

Mecanismos de relación entre la personalidad y los procesos de salud-enfermedad

Mechanisms of Relationship between Personality and Health-Disease Processes

Mercedes Jiménez Benítez¹

Recibido: 16- Febrero - 2015 • Revisado: 06- Mayo- 2015 • Aprobado: 04- Junio- 2015

Resumen

Se revisa en la literatura histórica y actual la relación entre personalidad y salud. El vínculo se establece al considerar la personalidad como un módulo que interactúa en un complejo sistema procesual del cual es producto el proceso de salud-enfermedad. Si la salud es bienestar y capacidad adaptativa, ¿cuáles sistemas psicológicos de la personalidad influyen en ella? Se concluye que se relacionan por diversos mecanismos, aunque la revisión imposibilita formular conclusiones estables. Las competencias emocionales podrían enlazar ambas temáticas. Los modelos podrían favorecer aplicaciones clínicas pertinentes, elegir sujetos indicados para la prevención, impulsar políticas de promoción de salud, etc. Son necesarios modelos de investigación que estudien los mecanismos que las unen. Finalmente, las investigaciones sobre personalidad positiva resultan prometedoras.

Palabras clave autores: Cuerpo, Enfermedad, Mente, Personalidad, Salud.

Palabras clave descriptores: Cuerpo Humano, Enfermedad, Personalidad, Salud.

Abstract

The historical and current literature on the relationship between personality and health is reviewed. The link is established to consider the personality as a module that interacts in a complex procedural system, which the process of health-disease process is the product. If health is wellbeing and adaptive capacity, what do psychological systems of personality influence on it? It is concluded that both are interrelated through several mechanisms, although the review doesn't allow to formulate stable conclusions. Emotional competencies could link the two issues. The models could encourage relevant clinical applications, choose subjects indicated for the prevention, advancing policies to promote health, etc. Research models are needed to study the mechanisms that connect them. Finally, researchs on positive personality are promising.

Keywords authors: Body, Disease, Personality, Health.

Keywords plus: Human Body, Disease, Personality, Health.

Para citar este artículo:

Jiménez Benítez, M. (2015). Mecanismos de relación entre la personalidad y los procesos de salud-enfermedad. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 7(1), pp 163-184.

1 Profesora del Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Universidad de Antioquia – Medellín, Colombia. Calle 67 N° 53-108. Bloque 9 oficina 443. Integrante del grupo de investigación en Psicología Cognitiva. Correo electrónico: mercedes.jimenezb@udea.edu.co

Aunque los constructos “personalidad” y “salud” han sido relacionados explícitamente a lo largo de la historia, las conceptualizaciones acerca de la personalidad desde un enfoque procesual, y de la salud desde una perspectiva holística, ecológica e histórico-biográfica plantean nuevas posibilidades para investigar y determinar los vínculos entre la personalidad y la salud. De manera general, la aproximación científica a esta relación exige tanto demostrar la asociación existente entre la personalidad y la salud como especificar los mecanismos que explican tal relación (Moreno, 2007).

1. Aproximaciones conceptuales

El constructo de *personalidad* es tan amplio que, como comentan Rodríguez y Frías (2005), algunas teorías psicológicas son esencialmente teorías de la personalidad. No obstante, a un nivel básico, podría afirmarse que remite a las diferencias individuales que median en la respuesta o en la adaptación al ambiente (Capitania, 2008). Estas respuestas, aunque puedan inferirse mediante los patrones de comportamiento exhibidos por las personas de modo consistente a lo largo del tiempo, no significan que la personalidad sea lo mismo que la conducta, sino que supone más bien un constructo de orden superior. Así, la personalidad consistiría en un sistema autorregulador de procesos, con capacidad de proponerse metas y de tomar decisiones respecto a la conducta, así como de autorrepresentarse cognitivamente. Desde esta perspectiva, se parte de un modelo de personalidad que explica las diferencias individuales frente a los estímulos, las situaciones o los contextos, y supone el principio de organización interna de la experiencia y de la

acción individual, tanto de manera reactiva al ambiente como de forma proactiva, es decir, con capacidad para la elaboración cognitiva de escenarios futuros.

Aunque la personalidad ha sido concebida desde una perspectiva estructuralista como un conjunto de rasgos (o tendencias de respuesta), su estudio ha ido evolucionando hacia otras unidades de análisis como el desarrollo, el mantenimiento y el cambio de la personalidad o el estudio de sus procesos.

Específicamente, el enfoque basado en los procesos, considera la personalidad “como un sistema de procesos cognitivos, emocionales y conductuales que interactúan, en un marco histórico y social, modificándose continuamente, pero manteniendo también una autonomía relativa” (Moreno, 2007, p. xvii). Así, se parte de módulos relativamente autónomos que, al tiempo, se encuentran relacionados.

Este enfoque modular de la personalidad despierta gran interés para el estudio de los vínculos entre la personalidad y la salud, pues enfatiza en los procesos que generan y mantienen los perfiles de conducta y de interacción con la realidad. Por ejemplo, el clásico enfoque estructuralista describiría los rasgos de personalidad asociados a la persona alcohólica, mientras que el modelo procesual identificaría el sistema interactivo de procesos *cognitivos, emocionales y conductuales* que generan y mantienen el consumo abusivo de alcohol a lo largo del tiempo.

Este enfoque no consiste en la descripción y asociación de las conductas de riesgo para la salud con los procesos de enfermedad, se refiere al conjunto de patrones de conducta o estilos de vida que inciden sobre las condiciones de la salud, que incluyen el tipo de cogniciones

o emociones que interactúan con el desarrollo de tales conductas y el componente social de pertenencia a un determinado grupo socio-económico, que genera unos estilos de conducta específicos.

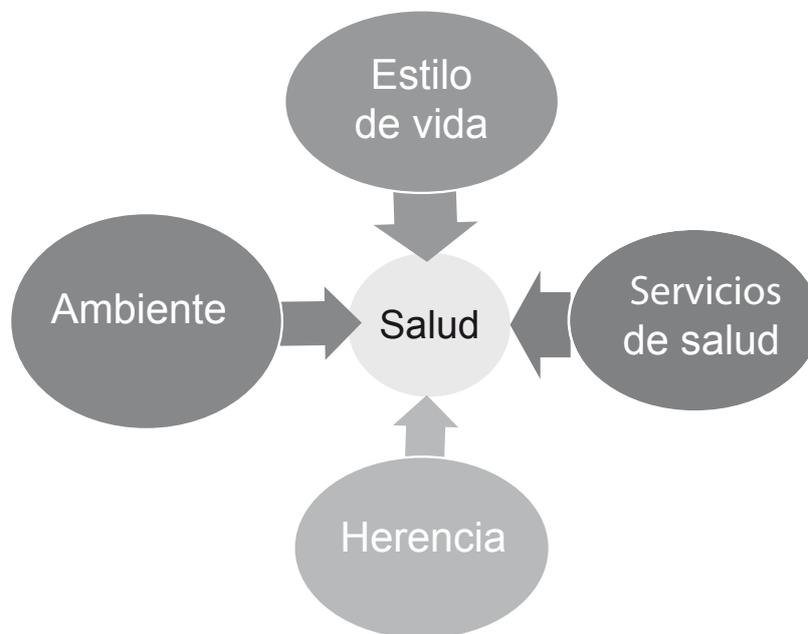
Al respecto, se destaca el informe de Marc Lalonde (1974), en el cual considera los estilos de vida como uno de los determinantes básicos de la salud, junto con los factores biológicos, medioambientales y los relacionados con los sistemas de salud. A partir de este planteamiento multifactorial, se han realizado suposiciones acerca de la importancia relativa de cada uno de estos factores en la determinación de la salud, como se representa en las flechas asignadas a cada factor en la figura 1.

Las consecuencias de estos modelos dedicados al estudio de los determinantes de la salud han sido altamente relevantes. Por un lado, surge la

noción de *salud* como un proceso y no como un estado, partiendo de un enfoque de sistemas. De esta forma, se plantea que es la interacción entre los diferentes factores mencionados lo que determina la evolución de los procesos de salud-enfermedad a lo largo del tiempo, y no la acción aislada de cada uno de ellos (Blum, 1971, citado en Flórez-Alarcón, 2007).

