

## Síntomas somáticos: Predicción diferencial a través de variables psicológicas, sociodemográficas, estilos de vida y enfermedades

Santos Orejudo Hernández<sup>1\*</sup> y M<sup>a</sup> Xesús Froján Parga<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Zaragoza, <sup>2</sup>Universidad Autónoma de Madrid

**Resumen:** Los síntomas somáticos han sido considerados tradicionalmente como una variable relacionada con la salud y un tópico dentro de los modelos de la conducta de enfermedad. En cuanto a su naturaleza, se proponen determinantes múltiples, aceptándose que los factores psicológicos juegan un papel central en los mismos. En el presente trabajo, en una muestra de 501 personas con edades comprendidas entre los 40 y los 65 años, se estudia el poder predictivo de distintas variables psicológicas (dimensiones de personalidad, tipos de reacción al estrés de Grossarth-Maticek y Eysenck, eventos vitales, estilos de afrontamiento, estilo atributivo, creencias sobre la salud, apoyo social y competencia personal), sociodemográficas, de estilos de vida y de problemas de salud. En las regresiones hechas sobre las distintas escalas de síntomas encontramos una media de un 25,9% de varianza explicada. De ésta, el 16,8% ha correspondido a variables psicológicas, principalmente neuroticismo e indicadores relacionados con el estrés, el 2,8% a estilos de vida y variables sociodemográficas y el 6,2% a problemas de salud. El papel de los tipos de Grossarth-Maticek y Eysenck resulta muy limitado, confirmando los resultados de otras investigaciones recientes con esta tipología.

**Palabras clave:** Síntomas somáticos; personalidad; eventos vitales; estrés psicológico; estilos de vida; factores socioeconómicos y demográficos.

**Title:** Somatic symptoms: Differential prediction by psychological and sociodemographic variables, life's style and diseases.

**Abstract** Traditionally, somatic symptoms have been considered a variable associated to health and to a topic in illness behaviour. According to its origin, there are multiple factors in which psychological features constitute the main role. In this work, we study the answers of 501 subjects who are between 40 and 65 years old, to predict somatic symptoms by psychological variables (personality dimensions, Grossarth-Maticek & Eysenck's types of stress reactions, vital events, coping styles, attributional styles, health beliefs, social support and personal competence), sociodemographic variables, life styles and health problems. In regressions about the different symptoms scales, we find an average of 25.9% of explicated variance, with a maximum of 37.6% for breathing symptoms and 14.4% for gastrointestinal symptoms. About this percentage, 16.8% (64.9% of the explicated variance) is due to psychological variables, 2.8% (11.00% of the explicated variance) to life's styles and sociodemographic variables, and 6.2% (24.1% of the explicated variance) to health problems. The role of the Grossarth-Maticek & Eysenck's types is much more limited as it has been investigated in previous researches about this theme.

**Key words:** Somatic symptoms; personality; vital events; psychological stress; life's styles; socioeconomic and demographic factors.

### 1. Introducción

Actualmente no hay ningún tipo de duda de que en la enfermedad están implicados distintos factores psicosociales. Bajo el concepto de conducta de enfermedad se incluyen un amplio abanico de estudios que intentan abordar el papel de los mismos en aspectos como el uso de los servicios de salud, incluyendo las formas patológicas de las mismas, la influencia de variables psicológicas (personalidad, estrés, estilos de vida, etc.) en la salud o el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas, entre otros (Galán, Blanco y Pérez, 2000). La percepción de síntomas es uno de los conceptos centrales en este campo tanto por su relevancia en la conducta de enfermedad como por la multiplicidad de factores implicadas en la misma. Por ejemplo, Suchman (1965), plantea un modelo explicativo de conducta de enfermedad con cinco estadios en los que la percepción e interpretación de los síntomas ocupa el primer lugar, siendo los restantes la asunción del rol de enfermo, la búsqueda de asistencia profesional, la asunción del papel de paciente y la recuperación. Mechanic (1978) les atribuye un papel similar en la asunción del rol de enfermo, considerando otras variables como las necesidades personales, los tratamientos disponibles y el coste de acceso a los mismo.

