10	Escalas de personalidad asociadas a más salud según situación laboral en la muestra portuguesa.....	Pág. 248
Figura 7.11	Escalas de personalidad asociadas a menos salud según situación laboral en la muestra portuguesa.....	Pág. 250
Figura 7.12	Escalas de personalidad asociadas a más salud según situación laboral en la muestra brasileña.....	Pág. 252
Figura 7.13	Escalas de personalidad asociadas a menos salud según situación laboral en la muestra brasileña.....	Pág. 254

### **Cuadros**

Cuadro 3.1	Posibles vínculos entre personalidad y enfermedad.....	Pág. 56
------------	--	---------

**Referencias Bibliográficas**

Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart & Wilson.

Anton, W.D., & Reed, J.R. (1991). *College Adjustment Scales: professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Aparicio-García, M. E. (2001). *Evaluación de la personalidad mediante el modelo de Theodore Millon en el ámbito laboral*. Tesis Doctoral no publicada. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

Aparicio-García, M. E. (2000). Estilos diferenciales de personalidad según cultura y/o nación. In M.P. Sánchez-López & M.M. Casullo, *Estilos de personalidad: una perspectiva iberoamericana* (pp. 171-192). Madrid: Miño y Dávila.

Aparicio-García, M., & Sánchez-López, M.P. (1998). Medida de la personalidad a través del Inventario Millon de Estilos de Personalidad en España y México. *Revista Mexicana de Psicología*, 15(2), 103-117.

Aparicio-García, M. E. & Sánchez-López, M.P. (2001). Los estilos de personalidad: su medida a través del Inventario Millon de Estilos de Personalidad. *Anales de Psicología*, 15 (2), 191-211.

Argyle, M. (1987). *The psychology of Happiness*. London: Methuen.

Artazcoz, L., Escribà-Agüir, V. & Cortès, I. (2004). Género, trabajos y salud en España. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl. 2), 24-35.

Ashton, P. (1998). The structured assessment of personality across cultures. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 29(1), 150-170.

Ávila-Espada, A., & Herrero, J.R. (1995). La personalidad y sus trastornos: aproximación a la obra de Theodore Millon. *Clínica y Salud*, 6(2), 131-159.

Axelsson, L., & Ejlertsson, G. (2002). Self-reported health, self-esteem and social support among young unemployed people: a population based study. *International Journal of Social Welfare*, 11(2), 11-119.

Ballester-Arnal, R. (1997). *Introducción a la psicología de la salud: aspectos conceptuales*. Valencia: Promolibro.

Bahson, C.B. (1981). Stress and cancer: the state of the art. *Psychosomatics*, 22(3), 207-220.

Bartley, M. (2003). *Health inequality*. Cambridge: Polity Press.

Beardsley, L.M., & Pedersen, P. (1997). Health and culture-centered intervention. In J.W. Berry, Poortinga, Y.H., & Pandey, J. (Eds.), *Cross-cultural psychology. Social behavior and applications*. Volumen 3. Boston: Allyn and Bacon.

Beck, A.T., & Steer, R.A. (1987). *Beck Depression Inventory*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Berry, J.W., Poortinga, Y.H., Pandey, J., Dasen, P.R., Saraswathi, T.S., Segall, M.H., & Kagitçibasi, C. (Eds.) (1997). *Handbook of cross-cultural psychology* (Vols. 1-3). Boston: Allyn & Bacon.

Best, D.L., & Williams, J.E. (1997). Sex, gender and culture. In J.W. Berry, Poortinga, Y.H., & Pandey, J. (Eds.), *Cross-cultural psychology. Social behavior and applications*. Volumen 3. Boston: Allyn and Bacon.

Bird, C. E., & Rieker, P. P. (2002). Integrating social and biological research to improve men's and women's health. *Women's Health Issues, 12*(3), 113-115.

Bleil, M.E., McCaffery, J.M., Muldon, M.F., Sutton-Tyrrel, K., & Manuck, S.B. (2004). Anger-related personality traits and carotid artery atherosclerosis in untreated hypertensive men. *Psychosomatic Medicine, 66*, 633-639.

Bonilla-Campos, A., & Casto-Solano, A. (2000). Estilos diferenciales de personalidad según sexo en población española y argentina. In M.P. Sánchez-López & M.M. Casullo, *Estilos de personalidad: una perspectiva iberoamericana* (pp. 101-131). Madrid: Miño y Dávila.

Booth-Kewley, S., & Friedman, H. S. (1987). Psychological predictors of heart disease: a quantitative review. *Psychological Bulletin, 101*(3), 343-362.

Boyle, S.H., Williams, R.B., Mark, D.B., Brummett, B.H., Siegler, I.C., Helms, M.J., & Barefoot, J.C. (2004). Hostility as a predictor of survival in patients with coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine, 66*, 629-632.

Brannon, L., & Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. Madrid: Thomson.

Brondolo, E., Rieppi, R., Erickson, S.A., Bagiella, E., Shapiro, P.A., McKinley, P. & Sloan, R.P. (2003). Hostility, interpersonal interactions, and ambulatory blood pressure. *Psychosomatic Medicine, 65*, 1003-1011.

Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé. Modèles, concepts y méthodes*. Paris: Dunod.

Bruchon-Schweitzer, M., & Quintard, B. (2001). *Personnalité et maladies. Stress, coping et ajustement*. Paris: Dunod.