Por otro lado, el enfoque de los determinantes de la salud enfatiza sobre las variables psicológicas asociadas al proceso salud-enfermedad. Así, los estilos de vida se considerarían factores de vulnerabilidad o protección para la salud, en interacción con el resto de determinantes. De esta forma, la psicología tendría un papel fundamental en la promoción de estilos de vida saludables, entendidos como hábitos de comportamiento que suponen factores de protección para la salud y como la manera general de vivir, aspecto que, según Nutbeam (1996, citado en

Figura 1. Determinantes de la salud



Fuente: tomada de Bersh (1986, p. 34).

Restrepo, 2001), se basa en la interacción entre las condiciones de vida y las pautas individuales de conducta determinadas por los factores socioculturales y las características personales (entre ellas, de personalidad). Así, se acentúa el carácter activo del ser humano en sus procesos de salud-enfermedad, y el marco histórico-cultural y social que determina sus condiciones materiales de vida.

Los estilos de vida y el ambiente socio-cultural interactúan, a su vez, con el ambiente físico-geográfico y con los determinantes de la salud ya formulados, con la biología humana y con los servicios de salud, desde una perspectiva multicausal histórico-biográfica, la cual tiene en cuenta la dimensión temporal de las relaciones entre estos factores a lo largo de la vida de la persona. Esta perspectiva se basa en el modelo formulado por Leavell y Clark (1965, citado en Morales, 1999) acerca del estudio de la historia natural de las enfermedades.

Por su parte, Pérez Lovelle (1987, citado en Morales, 1999) plantea que la comprensión del papel de la psiquis en la determinación de la salud parte de la interacción entre las cualidades sistémicas tanto de la “salud” como de la “personalidad”, esta última entendida como una instancia central de regulación (Lalonde, 1983) encargada de la toma de decisiones respecto a otras instancias subordinadas, como las necesidades o motivaciones individuales, las representaciones y las normas sociales, las relaciones con el medio social, las reacciones emocionales y los “estilos de vida” individuales. Estos procesos se caracterizarían, por un lado, por su consistencia y coherencia (lo que determinaría la singularidad y la estabilidad del sistema psicológico de una persona) y, por otro, por su conflictividad y disociación, resultando situacionalmente interactiva o inestable.

“... la comprensión del papel de la psiquis en la determinación de la salud parte de la interacción entre las cualidades sistémicas tanto de la ‘salud’ como de la ‘personalidad’...”

En todo caso, el constructo de *personalidad* y el de *salud* están en continua revisión y, por tanto, el estudio de su interacción es altamente complejo. Por un lado, la salud pasó a definirse en la Carta Constitucional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948 como “el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. A pesar de la utopía de este concepto, se remarca que plantea una perspectiva positiva, subjetiva y holística de la salud, que ha derivado hacia definiciones más funcionales, como la de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en la que se considera la salud como una facultad de adaptación humana al medio ambiente, de ajuste del organismo a su entorno (2007). De esta forma, se ha pasado de un enfoque previo centrado en los riesgos para la salud a un enfoque de resiliencia con perspectiva positiva.

De la conjunción de ambos planteamientos, tanto el aspecto perceptivo subjetivo (bienestar) de la salud como su más reciente conceptualización funcional (capacidad de adaptación), resulta la siguiente pregunta: ¿cuáles serían los sistemas de procesos adaptativos psicológicos de la personalidad asociados a la salud y al bienestar? (Moreno, Garrosa y Gálvez, 2005).

1.1 Antecedentes históricos y tendencias actuales

Aunque la vinculación entre la personalidad y los procesos de enfermar se observan desde la medicina babilónica y asiria, las referencias explícitas a esta relación se remontan al siglo v a. C., cuando Hipócrates insistía sobre los aspectos personales tanto de los procesos de enfermar como de sanar (Moreno, 2007). La teoría humoral de Hipócrates, que relacionaba las condiciones de enfermedad con el desequilibrio en alguno de los cuatro fluidos que componían el organismo (bilis negra, bilis amarilla, flema y sangre), fue ampliada cinco siglos más tarde por Galeno, con el concepto de *temperamento*.

Esta conceptualización holística inicial de la relación entre mente-cuerpo y de la salud planteada por la medicina griega fue relegada por el modelo dualista cartesiano en el siglo XVII, cuando Descartes establece la distinción entre los procesos del cuerpo y de la mente. Consecuentemente, se distanciaron los campos del saber: la medicina y las ciencias estarían destinadas al estudio de los aspectos corporales o físicos, mientras que la filosofía u otros campos de conocimiento se dedicarían a los aspectos de la mente o psicológicos. La distinción establecida por el dualismo cartesiano fue apoyada por el posterior desarrollo de disciplinas como la Anatomía, la Fisiología, la Medicina Experimental y el conocimiento de los procesos infecciosos, fundamentándose así el desarrollo del modelo biológico determinista de la salud, para el que la salud física depende únicamente de los procesos biológicos.

Paradójicamente, los logros alcanzados por esta concepción biologicista, base del modelo médico hegemónico preponderante en la medicina occidental, ha conllevado al aumento de

la esperanza de vida y a la aparición de otro tipo de enfermedades crónicas o sistémicas no abordables desde un enfoque simplista y unicausal. Por el contrario, lo que se replantea es la necesidad de tener en cuenta la influencia de los aspectos psicológicos sobre la salud física desde la misma perspectiva médica.

El origen de este replanteamiento remite a los avances de la *medicina psicosomática* iniciados por el modelo de Helen Dunbar (1943, citado en Capitanio, 2008), quien describió los perfiles de personalidad asociados con enfermedades determinadas. Luego, Franz Alexander (1950, citado en Capitanio, 2008) consideraba que no era tanto la tipología de personalidad la que influía sobre la enfermedad, sino los mecanismos a través de los cuales las respuestas emocionales a las condiciones de vida, básicamente emociones de hostilidad y de dependencia, correlacionaban con determinadas inervaciones vegetativas del organismo. De esta manera, el modelo psicosomático de Alexander proponía la vinculación entre los conflictos emocionales y las enfermedades.

En los años cincuenta también se iniciaron los estudios sobre la vinculación entre el patrón de conducta tipo A y la enfermedad coronaria, los cuales tuvieron gran relevancia en el desarrollo de la medicina conductual. Esta propuesta planteaba que existen estabilidades en el estilo de pensar, de sentir o de actuar, que conforman modos prototípicos de responder ante las situaciones de significación psicológica y que se asocian a la enfermedad o la salud. Sin embargo, la prolífica investigación que emplean estos conceptos, carece de una formulación teórica sólida hasta el momento.

En 1972, Graham retoma el modelo de Alexander, y propone relaciones específicas entre algunos trastornos psicosomáticos y determi-

nadas emociones, atendiendo a los parámetros fisiológicos asociados a cada una de ellas. Sin embargo, tales vinculaciones no fueron suficientemente probadas y contaron con muchos detractores. La perspectiva psicosomática, por tanto, fue declinando hacia otros modelos explicativos, como el *modelo de estrés* de Selye, y a considerar los trastornos psicosomáticos como enfermedades asociadas al estrés o, más recientemente, como trastornos psicofisiológicos, como proponen Labrador y Crespo (1998, citados en Moreno, 2007).

Estos últimos planteamientos se enfatizan en los mecanismos patógenos, que pueden estar asociados con el debilitamiento del sistema de vigilancia epidemiológica y, por tanto, con la mayor probabilidad de aparición de determinados trastornos, mecanismos que suponen finalmente una vinculación entre los factores psicológicos (de personalidad), el sistema inmunológico y los procesos de salud-enfermedad. Al respecto, se cuenta ya en la actualidad con una amplia literatura acerca de las relaciones entre las dimensiones de la personalidad, el estrés, y la enfermedad física (Friedman, 2008), que ponen de manifiesto que la comprensión acerca de las diferencias individuales asociadas a la enfermedad pueden ser tan importantes como el conocimiento sobre las causas generales de ella.

Adicionalmente, los modelos de estrés amplían la mirada hacia los procesos dinámicos involucrados en el afrontamiento psicológico de las situaciones estresantes. Por tanto, como plantea Capitano (2008), las respuestas de estrés resultarán de la interacción entre la persona (y sus estilos de respuesta y de afrontamiento) y las situaciones estresantes o las condiciones de vida, añadiéndose así los factores sociales en la conceptualización de la salud planteada por el modelo biopsicoso-

cial de la OMS y las perspectivas más ecológicas de la salud (Morales, 1999). Por ello, el objeto de análisis entonces se dirigirá a la interacción entre la persona (y sus tendencias de afrontamiento al estrés) y el ambiente, lo cual implica estudiar los estilos de respuesta de los individuos en sus contextos naturales, si se quiere evaluar la relación entre las tendencias de la personalidad y los procesos de salud-enfermedad.