Aún cuando se asume el papel central de la percepción de síntomas en las conductas de enfermedad, no están tan claros cuáles son los determinantes de este proceso. De hecho, tras los trabajos de Costa y McCrae (1987), quienes encuentran que apenas hay relación entre los cuestionarios de síntomas y medidas objetivas de enfermedad, la explicación original de que los síntomas eran un mero reflejo de procesos patológicos se debilita. Esta situación, que por un lado limitaba el valor de los cuestionarios de síntomas como medidas objetivas de enfermedad, generaba, por otro lado, la necesidad de buscar los factores determinantes de la percepción de síntomas. La primera propuesta de Costa y McCrae hacía referencia a que una variable de personalidad, el neuroticismo, era en gran medida responsable de las diferencias individuales en dicho proceso.

Actualmente, la psicología hace algunas aportaciones a este debate. Por un lado, hay posiciones que señalan la multiplicidad de factores implicados en la percepción de síntomas, siendo especialmente interesante la propuesta de Rodríguez-Marín (1995), quien considera que un conjunto de variables pueden estar implicadas en los síntomas. Por un lado, algunos factores propios de los síntomas, siendo las más intensos y agudos los más perceptibles, por otro, diferencias individuales en umbrales sensoriales o factores de personalidad que pueden incrementar o reducir la atención hacia los síntomas, mientras que otros factores situaciones e individuales (cognitivos, emocionales y sociales) podrían influir también en los mismos.

Desde marcos teóricos concretos podemos señalar la aportación que se hace a la explicación de los síntomas des-

\* Dirección para correspondencia [Correspondence address]: Santos Orejudo Hernández. Departamento de Psicología y Sociología. Facultad de Educación. Universidad de Zaragoza. C/ San Juan Bosco, 7. 50009 Zaragoza (España). E-mail: [sorejudo@unizar.es](mailto:sorejudo@unizar.es)

de la psicología cognitiva o desde el campo del estrés. Desde la psicología cognitiva se señala la importancia que tienen distintos procesos en la respuesta del sujeto, sobre todo de tipo atencional y atribucional (Cioffi, 1991; Gijsbers van Wijk y Kolk, 1997; Pennebaker, 1982). Así, únicamente aquellas señales que captan la atención del sujeto y que sean etiquetadas como síntomas de una enfermedad serán recogidas en los cuestionarios de síntomas y se relacionarán con otros procesos como la búsqueda de ayuda médica o la adopción del rol de enfermo.

Desde el campo del estrés, Cohen y Williamson (1991) exponen un modelo integrador sobre la percepción de síntomas y las conductas de búsqueda de ayuda médica. Para estos autores, cuando las personas se encuentran bajo los efectos del estrés experimentan una mayor activación fisiológica, lo que facilita una mayor atención a los estados fisiológicos y un aumento de la probabilidad de etiquetar los síntomas como señales de enfermedad. En el proceso atribucional dan cabida a otros factores como esquemas cognitivos y experiencias previas. Una vez que el sujeto decide buscar ayuda profesional, ésta puede jugar el doble papel, bien como soporte para hacer frente a los estresores, o bien como nueva fuente de demandas por los inconvenientes que conlleva de tiempo. El modelo también asume una relación directa del estrés con procesos patológicos al plantear que éste puede reactivar pequeñas enfermedades e infecciones y generar a un proceso patológico.

Aún cuando los síntomas se consideran como elementos subjetivos de la salud, tras los trabajos de Costa y McRae (1987) antes señalados, han aparecido otros que han puesto de manifiesto relaciones entre éstos y distintas enfermedades. Un buen ejemplo se puede extraer del Framingham Study, en el que se encuentran relaciones entre la ansiedad rasgo, equivalente al neuroticismo de Costa y McRae, y los niveles de hipertensión, aunque únicamente en varones de mediana edad (Markovitz, Matthews, Kannel *et al.*, 1993). En otros estudios también se ha relacionado el pronóstico tras un episodio coronario con las quejas de los pacientes y sus niveles de neuroticismo (Antequera, Bordá, Ocaña *et al.*, 1997).

Aparte de los factores antes señalados, numerosos trabajos han destacado el papel que variables sociodemográficas pueden tener también en la percepción de síntomas. Así, tradicionalmente se considera que las mujeres tienden a informar de más síntomas que los hombres (Gijsbers van Wijk y Kolk, 1997) mientras que otros factores como ser joven y disponer de medios económicos influyen también en un mayor informe de síntomas (Nimnuan, Hotopf y Wessley, 2001). De manera global, también se pueden encontrar diferencias debidas a factores socioculturales y económicos (Stock, Küçük, Miseviciene *et al.*, 2003) o a factores como el país de nacimiento (Al-Windi, 2004).