Canada, A.L., Fawzy, N.W., & Fawzy, F.I. (2005). Personality and disease outcome in malignant melanoma. *Journal of Psychosomatic Research, 58*, 19-27.

Cardenal-Hernández, V., Sánchez-López, M.P., & Ortiz-Tallo, M. (2005). Impact on personality due to loss of or separation from loved ones. *Journal of Loss and Trauma, 10*, 3, 267-292.

Carver, C.S., Smith, R.G., Derhagopian, R.P., Antoni, M.H., Petronis, V.M., & Weiss, S. (2005). Optimistic personality and psychosocial well-being during treatment predict psychosocial well-being among long-term survivors of breast cancer. *Health Psychology, 24*(5), 508-516.

Castro-Solano, A., & Casullo, M. M. (2000). Los estilos de personalidad en el ámbito laboral. In M.P. Sánchez-López y M.M. Casullo, *Estilos de personalidad: una perspectiva iberoamericana* (pp. 233-265). Madrid: Miño y Dávila.

Castro-Solano, A., & Díaz-Morales, J. F. (2000). Estilos de personalidad, objetivos de vida y satisfacción vital. In M.P. Sánchez-López & M.M. Casullo, *Estilos de personalidad: una perspectiva iberoamericana* (pp. 195-231). Madrid: Miño y Dávila.

Castro Solano, A., & Sánchez López, M.P. (2000). Objetivos de vida y satisfacción autopercebida en estudiantes universitarios. *Psicothema, 12*(1), 87-92.

Cattell, R.B., Eber, H.W., & Tatsuoka, M.M. (1970). *Handbook for the Sixteen Personality Factor Questionnaire (16 PF)*. Champaign, IL: Institute for Personality and Ability Testing.

Chamberlain, J.M., & Haaga, D.A.F. (2001). Unconditional self-acceptance and psychological health. *Journal of rational emotive and cognitive behaviour therapy, 19* (3), 163-176.

Christensen, A.J., Ehlers, S.L., Wiebe, J., Moran, P.J., Raichle, K., Ferneyhough, K., & Lawton, W.J. (2002). Patient personality and mortality: a 4-year prospective examination of chronic renal insufficiency. *Health Psychology, 21*(4), 315-320.

Christensen, U., Lund, R., Damsgaard, M.T., Holstein, B.E., Ditlevsen, S., Diderichsen, F., Due, P., Iversen, L., & Lynch, J. (2004). Cynical hostility, socioeconomic position, health behaviours, and symptom load: a cross-sectional analysis in a Danish population-based study. *Psychosomatic Medicine, 66*, 572-577.

Church, A.T., & Lonner, W.J. (1998a). Introduction to the special issue. *Journal of cross-cultural psychology, 29*(1), 5-8.

Church, A.T., & Lonner, W.J. (1998b). The cross-cultural perspective in the study of personality: rationale and the current research. *Journal of cross-cultural psychology, 29*(1), 32-62.

Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (Rev. ed.). San Diego, CA: Academic Press.

Cohen, S., Doyle, W.J., Turner, R.B., Alper, C.M. & Skoner, D.P. (2003). Emotional style and susceptibility to the common cold. *Psychosomatic Medicine, 65*, 652-657.

Contrada, R.J., Cather, C., & O'Leary, A. (1999). Personality & health: dispositions and process in disease susceptibility and adaptation to illness. In R. J. Contrada & R. D. Ashmore, *Self, social identity and physical health: interdisciplinary explorations* (pp. 576-604). New York: Oxford University Press.

Cook, W.W. & Medley, D.M. (1954). Proposed hostility and pharisaic virtue scales for the MMPI. *Journal of Applied Psychology*, 38, 414-418.

Costa, P.T., Jr., & McCrae, R.R. (1985). *The NEO Personality Inventory Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Costa, P.T., Jr., & McCrae, R.R. (1999). *Inventario de Personalidad Neo Revisado. Manual profesional*. Adaptación de A. Cordero, A. Pamos & N. Seisdedos. Madrid: TEA Ediciones.

Costa, P.T., Jr, & McCrae, R.R. (2000). *NEO PI-R, Inventário de Personalidade NEO Revisto. Manual profissional*. Adaptación de M.P. Lima & A. Simões. Lisboa: CEGOC-TEA.

Costa, P.T., Jr., Terracciano, A., & McCrae, R.R. (2001). Gender differences in personality traits across cultures: robust and surprising findings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(2), 322-331.

Davis, R.D. (1999). Millon: essentials of his science, theory, classification, assessment and therapy. *Journal of Personality Assessment*, 72(3), 330-352.

De Gucht, V., Fischler, B., & Heiser, W. (2004). Personality and affect as determinants of medically unexplained symptoms in primary care: a follow-up study. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 279-285.

Denollet, J. (1998). Personality and coronary heart disease: the Type D-Scale (DS16). *Annuary Behavioral Medicine*, 20, 209-215.

Denollet, J. (2005). DS14: Standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. *Psychosomatic Medicine*, 67, 89-97.

Denollet, J., Vaes, J., & Brutsaert, D.L. (2000). Inadequate response to treatment in coronary heart disease : avdverse effects of type D personality in younger age on 5-year prognosis and quality of life. *Circulation*, 102, 630-635.