Siguiendo este planteamiento que amplía la validez científica de los estudios, se ha propuesto el constructo de *personalidad propensa a la enfermedad* (Booth y Friedman, 1987; Friedman, 2008), el cual tiene en cuenta múltiples predictores que pueden asociarse a diversas condiciones de salud. A su vez, esta conceptualización incorpora conceptos más amplios y actuales acerca de la salud (como bienestar global) y de la personalidad (enfocada en procesos), observándose que las mismas clases de diferencias individuales son relevantes para múltiples condiciones de salud.

De tal manera que gana credibilidad la inicial concepción holística de la antigua medicina griega, e incluso se amplía la mirada hacia la salud mental (Ghorbani, Watson y Morris, 2000), observándose que las características de personalidad son predictivas de la salud física (Maddi y Khoshaba, 1994, y Schmitz, 1992, citados en Ghorbani, Watson y Morris, 2000), y que habría que ampliar el rango de las enfermedades psicosomáticas, dada la relación holística entre la mente y el cuerpo.

Ejemplos significativos de esta integración aluden a la propuesta de Antonovsky (1979, 1990, citados en Moreno et al 2005) acerca del “sentido de coherencia”, al concepto de *personalidad resistente* (*hardiness*) propuesto por Kobasa (1982, citado en Moreno et al 2005), y

a la Tipología 4 de personalidad del modelo de Grossarth y Eysenck (1990, 1995). La personalidad resistente, que hace referencia a las capacidades de resistencia y de afrontamiento activo de las personas ante los eventos estresantes, y el sentido de autonomía que define la Tipología 4 de personalidad, son considerados hoy como factores protectores tanto del cáncer y de la enfermedad coronaria como de la salud mental (Schmitz, 1992). Estos modelos, junto con otros desarrollados en el contexto latinoamericano (Pérez Lovelle, 1987 y Ribes 1990 citados en Morales, 1999), resultan altamente relevantes en la actualidad, ya que permiten el estudio de los procesos de salud desde otra perspectiva, soportada en las variables psicológicas y en las dimensiones del comportamiento que favorecen la salud y la resistencia (Latorre, 2008). Este enfoque se denomina como “salutogénico”.

2. Planteamientos teóricos de la relación entre la personalidad y los procesos de salud-enfermedad

Aunque, en general, el estudio científico de los vínculos entre la personalidad y los procesos de salud-enfermedad aún se encuentran poco explorados, en la actualidad se dispone ya de algunos modelos que pretenden explicar los procesos a través de los cuales las características estables de la personalidad se asocian con la salud (Cohen y Rodríguez, 1995; Contrada y Coups, 2003; Friedman, 2000).

Siguiendo a Wiebe y Fortenberry (2006), algunos de estos modelos plantean que existe una aso-

ciación entre la personalidad y los procesos de salud-enfermedad, pero no promulgan relaciones causales entre ellos. Es el caso del *modelo biológico o de predisposición constitucional* y el *modelo de las conductas asociadas a la enfermedad*. Por otra parte, se han propuesto modelos que sí plantean la personalidad como un factor causal de la enfermedad y la salud, mediante mecanismos psicofisiológicos y bioconductuales admisibles. Entre ellos destacan el *modelo de modulación del estrés* y el *modelo de las conductas de riesgo/salud*, también denominado *modelo comportamental*. Otros autores, como Friedman (2008), añaden a estos planteamientos la evidencia clínica que relaciona los cambios de la personalidad con determinadas enfermedades que los originan, lo cual se circunscribe dentro del *modelo de cambios de la personalidad debido a enfermedad*.

A continuación se detallan estos modelos, para profundizar y simplificar sus planteamientos teóricos y los datos empíricos que los sustentan. Empero, cada uno trata de explicar los complejos procesos de relación entre las características dinámicas de la personalidad y la salud de manera unidireccional y desde una perspectiva individual, lo cual limita la formulación de una propuesta integradora, sinérgica y de retroalimentación entre los diferentes procesos planteados.

2.1 Modelo biológico o de predisposición constitucional

Desde este modelo se plantea que la personalidad y la enfermedad están asociadas a una tercera variable subyacente, de la cual ambas serían manifestaciones. Por tanto, no se postula

“... la personalidad y la enfermedad están asociadas a una tercera variable subyacente, de la cual ambas serían manifestaciones. Por tanto, no se postula una asociación causal entre la personalidad y la salud, sino la existencia de respuestas biológicas de predisposición que afectarían tanto al desarrollo de la personalidad como a la vulnerabilidad a la enfermedad...”

una asociación causal entre la personalidad y la salud, sino la existencia de respuestas biológicas de predisposición que afectarían tanto al desarrollo de la personalidad como a la vulnerabilidad a la enfermedad; por ejemplo, la baja activación de la noradrenalina (Hobgood, 2011). Estas respuestas estarían determinadas por predisposición genética, por diversas experiencias tempranas prenatales o perinatales, o por los efectos de la socialización del sistema nervioso (Wiebe y Fortenberry, 2006).²

Sin embargo, desde este enfoque, no se han estudiado las variables de personalidad sistemáticamente y sus desarrollos se han basado en estudios con animales, por las dificultades que implica la evaluación de los factores de predisposición en humanos. Algunos de ellos se han dirigido a la identificación de características genéticas o de fuertes estresores tempranos que

podrían influir, a la vez, en la personalidad y en la salud futuras.

Desde el modelo biológico, se asume que las variables de personalidad son parcialmente heredables (Plomin y Caspi, 1999, citados en Wiebe y Fortenberry, 2006) y que los complejos procesos de interacción entre los factores biológicos y ambientales influyen sobre el desarrollo de la personalidad adulta y sobre la salud. Consecuentemente, la identificación de las relaciones entre los factores genéticos y ambientales y la salud, es una vía prometedora (Caspi et al 2003), que podría verse favorecida por los estudios comparados entre humanos y animales (Mehta y Gosling, 2008).

2.2 Modelo de conductas asociadas a la enfermedad

Este modelo plantea la relación entre la personalidad y las condiciones de salud, independientemente del estado de enfermedad que pueda sufrir una persona. Lo que plantea es si las mediciones regulares de salud son indicadores concluyentes de una enfermedad de base, o si reflejan conductas de enfermedad en ausencia de una patología de base.

Las *conductas de enfermedad* se refieren a lo que hacen las personas cuando creen que están enfermos. Estas conductas se asocian con el verdadero estado de salud de las personas (Idler y Benyamini, 1997, citados en Wiebe y Fortenberry, 2006), pero de forma moderada, ya que existe una serie de procesos psicológicos (p. ej., el reconocimiento, la interpretación y las acciones sobre las manifestaciones somáticas) que puede

2. Bajo este presupuesto conceptual, véase la asociación entre la depresión y el cáncer en Barreto, Capafons e Ibáñez (1987).

mediar entre tales conductas y los estados de salud (Cioffi, 1991, y Watson y Pennebaker, 1989, citados en Wiebe y Fortenberry, 2006).

Los mecanismos que conforman este proceso partirían de la fluctuación de los patrones de sensaciones físicas normales que experimenta una persona, las cuales sirven como señales de salud y enfermedad. Estas señales le permiten al individuo detectar posibles síntomas que permitirían su valoración o etiquetación como manifestaciones de enfermedad. Ante ello, la persona lleva a cabo las acciones apropiadas y acordes a las sensaciones físicas experimentadas.

Esta tarea de percepción de síntomas es compleja y cuenta con gran amplitud de error, ya que las personas pueden equivocarse al no atender signos importantes de enfermedad, o exagerar ante sensaciones físicas neutras. Esta última situación ha propiciado el desarrollo del modelo de conductas de enfermedad, ya que los factores disposicionales de la personalidad (p. ej., el neuroticismo) cumplen un papel importante en la percepción de los síntomas de salud y enfermedad y, consecuentemente, en el incremento de las quejas acerca de los síntomas y la mayor utilización de los servicios de salud.