En el presente trabajo se pretende explorar la implicación de distintos factores en el autoinforme de síntomas. Entre ellos se consideran variables psicológicas, sociodemográficas, estilos de vida y presencia de distintos problemas de

salud. Las variables psicológicas seleccionadas son aquellas que tradicionalmente se han relacionado con los problemas de salud o forman parte de los modelos transaccionales del estrés (Lazarus y Folkman, 1984). Especial interés merece la inclusión de los tipos de personalidad definidos por Grossarth-Maticek y Eysenck (Eysenck, 1991; Grossarth-Maticek, Eysenck y Vetter, 1988) que han alcanzado notable divulgación en los últimos años y sobre los que aún sigue la polémica respecto a la validez de sus datos y a las relaciones con la salud. En resumen, en este trabajo pretendemos aproximarnos a la explicación de los síntomas de salud informados atendiendo al poder explicativo de distintas variables psicológicas, socioeconómicas, estilos de vida y problemas de salud.

## 2. Método

### 2.1. Muestra

La muestra de este estudio estaba compuesta por un total de 501 personas, de los cuales el 42% son varones y el 57% son mujeres. Las personas que responden al conjunto de autoinformes con el que se evalúan las variables del estudio son padres de alumnos de los primeros cursos de psicología, por lo que la única restricción de la muestra es que solo forman parte de la misma aquellas personas que han tenido hijos. Aún así, en algunos casos se permitía a los alumnos la recogida de información procedente de otras personas cuando éstos no convivían con los padres, con la indicación de que tuviesen edades comprendidas entre los 40 y 65 años. Un 5% del total de la muestra corresponde a sujetos obtenidos por este medio y, aún cuando existía la indicación anterior, presentan edades inferiores a 40 años.

### 2.2. Variables e instrumentos

Las variables de este estudio se midieron a través de autoinformes, todos ellos presentados en un único cuadernillo. Los instrumentos de medida fueron los siguientes:

1. **Autoinforme de síntomas.** (*Escala de síntomas somáticos*, Sandín y Chorot, 1991). Este instrumento recoge la frecuencia de aparición de síntomas en el último año, según las siguientes escalas: *inmunológico general, cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal, neurosensorial, músculo-esquelético, piel-alergia, genito-urinario reproductor femenino y los síntomas totales*, este último como sumatorio de todos los sistemas, salvo del reproductor femenino, aplicable únicamente a mujeres fértiles.
2. **Tipología de personalidad de reacción al estrés** (*Cuestionario breve de reacción al estrés – SIRI*) tal como las definen Grossarth-Maticek y Eysenck (Eysenck, 1991; Grossarth-Maticek *et al.*, 1988) y según la adaptación de Sandín, Navas, Chorot *et al.* (1992). Consta de seis escalas correspondientes a las personalidades de predisposición al cáncer (tipo 1), predisposición coronaria (tipo 2), un tipo histérico sin predisposición (tipo 3), el tipo saludable (tipo 4), otra de predisposición a la depresión y al cáncer (tipo 5) y un último antisocial. El tipo saludable tiene una forma paralela que se incluye también en el estudio (tipo 4b).
3. **Acontecimientos vitales** (*Encuesta sobre experiencias vitales*, Saranson, Johnson, y Siegel, 1978). Recoge la ocurrencia de diferentes acontecimientos vitales en los últimos seis meses y en el

último año, con indicadores de impacto negativo, impacto positivo, grado de expectativa y grado de control percibido.