Díaz-Morales, J. F., & Castro-Solano, A. (2000). Estilos diferenciales de personalidad según edad en población española y argentina. In M.P. Sánchez-López & M.M. Casullo, *Estilos de personalidad: una perspectiva iberoamericana* (pp. 133-169). Madrid: Miño y Dávila.

Díaz-Morales, J.F., & Sánchez-López, M.P. (2002). Relaciones entre estilos de personalidad y satisfacción autopercebida en diferentes áreas vitales en estudiantes universitarios. *Psicothema*, 14(1), 100-105.

Dolbier, C.L., Cocke, R.R., Leiferman, J.A., Steinhardt, M.A., Schapiro, S.J., Nehete, P.N., Perlman, J.E., & Sastry, J. (2001). Differences in functional immune responses of high vs. low hardy healthy individuals. *Journal of Behavioral Medicine*, 24(3), 219-229.

Dresch, V., Sánchez-López, M.P., & Aparicio, M.E. (2004, Agosto). Do morning-types have a more adapted to their environment than evening-types? Póster presentado en el *28th International Congress of Psychology*, Pekín, China.

Dresch, V., Sánchez-López, M.P., & Aparicio-García, M.E. (2005). El Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (MIPS) en Brasil. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, *19*(1), 9-29.

Dresch, V., Sánchez-López, M.P., & Cardenal-Hernández, V. (2006, Noviembre). Personality, physical health and psychological health: differences regarding sex/gender, work status and nation/culture (Spain, Portugal and Brazil). Póster presentado en el *9<sup>th</sup> International Congress of Behavioral Medicine*, Bangkok, Thailand.

Dunbar, H. E. (1943). *Psychosomatic diagnosis*. Nueva York. Hoeber.

Edwards, A.L. (1957). *The Personal Preference Schedule*. New York, NY: The Psychological Corporation.

*Encuesta Nacional de Salud* (2003). [www.msc.es](http://www.msc.es)

Eysenck, H.J., & Eysenck, S.B.G. (1997). *EPQ-A y J, Cuestionario de Personalidad para niños y adultos*. Madrid: TEA Ediciones.

Feingold, A. (1994). Gender differences in personality: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *116*(3), 429-456.

Feldman, P.J., Cohen, S., Doyle, W.J., Skoner, D.P., & Gwalney, J.M. (1999). The impact of personality on the reporting of unfounded symptoms and illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, *77*(2), 370-378.

Ferguson, E. (2004). Personality as a predictor of hypochondriacal concerns: results from two longitudinal studies. *Journal of Psychosomatic Research*, *56*, 307-312.

Ferguson, E., Daniels, K., & Jones, D. (2006). Negatively oriented personality and perceived negative job characteristics as predictors of future psychological and physical symptoms: a meta-analytic structural modelling approach. *Journal of Psychosomatic Research*, *60*, 45-52.

Ferrer-Pérez, V., Bosh-Fiol, E. & Gili-Planas, M.G. (1998). Aspectos diferenciales em salud entre las mujeres que trabajan fuera del hogar y las amas de casa. *Psicothema*, *10*(1), 53-63.

Friedman, H. S., & Booth-Kewley, S. (1987a). The “disease-prone personality”. *American Psychologist*, *42*(6), 539-555.

Friedman, H. S., & Booth-Kewley, S. (1987b). Personality, Type A behavior and coronary disease: the role of emotional expression. *Journal of Personality and Social Psychology*, *53*(4), 783-792.

Friedman, M., Brown, A. E., & Rosenman, R. H. (1969). Voice analysis test for detection of behavior pattern: responses of normal men and coronary patients. *Journal of the American Medical Association*, 208, 828-836.

Friedman, H. S., & Rosenman, R. H. (1959). Association of a specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. *Journal of American Medical Association*, 169, 1286-1296.

Friedman, H.S., & Rosenman, R.H. (1974). *Type A behavior and your heart*. New York: Knopf.

Friedman, R., Schwartz, J.E., Schnall, P.L., Landsbergis, P.A., Pieper, C., Grin, W., & Pickering, T.G. (2001) Psychological variables in hypertension: relationship to casual or ambulatory pressure in men. *Psychosomatic Medicine*, 3, 19-31.

Fusté-Escolano, A. (2003). Personalidad y salud: relación entre la ansiedad y respuesta inmune en la mujer. In M.P. Sánchez-López, *Mujer y salud: familia, trabajo y sociedad* (pp. 45-64). Madrid: Díaz de Santos.

Fusté-Escolano, A., & Ruíz-Rodríguez, J. (2000). Personalidad y salud: aproximación desde una perspectiva psiconeuroinmunológica. In J. Gil Roales-Nieto, *Manual de Psicología de la Salud. Vol. II. Comportamiento y salud/enfermedad* (pp.279-302). Granada: Ed. Némesis.

Gallacher, J.E.J., Sweetnam, P.M., Yarnell, J.W.G., Elwood, P.C., Stansfeld, S.A. (2003). Is type A behavior really a trigger for coronary heart disease events? *Psychosomatic Medicine*, 65, 339-346.

Geller, J., Zaitsoff, S.L., & Srikameswaran, S. (2002). Beyond shape and weight: exploring the relationship between nonbody determinants of self-esteem and eating disorder symptoms in adolescent females. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 56(2), 123-129.