Aunque este modelo señala una significativa advertencia, debe reconocerse que los comportamientos de enfermedad, como proceso autorregulatorio, resultan cruciales para manejar la enfermedad una vez que está en curso, ya que pueden influenciar la progresión de la misma (Cameron y Leventhal, 2003, citados en Wiebe y Fortenberry, 2006). En este caso, el modelo también hace referencia a cómo la personalidad influye en la autorregulación de la enfermedad y en la progresión de la misma mediante las conductas de enfermedad. Por ejemplo, las características disposicionales influyen sobre la

“... los conocimientos en psiconeuroinmunología que muestran que el estrés produce daños en la salud, mediante la activación del sistema simpático y de los sistemas neuroendocrinos, los cuales provocan gran cantidad de respuestas en múltiples sistemas fisiológicos...”

rapidez con la que se detecta la enfermedad, sobre los tipos de representaciones de la enfermedad que se desarrollan y sobre las decisiones resultantes sobre el autocuidado.

Por otra parte, este modelo llama la atención acerca de la manera en que son incorporados los sujetos en las investigaciones sobre salud, ya que las conductas de enfermedad pueden generar sesgos en la selección de los muestras, al existir mayor probabilidad de que algunas personas demanden más cuidados médicos y, consecuentemente, sean diagnosticadas.

2.3 Modelo de modulación del estrés

Este modelo asume que la respuesta de estrés puede causar la enfermedad, y que la personalidad actúa haciendo a la persona más o menos vulnerable a sus efectos perjudiciales (Wiebe y Fortenberry, 2006). Tiene como base los conocimientos en psiconeuroinmunología que muestran que el estrés produce daños en la salud, mediante la activación del sistema simpático y de los sistemas neuroendocrinos, los cuales provocan gran cantidad de respuestas en múltiples sistemas

fisiológicos (Cohen et al 2000) y el debilitamiento del sistema de vigilancia inmunológica.

La investigación demuestra que las experiencias intensas, frecuentes y prolongadas de estrés pueden contribuir al desarrollo o a la progresión de una enfermedad, mediante la activación fisiológica que provocan (Lovallo y Gerin, 2003; Treiber et al 2003), y porque los sistemas simpático y neuroendocrino también interfieren en la regulación del sistema inmune, suprimiendo algunas respuestas y mejorando otras (Robles, Glaser y Kiecolt, 2005).

Se observa, además, cómo a los aspectos perjudiciales de la inmunosupresión inducida por el estrés, pueden sumarse las inflamaciones crónicas que puede causar y las enfermedades que podría promover, como las cardiovasculares, la diabetes, la artritis y algunos tipos de cáncer (Robles et al 2005).

Por tanto, la activación fisiológica inducida por el estrés, podría representar una vía común hacia la enfermedad, que ha sido planteada desde campos de estudio como la psiconeuroinmunología. En la actualidad, esta área de conocimiento supone una aproximación significativa a la relación entre mente y cuerpo, aunque sus hipótesis aún no hayan sido de todo corroboradas.

En esta línea, para apreciar cómo la personalidad puede moderar la activación fisiológica inducida por el estrés, debe analizarse cómo influye la personalidad en el tipo de respuesta al estrés continuado, teniendo en cuenta variables del ambiente, de afrontamiento o de valoración cognitiva. Así, el afrontamiento al estrés podría considerarse un modo de operacionalizar el estilo, la forma o los procesos que adopta la personalidad, en palabras de Moreno et al (2005).

Al respecto, se han planteado dos modelos explicativos del afrontamiento del estrés: los *interactivos* y los *transaccionales*. Los primeros, siguiendo un enfoque de riesgo, consideran a la personalidad y el control personal como moduladores del estrés y, consecuentemente, responsables de la vulnerabilidad a sus efectos perjudiciales para la salud por su proclividad a sufrirlo (Lazarus y Folkman, 1984). Los modelos transaccionales toman la relación entre la persona y la situación (Smith, 1989), y plantean que los procesos dinámicos de la personalidad pueden cambiar en función de los contextos en que ocurren, produciéndose aproximaciones transaccionales de la personalidad, desde un enfoque de resiliencia.

De acuerdo con los modelos interactivos de estrés, un evento objetivo se convierte en estresante (con capacidad para provocar la activación emocional y fisiológica) si es valorado por el individuo como amenazante o como una demanda que excede los propios recursos de afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1984). Una vez que se percibe la amenaza, las respuestas de afrontamiento pueden influir en la activación, modificando su intensidad, duración o la recurrencia del estresor.

La personalidad, entonces, puede moderar los efectos del estrés de varias formas (Contrada y Coups, 2003; Wiebe y Fortenberry, 2006):

1. Alterando la valoración subjetiva, a nivel cognitivo, de las experiencias de vida como más amenazantes (por ejemplo, en personas con alto neuroticismo) (Gallagher, 1990), o como controlables y posibles desafíos (p. ej., en personalidades “resistentes”) (Wiebe, 1991).
2. Influyendo sobre la elección y la efectividad del propio afrontamiento y de los recursos

“Tales procesos transaccionales de la personalidad, que pueden ser preventivos o generadores de estrés, son poco estudiados en el contexto de la salud, pero probablemente serán bastante importantes para comprender cómo la personalidad puede influir sobre la salud a lo largo de la vida...”

sociales (Suls, David y Harvey, 1996, citados en Wiebe y Fortenberry, 2006) en función de las demandas de una determinada situación (Bolger y Zuckerman, 1995).

Aunque estos primeros modelos interactivos básicos de modulación del estrés han sido relevantes en el estudio de la personalidad y la salud, están limitados por la *visión estática de la personalidad*, conceptualizada como rasgos que determinan una serie de respuestas estables ante los diferentes eventos vitales. En contraposición a estos modelos, se plantean los transaccionales, que enfatizan en las transacciones dinámicas y recíprocamente determinadas entre la personalidad y el ambiente social, lo cual es un tema central en los actuales modelos de personalidad sociocognitivos y transaccionales (Buss, 1987, y Cantor, 1990, citados en Wiebe y Fortenberry, 2006; Shiner y Caspi, 2003).

Tales procesos transaccionales de la personalidad, que pueden ser preventivos o generadores de estrés, son poco estudiados en el contexto de la salud, pero probablemente serán bastante

importantes para comprender cómo la personalidad puede influir sobre la salud a lo largo de la vida. El estudio de la longevidad permite integrar, en un único sujeto, los diferentes factores asociados a la salud y a la personalidad (estilos de vida, psiconeuroinmunología y estrés, relaciones sociales, estrategias de afrontamiento), junto con el ambiente (social y natural) a lo largo del tiempo. Se parte, por tanto, de que es la trayectoria de vida *individual* la que determinará los procesos de salud-enfermedad.

2.4 Modelo comportamental o de conductas de riesgo/salud

Este modelo defiende que la personalidad conduce a la enfermedad a través de patrones de conducta *de riesgo*, y a la salud mediante conductas *saludables*. Verbigracia, el optimismo se asocia con mejores prácticas nutricionales, de ejercicio físico y sexuales (Mulkana y Hailey, 2001; Zak y Stern, 2004), mientras que la hostilidad predice el consumo mayor de alcohol y el fumar, la evitación del ejercicio y las dietas pobres (Siegler et al 2003; Smith, Glazer, Ruiz y Gallo 2004).

Este modelo ha sido apoyado por investigaciones que muestran que la asociación entre la personalidad y la enfermedad se reduce cuando se controlan estadísticamente las conductas no saludables. Sin embargo, aunque estos hallazgos suponen una evidencia del modelo, no pueden considerarse como prueba de la naturaleza causal del mismo, ya que otros factores podrían también estar correlacionados con la morbilidad y la mortalidad, la personalidad o el comportamiento. Por tanto, el papel mediacional de las conductas saludables plantea la cuestión de si los factores de riesgo conductual covarían cuando se estudian las relaciones entre la personalidad y la salud.

Al respecto, se ha observado en estudios longitudinales que la personalidad puede predecir la participación en conductas saludables a través de largos períodos (Roberts y Bogg, 2004) y que dichas conductas median las asociaciones entre la personalidad, la salud y la longevidad (Friedman, 2008).