4. **Estilos de afrontamiento** (adaptación española del *Ways of Coping Checklist*, Lazarus y Folkman, de Rodríguez-Marín, Terol, López-Reig et al., 1992).
5. **Estilo atributivo**. Para su medición hemos elegido el *Cuestionario de Estilo Atributivo* (Peterson, Semmel, Von Baeyer et al., 1983) usando únicamente los acontecimientos negativos en él incluidos.
6. **Locus de control para la salud**, medida con la *Escala multidimensional de locus de control para la salud* (Wallston, Wallston y Devellis, 1978).
7. **Apoyo social**, medido a través de la versión breve del *Cuestionario de Apoyo Social* (Saranson, Levine, Basham et al., 1983). Las puntuaciones obtenidas son la cantidad de *apoyo informado* y grado de *satisfacción* con el mismo.
8. **Competencia personal**. Cuestionario creado a tal efecto por Peñacoba (1996). En la versión de la autora, se obtiene una única puntuación de *competencia total* ( $\alpha=0,82$ ) pero en este caso hemos factorializado el cuestionario y generado nuevas subescalas: asertividad ( $\alpha= 91$ ), autocontrol, ( $\alpha=0,88$ ), solución de problemas ( $\alpha= 0,78$ ), empatía ( $\alpha=0,71$ ) y apoyo social ( $\alpha=0,75$ ).
9. **Dimensiones de personalidad**. Según el modelo dimensional de Eysenck (neuroticismo, extraversión y psicoticismo) y a través de la versión española del *EPQ* (Eysenck y Eysenck, 1992).
10. **Variables sociodemográficas**. Todas ellas recogidas en un cuestionario diseñado para esta investigación.
11. **Variables relacionadas con estilos de vida**. Todas ellas recogidas en un cuestionario diseñado para esta investigación.
12. **Problemas de salud**, que incluye el padecimiento de distintas enfermedades y alteraciones en factores de riesgo biológico (colesterol y transaminasas). Se evalúan a través de un cuestionario diseñado a tal efecto. Para el análisis de datos se crea una nueva variable con el sumatorio de los ítems de este apartado denominada *indicador de enfermedad total*.

### 2.3. Procedimiento

El cuadernillo de evaluación fue entregado a estudiantes de los primeros cursos de psicología quienes debían dárselo a sus padres para su cumplimentación, con una serie de instrucciones para facilitar la comprensión. Se entregaron un total de 2000 cuadernillos a alumnos de 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup> y 3<sup>o</sup> de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid, de los que se recogieron un total de 501. Para garantizar la motivación y la sinceridad en las respuestas, a las personas que respondían se les ofrecía la posibilidad de conocer los resultados de sus cuestionarios. El 88% de la muestra señaló esta opción y su petición fue atendida por el equipo de investigación.

Los datos han sido sometidos a distintos análisis estadísticos con el programa SPSS 10.0. Inicialmente se presentan los estadísticos descriptivos, frecuencias en el caso de las variables sociodemográficas, estilos de vida y problemas de salud, y media, desviación típica y puntuaciones máximas y mínimas para el resto. En el primer apartado se comentan también otros resultados obtenidos en el análisis bivariable considerando los síntomas como variable criterio, hallando correlaciones en unos casos y análisis de varianza en otros. Por último, hemos hecho regresiones sobre los distintos tipos de síntomas tomando como predictores el resto de variables del estudio.

## 3. Resultados

### 3.1. Estadísticos descriptivos

La media de edad de los hombres (49.07) es ligeramente superior a la de las mujeres (47.04) ( $F= 13.321$ ,  $p< .000$ ). El 91% tienen edades comprendidas entre los 40 y 60 años, y el 92% están casados o viven en pareja. La mayoría tiene estudios medios, aunque también hay un porcentaje elevado que tienen estudios primarios y estudios universitarios. La mayor parte de la muestra (57.2%) trabaja más de 40 horas semanales y únicamente el 23.4% lo hace los fines de semana. El 9.8% apenas dedica una hora semanal al ocio o ni si quiera tiene tiempo, y que hasta un 39.3% no hace habitualmente ejercicio físico. En cuanto al consumo de sustancias, el 62% no fuma y únicamente el 11% fuma más de 20 cigarrillos al día. Para el alcohol, el 80% no bebe o lo ocasionalmente, mientras que únicamente el 6% lo toma a diario.

En cuanto a las enfermedades, las más frecuentes son las alergias, con un 19.2% de casos, seguidas por las enfermedades cardiovasculares, con un 13.7% de casos, destacando entre éstas la hipertensión con un 7.85% (Figura 1). Cuando se ha considerado conjuntamente los problemas de salud, el *indicador total de enfermedad*, un 29.6% no tiene ningún problema y está completamente sano desde esta perspectiva, el 24.7% tiene un único problema, el 19.3% dos, el 17.9% tres, el 6.3% cuatro y un 2.2% cinco o más. En cuanto a los síntomas, los neurosensoriales, gastrointestinales y de la piel-alergia son los más frecuentes en nuestra muestra. La Tabla 1 recoge las puntuaciones obtenidas en el resto de variables consideradas.