Geers, A.L., Helfer, S.G., Kosbab, K., Weiland, P.E., & Landry, S.J. (2005). Reconsidering the role of personality in placebo effects: dispositional optimism, situational expectations, and the placebo response. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 121-127.

Gordon, L.V. (1978). *Gordon Personal Profile-Inventory manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Gough, H.G. (1987). *California Psychological Inventory: Administrator's Guide*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Greaves, L., Hankivsky, O., Amaratunga, C., Ballem, P., Chow, D., De Konick, M., Grant, K., Lippman, A., Maclean, H., Maher, J., Messing, K., & Vissandjée, B. (1999). *CIHR 2000: Sex, gender, and women's health*. Vancouver: Women's Health Research Institute.

Greer, S., & Morris, T. (1975). Psychological attributes of women who develop breast cancer: a controlled study. *Journal of Psychosomatic Research*, 19, 147-153.

Grossarth-Maticeck, R., & Eysenck, H. J. (1990). Personality, stress and disease. Description and validation of a new inventory. *Psychological Reports*, 66, 355-373.

Hambleton, R.K. (2001). The next generation of the ITC test translation and adaptation guidelines. *European Journal of Psychological Assessment*, 17(3), 164-172.

Hazlett-Stevens, H., Craske, M.G., Mayer, E.A., Chang, L., & Naliboff, B.D. (2003). Prevalence of irritable bowel syndrome among university students: the roles of worry, neuroticism, anxiety sensitivity and visceral anxiety. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 501-505.

Hirokawa, K., Nagata, C., Takatsuka, N., & Shimizu, H. (2004). The relationships of a rationality/antiemotionality personality scale to mortalities of cancer and cardiovascular disease in a community population in Japan. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 103-111.

Howell, S., Poulton, R., Caspi, A., & Talley, N.J. (2003). Relationship between abdominal pain subgroups in the community and psychiatric diagnosis and personality: a birth cohort study. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 179-187.

Hudd, S., Dumlao, J., Erdmann-Sager, D., Murray, D., Phan, E., Soukas, N. & Yokozuka, N. (2000). Stress at college: effects on health habits, health status and self-esteem. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 67(4), 230-238.

Instituto Nacional de Estadística, España. (2003) [www.ine.es](http://www.ine.es)

Instituto Nacional de Estatística, Portugal. (2003). [www.ine.pt](http://www.ine.pt)

Jahoda, G., & Krewer, B. (1997). History of cross-cultural and cultural psychology. In J.W. Berry, Poortinga, Y.H., & Pandey, J. (Eds.), *Cross-cultural psychology. Social behavior and applications*. Volumen 3. Boston: Allyn and Bacon.

Jenkins, C. D., Zyzanski, S. J., & Rosenman, R. H. (1979). *Jenkins Activity Survey*. New York: The Psychological Corporation.

Jiang, N., Sato, T., Hara, T., Takedomi, Y. Ozaki, I., & Yamada, S. (2003). Correlations between trait anxiety, personality and fatigue: study based on the Temperament and Character Inventory. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 493-500.

Jiménez-Gómez, F., Ávila-Espada, A. Sánchez-Crespo, G., & Merino-Barragón, V. (1996). Versión castellana del Inventario de Personalidad para Adolescentes de T. Millon (MAPI): características y propiedades. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 2(2), 119-162.

Jöreskog, K., & Sörbom, D. (1993). *LISREL 8: Structural equation with the SIMPLIS command language*. Lincolnwood, IL: Scientific Software International, Inc.

Jorgensen, R.S., Frankowski, J.J., Lantinga, L.J., Phadke, K., Sradkin, R.P. & Abdul-Karim, K.W. (2001). Defensive hostility and coronary heart disease: a preliminary investigation of male veterans. *Psychosomatic Medicine*, 63, 463-469.

Kasle, S., Wilhelm, M.S., & Reed, K.L. (2002). Optimal health and wellbeing for women: definitions and strategies derived from focus groups of women. *Women's Health Issues*, 12(4), 178-189.

Keller, H. (1997). Evolutionary approaches. In J.W. Berry, Poortinga, Y.H., & Pandey, J., *Cross-cultural psychology. Theory and method*. Volumen 1. Boston: Allyn and Bacon.

Keyes, C. L.M. & Magyar-Moe, J.L. (2003). The measurement and utility of adult subjective well-being. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (eds.), *Positive psychological assessment: a handbook of models and measures* (pp. 411-425). Washington: American Psychological Association.

Kolligian, J., Jr., & Sternberg, R.J. (1991). Perceived fraudulence in young adults: is there an "impostor syndrome"? *Journal of Personality Assessment*, 56, 308-320.

Lauriola, M., Russo, P.M., Lucidi, F., Violani, C. & Levin, I.P. (2005). The role of personality in positively and negatively framed risky health decisions. *Personality and Individual Differences*, 38, 45-59.

Leclerc, J. Rahn, M., & Linden, W. (2006). Does personality blood pressure over a 10-year period? *Personality and Individual Differences*, 40, 1313-1321.

Le Mellédo, J.M., Arthur, H., Dalton, J., Woo, C. Lipton, N., Bellavance, F., Koszycki, D., Boulenger, J.P., & Bradwejn, J. (2001). The influence of Type A behavior pattern on the response to the panicogenic agent CCK-4. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 513-520.