Sin embargo, y a pesar de la evidencia de la asociación entre la personalidad y la conducta saludable, la comprensión del porqué se vinculan aún es limitada. En relación con ello, se han comenzado a desarrollar algunos modelos teóricos que intentan explicar las relaciones entre algunos procesos psicológicos asociados a la personalidad y el desarrollo del comportamiento saludable complejo, el modelo informacional (Zimbardo, Ebbesen y Maslach, 1977, citados en Moreno et al 2005), la percepción individual del riesgo (Blanco, Sánchez, Carrera, Caballero y Rojas, 2000), la teoría de la acción razonada/acción planeada de Fishbein y Ajzen (1975, citados en Flórez-Alarcón, 2007), el modelo de creencias en salud de Rosenstock (1974, citado en Moreno et al 2005) y el modelo del sistema cognitivo-afectivo de la personalidad (Mischel y Shoda, 1995; Shoda y Mischel, 2000).

La personalidad puede determinar las creencias sobre la salud, lo que sienta las bases para conductas saludables específicas. En Trobst, Herbst, Masters y Costa (2002), se ve la relación entre neuroticismo y baja apertura a la experiencia con el riesgo percibido de infección del VIH. Sin embargo, también puede hacer a las personas propensas a involucrarse en conductas de riesgo. En Cooper, Agocha y Sheldon (2000) se evidencia la relación entre neuroticismo y extraversión con conductas de riesgo.

El planteamiento relacionado con la conducta saludable también puede interactuar con otros modelos de personalidad y salud, como el modelo de modulación del estrés. Fumar o hacer ejercicio pueden servir como estrategias de afrontamiento (Ng y Jeffery, 2003). Además, las conductas de salud pueden alterar las reacciones fisiológicas al estrés. El tabaquismo crónico incrementa las respuestas adrenocorticales y cardiovasculares ante los estresores, y el ejercicio reduce la reactividad de la presión arterial (West, Brownley y Light, 1998).

2.5 Cambios de personalidad debidos a enfermedad

Aunque se ha planteado la personalidad como un factor de riesgo para la aparición de las enfermedades, la evidencia clínica demuestra que la relación puede ser inversa. Así, es frecuente observar cambios en los patrones típicos de respuesta (cognitivos, fisiológicos y comportamentales) tras un diagnóstico específico, e incluso durante algunos años antes de sus manifestaciones clínicas, como ocurre en ciertas patologías cerebrales o enfermedades neurodegenerativas.

Siguiendo a Friedman (2008), ciertos factores relacionados con la enfermedad pueden afectar directa o indirectamente la personalidad. De manera directa, algunos

problemas primarios pueden producir daños cerebrales relacionados con cambios en la personalidad, como los accidentes cerebrovasculares, los tóxicos (p. ej., plomo), las infecciones (p. ej., sífilis), el alcoholismo o el consumo de drogas. De forma indirecta, las prescripciones farmacológicas y el diagnóstico de algunas enfermedades, podrían asociarse a cambios en la personalidad, aunque falte una clara documentación al respecto.

3. Reflexiones acerca de los resultados y las perspectivas de investigación

Esta revisión acerca de los mecanismos de vinculación entre la personalidad y los procesos de salud-enfermedad no permite extraer conclusiones simples, ya que no se tiene aún un conocimiento comprehensivo y complejo sobre cómo interactúan a lo largo del tiempo, y en función del resto de determinantes de la salud.

“... estas tentativas explicativas muestran aún serios problemas metodológicos y teóricos al abordar el análisis simultáneo de la multiplicidad de variables que determinan los procesos de salud-enfermedad...”

Aunque la psiconeuroinmunología ha realizado una aproximación de interés en asociación con los modelos de modulación del estrés, podría estar planteando solo explicaciones parciales sobre los mecanismos de vinculación de la personalidad y determinadas entidades diagnósticas, continuándose con la tendencia a investigar las relaciones entre el estrés, la inmunidad, el comportamiento y la morbilidad-mortalidad. Además, estas tentativas explicativas muestran aún serios problemas

metodológicos y teóricos al abordar el análisis simultáneo de la multiplicidad de variables que determinan los procesos de salud-enfermedad, lo cual podría generar dificultades para integrar los modelos explicativos en el ámbito aplicado.

Friedman (2008) plantea al respecto, que existen condicionantes que obstaculizan la realización de investigaciones longitudinales claves, desde una perspectiva transaccional, sobre los componentes y los vínculos entre la personalidad y los procesos de salud a lo largo de la vida. Entre ellos se encuentra el énfasis del modelo médico hegemónico en el tratamiento de las enfermedades agudas o crónicas (anclado aún en el modelo biologicista y dualista), la escasa atención al desarrollo de modelos de promoción y prevención en salud, y el alto costo que supone el desarrollo de los estudios longitudinales.

Además del anterior, la investigación acerca de los vínculos entre la personalidad y la salud afronta otros problemas importantes (Contrada, Cather y O`Leary, 1999; Smith

y Gallo, 2001; Wiebe y Fortenberry, 2006), como la cuestión de la evaluación de la personalidad y de las dimensiones de la salud, y las pruebas de validación de los mecanismos de vinculación entre las mismas, problemas que se discutirán a continuación a través de la evaluación de la personalidad desde un enfoque procesual.

3.1 Evaluación de la personalidad. Neuroticismo y afectividad negativa

Respecto a la evaluación de la personalidad, la mayoría de los estudios continúa evaluando con instrumentos diseñados a partir del enfoque de rasgos o estructural de la personalidad, fundamentalmente desde el modelo jerárquico de Eysenck (1990) y desde el modelo de los cinco grandes de Costa y McCrae (1985). Aún pocas investigaciones se dirigen a evaluar el sistema de autorregulación de procesos psicológicos (cognitivos, emocionales y motores) de la personalidad desde un enfoque procesual, aunque sí se ha planteado la evaluación de dominios amplios de la personalidad. Pese al usual estudio de variables representativas de algunas dimensiones generales, se recomienda tanto la medición de los dominios amplios como de las facetas específicas de la personalidad.

Entre los macrorrasgos más estudiados está el neuroticismo, conceptualizado como una disposición a experimentar emociones negativas y que se ha relacionado ampliamente con la enfermedad cardiovascular (Booth y Friedman, 1987). En la actualidad se considera este rasgo asociado más a las medidas subjetivas que a las objetivas de enfermedad, y se plantea, desde el modelo de las conductas asociadas a la enfermedad, si el neuroticismo afectaría activamente a la salud

objetiva, como defienden algunos estudios sobre mortalidad (Ploubidis y Grundy, 2009; Robinson, McBeth y MacFarlane, 2004; Wiebe y Fortenberry, 2006; Wilson, Méndes de León, Bienias, Evans y Bennett, 2004;), sobre enfermedades psicósomáticas o infecciosas (Goodwin, Castro y Kovacs, 2006, y Goodwin, Cox y Clara, 2006, citados en Olsson y Dahl, 2009), o acerca del VIH (Ickovics et al 2001).

Tampoco queda muy claro en los estudios sobre neuroticismo si se hace referencia a un rasgo estable de la personalidad o a condiciones, incluso clínicas, de depresión o ansiedad (Suls y Bunde, 2005) y que podrían confundirse.

Desde el modelo de modulación del estrés, el neuroticismo se relacionaría con los procesos de afrontamiento del estrés (Contrada y Coups, 2003) y con la mayor exposición a él y a los conflictos interpersonales (Kendler, Gardner y Prescott, 2003; Vollrath, 2000). Por ello, se considera que las personas con alto neuroticismo muestran mayor reactividad emocional ante las situaciones de estrés (Schneider, 2004), por la mediación de una mayor valoración cognitiva de las situaciones como amenazantes e incontrolables, y por el uso de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción (por ejemplo, evitación y negación), usualmente ineficaces para las exigencias de la situación (Park, Armeli y Tennen, 2004, citados en Wiebe y Fortenberry, 2006). Al respecto, la psiconeuroinmunología está demostrando los mecanismos de vinculación entre estos procesos psicológicos y las vías fisiológicas asociadas a la enfermedad, mas no se ha confirmado que el neuroticismo sea el causante de estos procesos, sino más bien las experiencias consideradas de afectividad negativa.