El número de correlaciones significativas entre los síntomas y el resto de cuestionarios del estudio es alto, pero en ningún caso son muy elevada, ya que salvo para el caso del neuroticismo y los tipos 2 y 4b, ninguna es superior a 0.30. Todas las variables consideradas presentan correlaciones significativas con los síntomas, aunque algunas escalas apenas se relacionan con un sistema, como ocurre con la extraversión y con algunos estilos de afrontamiento, o no lo hacen con ninguna, como la atribución de la salud a la suerte y al poder de otros, los acontecimientos estresantes de los últimos seis meses y el apoyo social informado. Respecto a los distintos síntomas, el reproductor femenino y el inmunológico general son los que menos correlaciones presentan.

Algunas variables sociodemográficas y de estilos de vida también se relacionan con los síntomas. Así, podemos comprobar que las personas más jóvenes informan de un mayor número de síntomas gastrointestinales ( $p=.017$ ). Por sexos, las mujeres informan de un mayor número de síntomas en todas las categorías significativas, esto es, total de síntomas, síntomas cardiovasculares, gastrointestinales, neurosensoriales y músculo-esqueléticos ( $p\leq .001$ ). En cuanto al tipo de actividad, las personas que trabajan únicamente en tareas de la casa informan más síntomas neurosensoriales ( $p<.000$ ), mientras que los jubilados refieren más síntomas genitouri-

narios ( $p=.032$ ). En cuanto a las diferencias por tiempo dedicado al ocio, los sujetos a los que no les queda tiempo presentan más síntomas respiratorios ( $p=.047$ ).

El consumo de alcohol frecuente o a diario se asocia a una mayor cantidad de síntomas cardiovasculares y respiratorios ( $p\leq.038$ ). Por su parte, los fumadores de más de 21

cigarrillos son los que también informan más síntomas respiratorios ( $p<.000$ ). Por último, los sujetos que hacen práctica deportiva diaria o menos de 1 día por semana informan más síntomas del sistema inmunológico general que los que no practican ( $p=.042$ ).

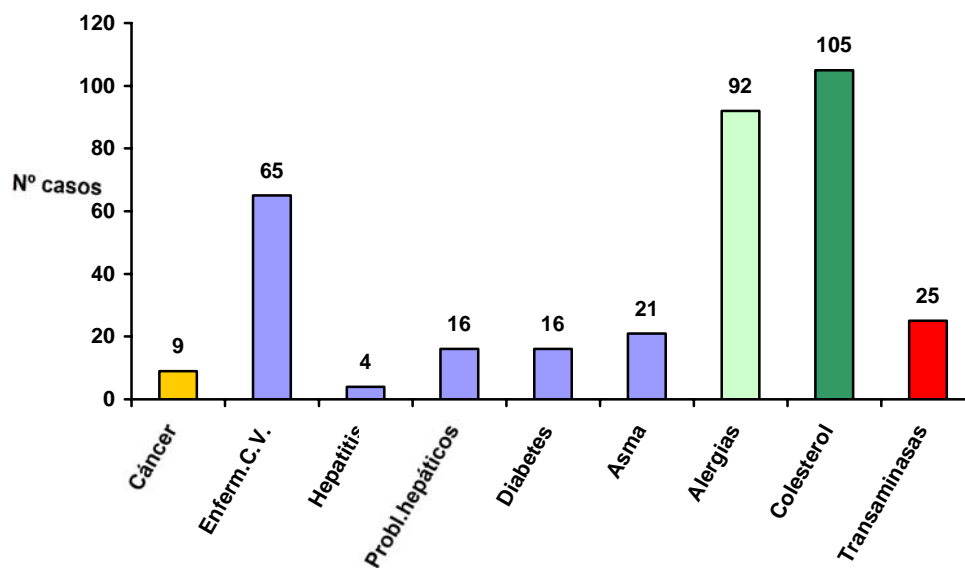


Figura 1: Problemas de salud de la muestra.