Lynn, R., & Martin, T. (1997). Gender differences in extraversion, neuroticism, and psychoticism in 37 countries. *Journal of Social Psychology*, 137, 369-373.

MacDonald, K. (1998). Evolution, culture, and the Five-Factor Model. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 29(1), 119-149.

Markus, H.R. & Kitayama, S. (1998). The cultural psychology of personality. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 29(1), 63-87.

Marusic, A., & Eysenck, H.J. (2001). Synergistic interaction of smoking and neuroticism as a risk factor in ischaemic heart disease: case-control study. *Personality and Individual Differences*, 30, 47-57.

Martínez-Arias, R. (1995). *Psicometría: teoría de los tests psicológicos y educativos*. Madrid: Síntesis.

- Mathews, K.A., Raikkonen, K., Sutton-Tyrrell, K., & Kuller, L.H. (2004). Optimistic attitudes protect against progression of carotid atherosclerosis in healthy middle-aged women. *Psychosomatic Medicine*, 66, 640-644.
- McCrae, R.R., Costa, P.T., Jr., Del Pilar, G.H., Rolland, J.P., & Parker, W.D. (1998). Cross-cultural assessment of the five-factor-model: the revised NEO Personality Inventory. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 29(1), 171-188.
- McCrae, R.R. & Terracciano, A. (2005a). Universal features of personality traits from the observer's perspective: data from 50 cultures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(3), 547-561.
- McCrae, R.R. & Terracciano, A. (2005b). Personality profiles of cultures: aggregate personality traits. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(3), 407-425.
- McGinnis, I. M., & Foege, W. H. (1993). Actual causes of death in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 270, 2207-2212.
- McGregor, B.A., Bowen, D.J., Ankerst, D.P., Andersen, M.R., Yasui, Y., & McTiernan, A. (2004). Optimism, perceived risk of breast cancer, and cancer worry among a community-based sample of women. *Health Psychology*, 23(4), 339-344.
- McKenna, M.C., Zevon, M.A., Corn, B., & Rounds, J. (1999). Psychosocial factors and the development of breast cancer: a meta-analysis. *Health Psychology*, 18(5), 520-531.
- Mendes, W.B., Reis, H.T., Seery, M.D., & Blascovich, J. (2003). Cardiovascular correlates of emotional expression and suppression: do content and gender context matter? *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 771-792.
- Miguel-Tobal, J.J., & Cano-Vindel, A.R. (2002). *Inventario de situaciones de respuestas de ansiedad (ISRA): manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Millon, T. (1969). *Modern psychopathology: a biosocial approach to maladaptive learning and functioning*. Philadelphia: Saunders.
- Millon, T. (1974). Un método de aprendizaje biosocial. In T. Millon (Ed.) *Psicopatología y Personalidad*. México: Interamericana.
- Millon, T. (1981). *Disorders of personality: DSM-III, Axis II*. New York: Wiley.
- Millon, T. (1983). *Millon Clinical Multiaxial Inventory, Manual* (2<sup>nd</sup> ed.) Minneapolis: Interpretative Scoring Systems.
- Millon, T. (1986a). Personality prototypes and then diagnostic criteria. In T. Millon & G.L. Klerman (Eds.) *Contemporary directions in psychopathology: toward the DSM IV*. New York: Guilford.
- Millon, T. (1986b). A theoretical derivation of pathologic personalities. In T. Millon & G.L. Klerman (Eds.) *Contemporary directions in psychopathology: toward the DSM-IV*. New York: Guilford.

Millon, T. (1987). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II, Manual* (2ª ed.). Minneapolis: National Computer Systems.

Millon, T. (1988). Personologic Psychotherapy: ten commandments for a posteclectic approach to integrative treatment. *Psychotherapy*, 25(2), 209-219.

Millon, T. (1990). *Toward a new personality: an evolutionary model*. New York: Wiley.

Millon, T. (1994a). *Millon Index of Personality Styles, Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.

Millon, T. (1994b). *Millon Adolescent Clinical Inventory, Manual*. Minneapolis: National Computer Systems.

Millon, T. (1997a). Sinergistic psychotherapy: pos-eclectic forms of therapy for Axis II. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 27(4), 385-405.

Millon, T. (1997b). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III, Manual*. Minneapolis: National Computer Systems.

Millon, T. (1999). *Personality-guided therapy*. New York: Wiley-Interscience.

Millon, T. (2000). Toward a new model integrative psychotherapy: psychosynergy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10(1), 37-53.

Millon, T. (2001a). *Inventario de Estilos de Personalidad de Millon, Manual*. Adaptación de M.P. Sánchez-López, J.F. Díaz-Morales & M.E. Aparicio-García. Madrid: TEA Ediciones.

Millon, T. (2001b). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Masson.

Millon, T. (2002). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (MCMI-II)* (3ª ed.). Adaptación de A. Ávila-Espada. Madrid: TEA Ediciones.

Millon, T. (2003). It's time to rework the blueprints: building a science for clinical psychology. *American Psychologist*, 58(11), 949-961.

Millon, T. (2004a). *Millon Index of Personality Styles, Manual Revised*. Minneapolis: Pearson Assessments.

Millon, T. (2004b). Treatment planning and outcome assessment in adults: the Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III). In J.J. Magnavita (Ed.) (2004), *Handbook of personality disorders: theory and practice*. (pp. 24-55). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Millon, T. (2004c). *Inventario Clínico para Adolescentes de Millon: MACI*. Madrid: TEA Ediciones.