Desde el ámbito comportamental, se ha asociado el neuroticismo tanto con conductas de riesgo

“Desde el modelo de conductas asociadas a la enfermedad se plantea que las personas con alto neuroticismo muestran más quejas ante los síntomas de un virus y mayor percepción subjetiva de amenaza por la enfermedad...”

para la salud como con mayores conductas de autocuidado y adherencia a los tratamientos (Vollrath y Torgersen, 2002). Respecto a las conductas de riesgo, podrían consistir en estrategias de afrontamiento del estrés (Carney, Stephen, Howard, Glenn y Timothy, 2000; Cooper et al 2000) o estilos de vida que pueden darse de manera independiente al rasgo de neuroticismo.

Desde el modelo de conductas asociadas a la enfermedad se plantea que las personas con alto neuroticismo muestran más quejas ante los síntomas de un virus (Cohen et al 1995, citado en Wiebe y Fortenberry, 2006) y mayor percepción subjetiva de amenaza por la enfermedad, por lo que suelen buscar ayuda médica precozmente y mostrar mayor adherencia a los tratamientos. Como el neuroticismo se ha asociado a conductas protectoras y perjudiciales para la salud, no está claro la naturaleza de su vínculo con el proceso de salud-enfermedad, en términos comportamentales, y si podría estar sesgando los estudios en epidemiología comportamental, la selección de las muestras de las investigaciones etiopatogénicas o los resultados terapéuticos de diversas enfermedades.

Otro dominio relacionado con la salud es la *hostilidad*, definida como desconfianza y atribu-

ciones negativas sobre los demás (Smith, 2003, citado en Wiebe y Fortenberry, 2006). La hostilidad y el rasgo de ira se han asociado con las enfermedades coronarias, tanto como factor de riesgo como por su influencia en el curso y evolución de las mismas (Gallo y Matthews, 2003).

Desde el modelo transaccional de modulación del estrés, se ha observado que las personas con alta hostilidad experimentan más conflictos interpersonales (Siegler et al 2003), respondiendo con episodios más frecuentes y duraderos de reactividad fisiológica y cuentan con menor apoyo social. Desde el modelo comportamental, la hostilidad parece predecir el mayor tabaquismo, consumo de alcohol y otras conductas de riesgo. Empero, al controlarse las conductas no saludables parece mantenerse la relación entre la hostilidad y la enfermedad coronaria posterior, por lo que los hábitos comportamentales supondrían solo una parte del proceso causal entre los estilos de vida y la salud.

Una explicación alternativa podría ser que algunas conductas no saludables (por ejemplo, el consumo de cafeína) aumentan la respuesta de estrés en personas con alta hostilidad, ya que el consumo de estimulantes incrementa la respuesta cardiovascular. Esta hipótesis, por tanto, aunaría las propuestas de diferentes modelos, a fin de comprender las relaciones entre la hostilidad y la salud.

Por último, desde el modelo de las conductas de enfermedad se plantea la relación de la hostilidad con el patrón de conducta Tipo A. Las personas que manifiestan este patrón tienen menos probabilidades de detectar los síntomas del infarto de miocardio cuando el trabajo es muy demandante, y suelen rechazar el rol de enfermo, volviendo al trabajo antes de recuperarse de una enfermedad. Pero, estas son más

manifestaciones de los aspectos competitivos del patrón de conducta Tipo A que de la dimensión de hostilidad, la cual sí podría afectar a la probabilidad de adherirse a los consejos médicos.

3.2 Evaluación de los procesos de salud. Optimismo y emociones positivas

Las conceptualizaciones y definiciones operativas de la salud y de la enfermedad son importantes para estudiar la relación entre ellos. Por un lado, está en discusión qué se considera como medidas objetivas de la salud, teniendo en cuenta las nuevas concepciones de los procesos de salud. Por otro, si se relacionan las dimensiones objetivas y subjetivas de la salud, podría haber una discrepancia entre ellas. Sin embargo, parece relevante señalar que la dimensión subjetiva asociada a las conductas de enfermedad podría no tener un efecto directo sobre la dimensión objetiva, pero sí uno indirecto en la detección y el abordaje precoz de las enfermedades.

Por otra parte, el modelo de modulación del estrés podría estar planteando unos procesos básicos y generales de afectación de la salud, más que mecanismos patógenos específicos de diferentes enfermedades. Adicionalmente, habría que valorar estos procesos desde una perspectiva histórico-biográfica, a través de estudios longitudinales, y en relación con los diversos determinantes de la salud.

No obstante, desde una perspectiva salutogénica más actual, se retoma la pregunta planteada por Moreno et al (2005) acerca de los factores de la personalidad que facilitan a las personas la adaptación al ambiente y el ajuste saludable al medio, de acuerdo con esta definición más operativa de la salud. Desde este enfoque, se han estudiado los procesos asociados a la dimensión de optimismo que postula que las expectativas cognitivas optimistas generan emociones positivas y estrategias de afrontamiento activo ante las situaciones de adversidad. El optimismo ha sido beneficioso para enfermedades coronarias (Helgeson, 2003), para el VIH (Ironson et al 2005) y para reducir el riesgo de enfermedades (Taylor, 2007) por su influencia en el sistema inmune, desde el modelo de modulación del estrés.

También se ha relacionado el optimismo con los estilos de vida saludables y, desde un enfoque de resiliencia, con los recursos de afrontamiento para la superación de los problemas de la vida, fomentando así la adaptación del organismo al ambiente. Esta perspectiva se relaciona estrechamente con el *modelo procesual de personalidad positiva y salud* formulado por Moreno et al (2005).

En este modelo, se toman los enfoques que vinculan la personalidad y la salud, y se intenta formular una propuesta que integre las dimensiones y los procesos analizados, junto con variables complementarias como las referidas a las competencias emociona-

“... las revisadas formulaciones teóricas y sus respectivos sustentos empíricos, sobre los vínculos entre la personalidad y la salud, llevan a plantear cuestiones importantes acerca de cómo implementar este conocimiento en la atención sanitaria...”

les. Su énfasis se centra en el carácter activo de la persona ante las situaciones relevantes para su salud, desde un sistema de autorregulación, la personalidad, los procesos cognitivos, motivacionales, conductuales y emocionales del sujeto en relación con su ambiente (modelo transaccional). Este modelo propone el análisis de las competencias emocionales de la persona sobre la salud, ya que ellas pueden facilitar las relaciones interpersonales, la regulación emocional y las emociones positivas, aspecto ampliamente estudiado en la actualidad.

4. Conclusiones

En la actualidad puede afirmarse que los procesos de la personalidad están relacionados con las condiciones de salud-enfermedad a través de diferentes mecanismos (comportamentales, psicofisiológicos, biológicos, etc.). Estas explicaciones aún resultan parciales y no permiten formular un modelo integrado sobre la relación entre el sistema autorregulado de procesos de la personalidad (cognitivos, emocionales y conductuales) y aquellos que constituyen la salud, entendida desde su dimensión subjetiva y desde su enfoque funcional. Por tal razón, se requiere

el desarrollo de modelos complejos de investigación capaces de estudiar tales mecanismos de manera simultánea y longitudinal.

Atendiendo a los resultados de investigación, previamente revisados, el estudio de las competencias emocionales positivas y negativas sería una vía prometedora para el establecimiento de las relaciones entre algunos procesos y dimensiones de la personalidad y las condiciones de salud-enfermedad.

Por otro lado, las revisadas formulaciones teóricas y sus respectivos sustentos empíricos, sobre los vínculos entre la personalidad y la salud, llevan a plantear cuestiones importantes acerca de cómo implementar este conocimiento en la atención sanitaria (Ozer y Benet, 2006; Sohn, 2011). Esto es valioso por varias razones. En el ámbito clínico el conocimiento de cómo los procesos de la personalidad influyen en la etiología de las enfermedades, en la adherencia y en respuesta individual a los tratamientos, apoyaría la tendencia actual a personalizar la atención terapéutica sanitaria siguiendo parámetros (aún médicos) que permitan optimizar la elección de los tratamientos y la eficacia, la efectividad y la eficiencia de los mismos, como ocurre en el caso de la farmacogenética (Sadee, 2008). Más relevante aún podría ser la aplicación de la información sobre la personalidad en los programas de prevención, ya que podrían utilizarse criterios más específicos al momento de seleccionar las personas o los grupos en riesgo en los que sería indicado la aplicación de programas de detección precoz.