### 3.2. Regresión Múltiple

A continuación exponemos los resultados obtenidos en la regresión múltiple (método *step-wise*) con la que se ha intentado predecir las puntuaciones de las distintas escalas de síntomas usando como variables predictoras el conjunto de variables psicológicas, socioeconómicas y de problemas de salud considerados en este estudio.

Las variables seleccionadas en nuestro estudio explican una media del 25.9% de varianza del total de las 10 escalas consideradas. De este porcentaje, el 16.8% (64.9% de la explicada) ha correspondido a variables psicológicas, el 2.8% (11% de la explicada) a estilos de vida y variables sociodemográficas y el 6.2% (24.1% de la explicada) al padecimiento de enfermedades.

Tabla 1: Resultados descriptivos: Variables psicológicas y síntomas [continúa en pág. siguiente].

	VARIABLE	N	Mín.	Máx.	MEDIA	D.T.
SIRI	Tipo 1 – Pred. cáncer	498	0	10	4.12	2.22
	Tipo 2 – Pred. Cardiovascular	498	0	10	2.93	2.63
	Tipo 3 – Mixto saludable	498	0	10	2.89	1.72
	Tipo 4 – Autónomo saludable	498	0	10	6.76	1.69
	Tipo 4b – Autónomo saludable	498	1	10	7.65	2.04
	Tipo 5 – Racional/ antiemocional	498	0	10	5.24	1.95
MHLC	Tipo 6 - Antisocial	498	0	7	1.59	1.51
	Internalidad	498	10	42	26.25	5.59
	Poder de otros	498	6	37	18.52	5.94
EPQ	Suerte	498	6	39	18.86	6.54
	Neuroticismo	499	0	25	12.22	5.93
	Extraversión	499	1	19	10.76	4.15
	Psicoticismo	499	0	12	1.88	1.68

<b>Acontecimientos Estresantes</b>	<i>Número estresores 6 meses</i>	468	0	11	1.28	1.69
	<i>Impacto negativo 6 meses</i>	464	0	85	5.85	9.47
	<i>Impacto positivo 6 meses</i>	466	0	70	6.89	10.92
	<i>Expectativa 6 meses</i>	464	0	76	6.59	10.02
	<i>Control 6 meses.</i>	465	0	72	6.55	10.13
	<i>Número estresores 1 año</i>	465	0	16	1.65	2.24
	<i>Impacto negativo 1 año</i>	459	0	75	7.78	12.14
	<i>Impacto positivo 1 año</i>	461	0	113	8.43	13.28
	<i>Expectativa 1 año</i>	459	0	123	9.10	14.62
	<i>Control 1 año</i>	459	0	91	8.70	13.43
<b>Estilos de Afrontamiento</b>	<i>Pensamientos positivos</i>	463	5	25	17.68	3.99
	<i>Culpación otros</i>	461	4	18	9.29	3.26
	<i>Pensamientos desiderativos</i>	463	4	20	13.73	3.76
	<i>Búsqueda apoyo social</i>	463	3	15	9.58	3.04
	<i>Búsqueda de soluciones</i>	463	5	25	16.32	4.20
	<i>Represión emocional</i>	463	5	25	12.69	2.32
	<i>Contabilización ventajas.</i>	463	2	10	7.22	1.95
	<i>Religiosidad</i>	463	2	10	5.12	2.34
	<i>Autoculpación</i>	463	2	10	5.16	1.95
	<i>Resignación</i>	463	2	10	5.65	1.96
<b>Estilo Atributivo</b>	<i>Escape</i>	463	3	15	6.30	2.06
	<i>Internalidad</i>	469	6	42	23.96	5.87
	<i>Estabilidad</i>	469	8	42	22.70	5.71
	<i>Globalidad</i>	468	6	42	19.19	7.27
<b>Competencia</b>	<i>Importancia</i>	466	10	42	30.57	6.03
	<i>Puntuación total</i>	443	33	75	56.2	6.63
	<i>Asertividad</i>	473	5	20	13.7	2.77
	<i>Autocontrol</i>	484	3	12	8.7	2.53
	<i>Solución problemas</i>	491	4	12	9.4	1.75
	<i>Empatía</i>	488	7	16	13.2	1.85
<b>Apoyo Social</b>	<i>Apoyo social</i>	486	2	8	4.9	1.28
	<i>Apoyo informado</i>	468	1	54	24.45	11.80
<b>Síntomas informados</b>	<i>Satisfacción con apoyo</i>	470	6	36	31.03	4.65
	<i>Inmunológico general</i>	492	6	22	9.73	2.47
	<i>Cardiovascular</i>	492	6	26	9.22	3.50
	<i>Respiratorio</i>	492	6	30	10.56	4.41
	<i>Gastrointestinal</i>	492	6	25	11.82	3.71
	<i>Neurosensorial</i>	492	6	26	11.93	3.96
	<i>Musculo-esquelético</i>	492	6	25	10.67	3.59
	<i>Piel-alergia</i>	492	6	25	11.55	3.81
	<i>Genitourinario</i>	492	5	24	10.35	3.57
	<i>Reproductor femenino</i>	492	5	18	9.30	3.12
<b>TOTAL</b>	492	50	164	85.87	20.30	