Millon, T. (2005). Reflections on the future of personology and psychopatology. In S. Stephen (Ed.), *Handbook of personoloty and psychopatology* (pp. 527-546). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Millon, T. (en prensa). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III)*. Adaptación de V. Cardenal-Hernández & M.P. Sánchez-López. Madrid: TEA Ediciones.

Millon, T., & Davis, R.D. (2004). *Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.

Millon, T., & Everly, G.S. (1994). *La personalidad y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca.

Millon, T., Everly, G., & Davis, R.D. (1995). ¿Cómo puede facilitarse la integración de la psicoterapia mediante el conocimiento de la psicopatología? una perspectiva a partir de los trastornos de personalidad. *Clínica y Salud*, 6(2), 109-129.

Millon, T.; Green, C.J., & Meagher, R.B. Jr (1982a). *Millon Adolescent Personality Inventory, Manual*. Minneapolis: National Computer Systems.

Millon, T., Green, C.J., & Meagher, R.B. Jr (1982b). *Millon Behavioral Health Inventory, Manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.

Millon, T., & Grossman, S.D. (2005). Personology: a theory based on evolutionary concepts. In M.F. Lenzenweger & J.F. Clarkin (Ed.), *Major theories of personality disorder (2<sup>nd</sup> ed.)* (pp. 332-390). New York, NY: Guilford Press.

Millon, T., & Klerman, G.L. (1986). *Contemporary directions in psychopatology. Toward the DSM-IV*. New Yor: Guilford Press.

Mona, P., Fitzmaurice, G., Kubzansky, L.D., Rimm, E.B., & Kawachi, I. (2004). Anger expression and risk of stroke and coronary heart disease among male health professionals. *Psychosomatic Medicine*, 6, 100-110.

Muñiz, J. (1996). *Psicometría*. Madrid: Universitas.

Muñiz, J, & Hambleton, R. K. (1996). Directrices para la traducción y adaptación de los tests. *Papeles del Psicólogo*, 66, 63-70.

Murberg, T.A., Bru, E., & Aarsland, T. (2001). Personality as a predictor of mortality among patients with congestive heart failure: a two-year follow-up study. *Personality and Individual Differences*, 30, 749-757.

Murray, H.A. et al. (1938). *Explorations in personality. A clinical and experimental study of fifty men of college age*. New York, NY: Oxford University Press.

Myers, I.B., & McCaulley, M.H. (1985). *The Myers-Briggs Type Indicator*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Neuman, S.A., Waldstein, S.R., Sollers, J.J., Thayer, J.F., & Sorkin, J.D. (2004). Hostility and distraction have differential influences on cardiovascular recovery from anger recall in women. *Health Psychology, 23*(6), 631-640.

Nyamathi, A.M., Stein, J.A., & Bayley, L.J. (2000). Predictors of mental distress and poor physical health among homeless women. *Journal of Adolescence, 23*(5), 569-582.

Olson, M.B., Krantz, D.S., Kelsey, S.F., Pepine, C.J., Sopko, G., Handberg, E., Rogers, W.J., Gierach, G.L., McClure, C.K., & Merz, C.N.B.(2005). Hostility scores are associated with increased risk of cardiovascular events in women undergoing coronary angiography: a report from the NHLBI-Sponsored WISE Study. *Psychosomatic Medicine, 67*, 546-552.

Organización Mundial de la Salud (1998). *Promoción de la salud: glosario*. Ginebra: OMS.

Oron, Y., & Reichenberg, A. (2003). Personality traits predict self-referral of young male adults with musculoskeletal complaints to a general practitioner. *Journal of Psychosomatic Research, 54*, 453-456.

Pasquali, L., Azevedo, M.M., & Guesti, I. (1997). *Inventario Fatorial de Personalidade: manual técnico e de avaliação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Patró-Hernández, R., Fernández-Ros, E., & Corbalán-Berná, J. F. (2000). Inventario de Estilos de Personalidad de Millon en mujeres víctimas de malos tratos. In M.P. Sánchez-López & M.M. Casullo, *Estilos de personalidad: una perspectiva iberoamericana* (pp. 311-337). Madrid: Miño y Dávila.

Pedersen, S. S., & Denolet, J. (2004). Validity of the Type D personality construct in Danish post-MI patients and healthy controls. *Journal of Psychosomatic Research, 57*, 365-272.

Pedersen S.S., & Middel, B. (2001). Increased vital exhaustion among Type-D patients with ischemic heart disease. *Journal of Psychosomatic Research, 51*, 443-449.

Pedersen, S.S., Middel, B., & Larsen, M.L. (2002). The role of personality variables and social support in distress and perceived health in patients following myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research, 53*, 1171-1175.

Pedersen, S.S., Van Domburg, R.T., Theuns, D.A.M.J., Jordaens, L., & Erdman, R.A.M. (2004). Type D personality is associated with increased anxiety and depressive symptoms in patients with an implantable cardioverter defibrillator and their partners. *Psychosomatic Medicine, 66*, 714-719.

Penedo, F. J., Gonzalez, J. S., Dahn, J.R., Antoni, M., Malow, R., Costa, P., & Schneiderman, N. (2003). Personality, quality of life and HAART adherent among men and women living with HIV/AIDS. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 271-278.