Adicionalmente, el énfasis en las dimensiones de la personalidad protectoras de la salud se inserta en las nuevas políticas internacionales de promoción de la salud (OMS, 2005) y ha

generado un creciente interés por el estudio de la *longevidad* como medida simple de la salud (Friedman, 2008). La tendencia, en la actualidad, no está tan centrada en el estudio de las variables específicas asociadas a las enfermedades, sino en los procesos básicos (p. ej., psiconeuroinmunológicos, conductuales, etc.) relacionados con el bienestar, la calidad y la esperanza de vida de las personas y de las poblaciones. Inclusive, la esperanza de vida es uno de los indicadores del índice de desarrollo humano desde 1990 (Rao, 1991), planteándose así esta dimensión de la salud como un recurso de las personas y de los pueblos, que se encuentra vinculado a las condiciones de vida y al resto de determinantes de la salud.

Por otra parte, la investigación sobre los mecanismos de la personalidad manifestados mediante las conductas de enfermedad, y la consecuente demanda diferencial de atención sanitaria o adherencia a los tratamientos, podría evidenciar sesgos en la selección de las muestras de los estudios que se dirigen a validar conocimientos etiopatogénicos o de resultados de tratamientos de las enfermedades, incluso en el campo de la psicopatología o de la salud mental. Esto está relacionado con las dimensiones subjetivas de la salud y del bienestar, que podrían marcar un abordaje diferencial de los procesos de salud-enfermedad en función de determinadas variables de la personalidad.

Respecto a los mecanismos (causales o no) que vinculan los conceptos en cuestión, suponen procesos más complejos que la mera identificación como factores de riesgo o de protección para la salud. Desde una perspectiva multidimensional e histórico-biográfica de la salud, los procesos de la personalidad asociados a la salud deberían estudiarse de manera longitudinal, teniendo en

cuenta los determinantes ambientales, socio-culturales y económicos específicos que podrían actuar sobre los estilos de vida de las personas y sobre las situaciones de estrés que deben afrontar, desde una perspectiva transaccional (Shiner y Caspi, 2003). De ahí que se plantee el diseño y la creación de ambientes saludables como una estrategia amplia y compleja para el desarrollo de la salud y el bienestar para el ámbito individual, es decir, el de la singularidad biológica y psíquica.

Por último, son prometedoras las investigaciones acerca de los procesos psicológicos (cognitivos, emocionales y conductuales) identificados con la *personalidad positiva* y la *personalidad resiliente*, que parten de un enfoque procesual y transaccional, y desde una concepción del individuo como un agente activo en su salud, dentro de un marco socio-cultural. Siguiendo a Moreno et al (2005), el desarrollo de las conductas saludables pasa por el desarrollo de la persona y de sus recursos, así como por la creación de contextos favorables de interacción y de desarrollo de las personas.

Referencias

- Barreto, M. P., Capafons, A. e Ibáñez, E. (1987). ¿Depresión y cáncer o adaptación y cáncer? *Boletín de Psicología*, 14, 125-146.
- Bersh, D. (1986). *El fenómeno de la salud*. Bogotá: ICFES, Ascofame.
- Blanco, A. Sánchez, F., Carrera, P., Caballero, A. y Rojas, D. (2000). Supuestos teóricos para un modelo biopsicosocial de las conductas de riesgo. En S. Yubero y E. Larrañaga (Coords.), *SIDA: una visión multidisciplinar* (pp. 41-62). Cuenca: Castilla La Mancha.
- Bolger, N. y Zuckerman, A. (1995). A Framework for Studying Personality in the Stress Process. *Jour-*

- nal of Personality and Social Psychology*, 69(5), 890-902.
- Booth, S. y Friedman, H. S. (1987). Psychological Predictors of Heart Disease: A Quantitative Review. *Psychological Bulletin*, 101(3), 343-362.
- Capitiano, J. P. (2008). Personality and Disease. *Brain, Behavior, and Immunity*, 22, 647-650.
- Carney, M. A., Stephen, A., Howard, T., Glenn, A. y Timothy, O. (2000). Positive and Negative Daily Events, Perceived Stress and Alcohol Use: A Diary Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 788-798.
- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T., Taylor, A., Craig, I., Harrington, H., ... Poulton, R. (2003). Influence of Life Stress on Depression: Moderation by a Polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 301(5631), 291-293.
- Cohen, S., Hamrick, N., Rodríguez, M., Feldman, P., Rabin, B. y Manuck, S. (2000). The Stability of Intercorrelations among Cardiovascular, Immune, Endocrine, and Psychological Reactivity. *Annals of Behavioral Medicine*, 22(3), 171-179.
- Cohen, S., y Rodríguez, M. (1995). Pathways Linking Affective Disturbances and Physical Disorders. *Health Psychology*, 14(5), 374-380.
- Contrada, R. J., Cather, C. y O`Leary, A. (1999). Personality and Health: Dispositions and Processes in Disease Susceptibility and Adaptation to Illness. En L. A. Pervin y O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 76-604). Nueva York: Guildford Press.
- Contrada, R. J. y Coups, E. J. (2003). Personality and Self-Regulation in Health and Disease: Toward an Integrative Perspective. En L. D. Cameron y H. Leventhal (Eds.), *The Self-Regulation Of Health and Illness Behavior* (pp. 66-94). Londres: Routledge.
- Cooper, M. I., Agocha, V. S. y Sheldon, M. S. (2000). A Motivational Perspective on Risky Behaviors: The Role of Personality and Affect Regulatory Processes. *Journal of Personality*, 68(6), 1059-1088.
- Costa, P. T. y McCrae, R. R. (1985). *The NEO Personality Inventory Manual*. Odessa, FL: Psychological Resources Assessment.
- Eysenck, H. J. (1990). *Biological Dimensions of Personality*. Nueva York: Guildford.
- Flórez-Alarcón, L. (2007). *Psicología social de la salud. Promoción y prevención*. Bogotá: El Manual Moderno.
- Friedman, H. S. (2000). Long-Term Relations of Personality and Health: Dynamisms, Mechanisms, Tropisms. *Journal of Personality*, 68(6), 1089-1107.
- Friedman, H. S. (2008). The Multiple Linkages of Personality and Disease. *Brain, Behavior, and Immunity*, 22(5), 668-675.
- Gallagher, D. J. (1990). Extraversion, Neuroticism and Appraisal of Stressful Academic Events. *Personality and Individual Differences*, 11(10), 1053-1057.
- Gallo, L. C. y Matthews, K. A. (2003). Understanding the Association between Socioeconomic Status and Physical Health: Do Negative Emotions Play a Role? *Psychological Bulletin*, 129(1), 10-51.
- Ghorbani, N., Watson, P. J. y Morris, R. (2000). Personality, Stress and Mental Health: Evidence of Relationships in a Sample of Iranian Managers. *Personality and Individual Differences*, 28(4), 647-657.
- Grossarth, R., y Eysenck, H. J. (1990). Personality, Stress and Disease: Description and Validation of a New Inventory. *Psychological Reports*, 66, 355-373.
- Grossarth, R., y Eysenck, H. J. (1995). Self-Regulation and Mortality from Cancer, Coronary Heart Disease, and Other Causes: A Prospective Study. *Personality and Individual Differences*, 19(6), 781-795.
- Helgeson, V. S. (2003). Cognitive Adaptation, Psychological Adjustment, and Disease Progression Among Angioplasty Patients: 4 Years Later. *Health Psychology*, 22(1), 30-38.
- Hobgood, D. K. (2011). Personality and Illness: Genetic Connections? *Medical Hypotheses*, 76(1), 89-93.
- Ickovics, J. R., Hamburger, M. E., Vlahov, D., Schoenbaum, E. E., Schuman, P., Boland, R. J. y Moore, J. (2001). Mortality, CD4 Cell Count Decline, and Depressive Symptoms among Hiv-Seropositive Women: Longitudinal Analysis from the Hiv Epide-