Pennebaker, J.W. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science*, 8, 162-166.

Pont, N. (1998). *Adaptación y baremación de un listado de adjetivos para la autoevaluación de la personalidad adolescente*. Tesis Doctoral presentada en la Universidad de Barcelona.

Quiroga-Romero, E. (2000). Entrevista a Theodore Millon. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26(105), 5-27.

Ramírez-Maestre, C., López-Martínez, A.E., & Esteve-Zarazaga, R.E. (2004). Personality characteristics as differential variables of the pain experience. *Journal of Behavioral Medicine*, 27(2), 147-165.

Rivas, T., Bersabé, R., Jiménez, M. (2004, Septiembre). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Autoestima de Rosenberg en distintas muestras de población española. Póster presentado en el 2º Congreso Hispano-Portugués de Psicología, Lisboa, Portugal.

Rodin, J., & Stone G.C. (1987). Historical highlights in the emergence of the field. In G. C. Stone, S. M. Weiss, J. D. Matarazzo, N. E. Miller, J. Rodin, C. D. Belar, M. J. Follick & J. E. Singer. *Health Psychology: a discipline and a profession* (pp. 15-26). Chicago: The University of Chicago Press.

Rohlfs, I., Borrell, C. & Fonseca, M.C. (2000). Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gaceta Sanitaria*, 14(Supl. 3), 60-71.

Rohlfs, I., García, M.M., Gavalda, L., Medrano, M.J., Juvinyà, D., Baltasa, A., Saurina, C., Faixedas, M.T., & Muñoz, D., (2004). Género y cardiopatía isquémica. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl.), 55-64.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Roysamb, E., Tambs, K., Reichborn-Kjennerud, T., Neale, M.C. & Harris, J.R. (2003). Happiness and health: environmental and genetic contributions to the relationship between subjective well-being, perceived health, and somatic illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(6), 1136-1146.

Ruíz-Rodríguez, J., & Fusté-Escolano, A. (2000). El MIPS como medida de estilos de cognición y su relación con la hemisfericidad. In M.P. Sánchez-López & M.M. Casullo, *Estilos de personalidad: una perspectiva iberoamericana* (pp. 267-309). Madrid: Milo y Dávila.

Rutledge, T.R., Reis, S.E., Olson, M., Owens, J., Kelsey, S.F., Pepine, C.J., Reichek, N., Rogers, W.J., Merz, N.B., Sopko, G., Cornell, C.E., & Mathews, K.A. (2001). Psychosocial variables are associated with atherosclerosis risk factors among women with chest pain: the WISE study. *Psychosomatic Medicine*, 63, 282-288.

Saboonchi, F., & Lundh, L.G. (2003). Perfectionism, anger, somatic health, and positive affect. *Personality and Individual Differences*, 35, 1585-1599.

Sánchez-López, M. P. (2001). Introducción. In T. Millon (2001), *Inventario de Estilos de Personalidad de Millon, Manual*. Adaptación de M.P. Sánchez-López, J.F. Díaz-Morales & M.E. Aparicio-García. Madrid: TEA Ediciones.

Sánchez-López, M.P. (2003). Mujer y salud. In M.P. Sánchez-López, *Mujer y salud: familia, trabajo y sociedad* (pp. 3-14). Madrid: Díaz de Santos.

Sánchez-López, M.P. (2005). Women's health. In C.D. Spielberger, *Encyclopedia of applied psychology* (pp. 677-682). Boston: Elsevier Academic Press.

Sánchez-López, M.P., & Aparicio-García, M.E. (1998). Inventario Millon de estilos de Personalidad: su fiabilidad y validez en España y Argentina. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 4(2), 87-110.

Sánchez-López, M.P., Aparicio-García, M.E. & Dresch, V. (2006). Ansiedad, autoestima y satisfacción como predictores de salud: diferencias entre hombres y mujeres. *Psicothema*, 18(3), 583-589.

Sánchez-López, M.P., Cardenal-Hernández, V., & Sánchez-Herrero, S. (2001). Memoria de la Investigación "Mujer, trabajo y salud: influencia de los estilos de personalidad, el trabajo, la edad y el sexo en el grado de satisfacción personal y estrés en tres grupos de mujeres (1.-mujeres que trabajan fuera del hogar, 2.-mujeres amas de casa y 3.-mujeres en paro), Ref. 51/99". Madrid: Instituto de la Mujer

Sánchez-López, M.P. & Casullo, M.M. (2000). *Estilos de personalidad: una perspectiva iberoamericana*. Madrid: Miño y Dávila.

Sánchez-López, M.P., & Díaz-Morales, J.F. (2000). Tipología circadiana y estilos de personalidad en universitarias argentinas. *Psicodebate*, 1(2), 35-44.

Sánchez-López, M.P., Dresch, V., & Cardenal-Hernández, V. (2005). Relaciones entre salud física y psicológica en mujeres de mediana edad. *Psicología*, 19(1/2), 107-136.

Sánchez-López, M.P., Dresch, V., & Cardenal-Hernández, V. (2005, Junio). Anxiety, self-esteem and self-perceived satisfaction as predictors of (physical) health. Differences between men and women. Comunicación oral presentada en el 30º Congreso Interamericano de Psicología, Buenos Aires, Argentina.

Schum, J. F., Jorgensen, R. S., Verhaeguen, P., Sauro, M., & Thibodeau, R. (2003). Trait anger, anger expression, and ambulatory blood pressure: a meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 26(5), 395-415.

Scuteri, A., Parsons, D., Chesney, M.A., Anderson, D.E. (2001). Anger inhibition potentiates the associations of high end-tidal CO<sub>2</sub> with blood pressure in women. *Psychosomatic Medicine*, 63, 470-475.

Seegerstrom, S.C., Castañeda, J.O., & Spencer, T.E. (2003). Optimism effects on cellular immunity: testing the affective and persistence models. *Personality and Individual Differences*, 35, 1615-1624.

Siegler, I.C., Costa, P.T., Brummett, B.H., Helms, M.J., Barefoot, J.C., Williams, R.B., Dahlstrom, W.G., Kaplan, B.H., Vitalliano, P.P., Nichaman, M.Z., Sue Day, R., & Rimer, B.K. (2003). Patterns of change in hostility from college to midlife in the UNC Alumni Heart Study predict high-risk status. *Psychosomatic Medicine*, 65, 738-745.

Silva, D.R., Dresch, V., & Pires, Rute O. (2005, Agosto). The Millon Index Personality Styles Revised (MIPS-R) in Portugal: first data. Póster presentado en la 8<sup>th</sup> Conference on Psychological Assessment, Budapest, Hungría.

Singh-Manoux, A., Martijain, P., Ferrie, J., Zins, M., Marmot, M., & Goldberg, M. (2006). What does self rated health measure? Results from the British Whitehall and French Gazel cohort studies. *Journal of Epidemiology Community Health*, 60, 364-372.

Sloan, R.P., Bagiella, E., Shapiro, P.A., Kuhl, J.P., Chernikova, D., Berg, J. & Myers, M. (2001). Hostility, gender, and cardiac autonomic control. *Psychosomatic Medicine*, 63, 434-440.

Smith, B.W., & Zautra, A.J. (2002). The role of personality in exposure and reactivity to interpersonal stress in relation to arthritis disease activity and negative affect in women. *Health Psychology*, 21(1), 81-88.

Spielberger, C.D. (1991). *Manual for the State-Trait Anger Inventory (STAXI)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Suls, J., & Rittenhouse, J.D. (1990). Models of linkages between personality and disease. In H.S. Friedman (Ed). *Personality and disease*. (pp. 38-64). N.Y. John Wiley and Sons

Suls, J., & Rothman, A. (2004). Evolution of the biopsychosocial model: prospects and challenges for health psychology. *Health Psychology*, 23(2), 119-125.

Surtees, P., Wainwright, N., Khaw, K.T., Luben, R., Brayne, C., & Day, N. (2003). Inflammatory dispositions: a population-based study of the association between hostility and peripheral leukocyte counts. *Personality and Individual Differences*, 35, 1271-1284.

Tanum, L., & Malt, U. F. (2001). Personality and physical symptoms in nonpsychiatric patients with functional gastrointestinal disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 139-146.

Tellegen, A. (1982). *Brief manual for the Multidimensional Personality Questionnaire*. Minneapolis: University of Minnesota.

Ten Brike, A., Ouwerkerk, M.E., Bel, E.H., & Spinhoven, P. (2001). Similar psychological characteristics in mild and severe asthma. *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 7-10.

Termoshok, (1987). Personality coping style, emotion and cancer: toward an integrative model. *Cancer Survey*, 6(3), 545-567.

*Testes Psicológicos* (2004). Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos. Suplemento Especial. Brasília: Conselho Federal de Psicologia.

Triandis, H.C. & Lampert, W.W. (Eds.) (1980). *Handbook of cross-cultural psychology. Perspectives*. Volumen 1. Boston: Allyn and Bacon.

Triandis, H.C. (1980). Introduction to handbook of cross-cultural psychology. In H.C. Triandis & W.W. Lampert (Eds.), *Handbook of cross-cultural psychology. Perspectives*. Volumen 1. Boston: Allyn and Bacon.

Van de Vijver, F. & Hambleton, R.K. (1996). Translating tests: Some practical guidelines. *European Psychologist*, 1(2), 89-99.

Vollrath, M., & Torgensen, S. (2002). Who takes health risks? A probe into eight personality types. *Personality and Individual Differences*, 32, 1185-1197.

Wasytkin, L., & Fekken, G.C. (2002). Personality and self-reported health: matching predictors and criteria. *Personality and Individual Differences*, 33, 607-620.

Williams, P.G., O'Brien, C.D., & Colder, C.R. (2004). The effects of neuroticism and extraversion on self-assessed health and health-relevant cognition. *Personality and Individual Differences*, 37, 83-94.

Williams, P.G., Wasserman, M.S., & Lotto, A.J. (2003). Individual differences in self-assessed health: an information-processing investigation of health and illness cognition. *Health Psychology*, 22(1), 3-11.

Wilson, R.S., Krueger, K.R., Gu, L., Bienias, J.L., Mende de León, C.F., & Evans, D.A. (2005). Neuroticism, extraversion, and mortality in a defined population of older persons. *Psychosomatic Medicine*, 67, 841-845.

Yoshimasu, K. (2001). Relation of type A behaviour pattern and job-related psychosocial factors to nonfatal myocardial infarction: a case-control study of Japanese male workers and women. *Psychosomatic Medicine*, 63, 797-804.