- miology Research Study. *Journal of the American Medical Association*, 285(11), 1466-1474.
- Ironson, G., Balbin, E., Stuetzle, R., Fletcher, M. A., O' Cleirigh, C., Laurenceau, J. P., ... Solomon, G. (2005). Dispositional Optimism and The Mechanisms by Which it Predicts Slower Disease Progression in Hiv: Proactive Behavior, Avoidant Coping, and Depression. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12(2), 86-97.
- Kendler, K. S., Gardner, C. O. y Prescott, C. A. (2003). Personality and the Experience of Environmental Adversity. *Psychological Medicine*, 33, 1193-1202.
- Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians. A Working Document*. Ottawa: Government of Canada.
- Lalonde, M. (1983). El concepto de "campo de la salud": una perspectiva canadiense. En OMS. Promoción de la Salud: una antología (pp. 3-5). *Publicación Científica*, 557, 1996. Washington DC.
- Latorre, J. O. (2008). El enfoque de personalidad resistente en el ámbito de la psicología de la salud: una revisión de publicaciones en español. *Psicología y Salud*, 18(2), 267-274.
- Lazarus, R. W. y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. Nueva York: Springer.
- Lovallo, W. R. y Gerin, W. (2003). Psychophysiological Reactivity: Mechanisms and Pathways to Cardiovascular Disease. *Psychosomatic Medicine*, 65(1), 36-45.
- Mehta, P. H., y Gosling, S. D. (2008). Bridging Human and Animal Research a Comparative Approach to Studies of Personality and Health. *Brain, Behavior and Immunity*, 22, 651-661.
- Mischel, W., y Shoda, Y. (1995). A Cognitive-affective System Theory of Personality. Reconceptualizing Situations, Dispositions, Dynamics, and Invariance in Personality Structure. *Psychological Review*, 102(2), 246-268.
- Morales, F. (1999). *Introducción a la psicología de la salud*, Buenos Aires: Paidós SAICF.
- Moreno, B. (2007). *Psicología de la personalidad. Procesos*. Madrid: Thompson Editores Spain.
- Moreno, B., Garrosa, E. y Gálvez, M. (2005). Personalidad positiva y salud. En L. Flórez-Alarcón, M. M. Botero y B. Moreno (Eds.), *Psicología de la salud: temas actuales de investigación en Latinoamérica* (pp. 59-76). Bogotá: Alapsa, Uninorte.
- Mulkana, S. S. y Hailey, B. J. (2001). The Role of Optimism in Health-Enhancing Behavior. *American Journal of Health Behavior*, 25(4), 388-395.
- Ng, D. M. y Jeffery, R. W. (2003). Relationships between Perceived Stress and Health Behaviors in A Sample of Working Adults. *Health Psychology*, 22(6), 638-642.
- Olsson, I. y Dahl, A. A. (2009). Personality Problems Are Considerable Associated with Somatic Morbidity and Health Care Utilization. *European Psychiatry*, doi: 10.1016/j.eurpsy.2009.05.004.
- Organización Mundial de la Salud –OMS– (2005). *Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. Sexta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud*. Bangkok: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud –OPS– (2007). *Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: documento de posición de la Organización*. Washington, D.C. OPS.
- Ozer, D. J., y Benet, V. (2006). Personality and The Prediction of Consequential Outcomes. *Annual Review of Psychology*, 57, 401-421.
- Ploubidis, G. B. y Grundy, E. (2009). Personality and All Cause Mortality: Evidence for Indirect Links. *Personality and Individual Differences*, 47(3), 203-208.
- Rao, V. B. (1991). Human Development Report 1990: Review and Assessment. *World Development*, 19(10), 1451-1460.
- Restrepo, H. E. (2001). Agenda para la acción en promoción de la salud. En H. E. Restrepo y H. Málaga (Eds.), *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable* (pp. 34-55). Bogotá: Médica Panamericana.
- Roberts, B. W. y Bogg, T. (2004). A Longitudinal Study of the Relationships between Conscientiousness and the Social-environmental Factors and Substance-use Behaviors that Influence Health. *Journal of Personality*, 72, 325-353.
- Robinson, K. L., McBeth, J. y MacFarlane, G. J. (2004). Psychological Distress and Premature Mortality

- in the General Population: A Prospective Study. *Annals of Epidemiology*, 14(7), 467-472.
- Robles, T. F., Glaser, R. y Kiecolt, J. K. (2005). Out of Balance: A New Look at Chronic Stress, Depression and Immunity. *Current Direction in Psychological Science*, 14, 115.
- Rodríguez, M. de L. y Frías, L. (2005). Algunos factores psicológicos y su papel en la enfermedad: una revisión. *Psicología y Salud*, 15(2), 169-185.
- Sadee, W. (2008). Drug Therapy and Personalized Health Care: Pharmacogenomics in Perspective. *Pharmaceutical Research*, 25(12), 2713-2719.
- Schmitz, P. G. (1992). Personality, Stress-reaction and Disease. *Personality and Individual Differences*, 13(6), 683-691.
- Schneider, T. R. (2004). The Role of Neuroticism on Psychological and Physiological Stress Responses. *Journal of Experimental Social Psychology*, 40(6), 795-804.
- Shiner, R. y Caspi, R. (2003). Personality Differences in Childhood and Adolescence: Measurement, Development, and Consequences. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 44(1), 2-32.
- Shoda, Y. y Mischel, W. (2000). Reconciling Contextualism with the Core Assumptions of Personality Psychology. *European Journal of Personality*, 14(5), 407-428.
- Siegler, I. C., Costa, P. T., Brummett, B. H., Helms, M. J., Barefoot, J. C., Williams, R. B., ... 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.
- Smith, T. W. (1989). Interactions, Transactions and the Type A Pattern: Additional Avenues in the Search for Coronary-prone Behavior. En A. W. Siegman y T. M. Dembroski (Eds.), in *Search for coronary-prone behavior* (pp. 91-116). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Smith, T. W. y Gallo, L. C. (2001). Personality Traits as A Risk Factors for Physical Illness. En A. Baum, T. Revenson y J. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 139-172). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Smith, T. W., Glazer, K., Ruiz, J. M. y Gallo, L. (2004). Hostility, Anger, Aggressiveness, and Coronary Heart Disease: An Interpersonal Perspective on Personality, Emotion and Health. *Journal of Personality*, 72(6), 1217-1270.
- Sohn, S. (2011). Making Personalized Health Care More Precise: Implications of Neuroscientific Findings. *Journal of Neuroscience, Psychology and Economics*, 4(1), 37-43.
- Suls, J. y Bunde, J. (2005). Anger, Anxiety, and Depression as Risk Factors for Cardiovascular Disease: The Problems and Implications of Overlapping Affective Dispositions. *Psychological Bulletin*, 131(2), 260-300.
- Taylor, S. E. (2007). *Psicología de la salud*. (6.ª ed.). México D.F.: McGraw-Hill Interamericana.
- Treiber, F., Kamarck, T., Schneiderman, N., Sheffield, D., Kapuku, G. y Taylor, T. (2003). Cardiovascular Reactivity and Development of Preclinical and Clinical Disease States. *Psychosomatic Medicine*, 65(1), 46-62.
- Trost, K. K., Herbst, J. H., Masters, H. L. y Costa, P. T. (2002). Personality Pathways to Unsafe Sex: Personality, Condom Use and HIV Risk Behaviors. *Journal of Research in Personality*, 36(2), 117-133.
- Vollrath, M. (2000). Personality and Hassles among University Students: A Three-year Longitudinal Study. *European Journal of Personality*, 14(3), 199-215.
- Vollrath, M. y Torgersen, S. (2002). Who Takes Health Risks? A Probe into Eight Personality Types. *Personality and Individual Differences*, 32(7), 1185-1197.
- West, S. G., Brownley, K. A. y Light, K. C. (1998). Postexercise Vasodilatation Reduces Diastolic Blood Pressure Responses to Stress. *Annals of Behavioral Medicine*, 20(2), 77-83.
- Wiebe, D. J. (1991). Hardiness and Stress-moderation: A Test of Proposed Mechanisms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(1), 89-99.
- Wiebe, D. J. y Fortenberry, K. T. (2006). Mechanisms Relating Personality and Health. En E. Vollrath (Ed.), *Handbook of personality and health* (pp. 137-156). West Sussex: John Wiley & Sons.
- World Health Organization (1948). Preamble to the Constitution of the World Health Organization.

En *Official Records of the World Health Organization*, n° 2, p.100. Ginebra: World Health Organization.

Wilson, R. S., Méndes de León, C. F., Bienias, J. L., Evans, D. A. y Bennett, D. A. (2004). Personality and Mortality in Old Age. *The Journal of Gerontology*, 59(3), 110-116.

Zak, J. y Stern, M. (2004). Health Belief Factors and Dispositional Optimism as Predictors of STD and HIV Preventive Behavior. *Journal of American College Health*, 52(5), 229-236.