De manera más específica, en cinco de estos indicadores de síntomas el total de varianza explicada está por encima del 30%, la suma *total de síntomas* (36%), los *síntomas cardiovasculares* (30.7%), los del *sistema respiratorio* (37.6%) y los *neurosensoriales* (36%) y los del sistema *músculo-esquelético* (32.6%). En un escalón inferior se encuentran los síntomas de la *piel-alergia*, con un 23,6% de varianza explicada, mientras que pa-

ra el resto nos quedamos en niveles inferiores, el 16.8% para el *inmunológico general*, 14.4% para el *gastrointestinal*, 16.3% para el *genito-urinario* y 15.8% para el *reproductor femenino*.

Las Tablas 2 y 3 recogen de manera detallada las ecuaciones de regresión de los diferentes variables criterios consideradas.

Tabla 2: Regresión *Step-wise* sobre las escalas de síntomas. Parte 1.

Síntomas totales					
Etapa	VARIABLES en la ecuación	Beta	R <sup>2</sup>	Incremento	p.
1	Neuroticismo (EPQ)	.312	.213	.213	.000
2	Enfermedad cardiovascular	.212	.255	.042	.000
3	Asma	.132	.282	.027	.001
4	Escape (Estilo afrontamiento)	.192	.312	.029	.001
5	Alergia	.152	.331	.019	.004
6	Competencia total (Competencia personal)	-.118	.348	.017	.007
7	Tipo 2 – Predisposición cardiovascular	.143	.360	.012	.021
<b>R<sup>2</sup> corregida</b>		<b>.344</b>	<b>% de varianza explicado</b>		<b>36.0%</b>
N= 295					
Síntomas: Inmunológico general					
Etapa	VARIABLES en la ecuación	Beta	R <sup>2</sup>	Incremento	p.
1	Culpación de otros (Estilo de afrontamiento)	.182	.048	.048	.000
2	Apoyo Percibido (Apoyo social)	-.176	.065	.017	.022
3	Ejercicio físico	.154	.085	.019	.013
4	Importancia (Estilo atributivo)	.156	.101	.016	.024
5	Asertividad (Competencia personal)	-.156	.118	.017	.018
6	Psicoticismo (EPQ)	-.138	.130	.013	.042
7	Internalidad (Estilo atributivo)	-.121	.143	.012	.044
8	Alergia	.133	.156	.013	.038
9	Escape (Estilo afrontamiento)	.118	.168	.013	.038
<b>R<sup>2</sup> corregida</b>		<b>.142</b>	<b>% de varianza explicado</b>		<b>16.8%</b>
N= 295					
Síntomas: Cardiovascular					
Etapa	VARIABLES en la ecuación	Beta	R <sup>2</sup>	Incremento	p.
1	Neuroticismo (EPQ)	.320	.135	.135	.000
2	Asma	.229	.202	.067	.000
3	Enfermedad cardiovascular	.232	.260	.058	.000
4	Impacto Negativo 1 año (Acontecimientos estresantes)	.178	.283	.023	.003
5	Positivo 6 meses (Acontecimientos estresantes)	.362	.294	.011	.033
6	Control 6 meses (Acontecimientos estresantes)	-.280	.307	.013	.019
<b>R<sup>2</sup> corregida</b>		<b>.293</b>	<b>% de varianza explicado</b>		<b>30.7%</b>
N= 295					
Síntomas: Respiratorio					
Etapa	VARIABLES en la ecuación	Beta	R <sup>2</sup>	Incremento	p.
1	Asma	.381	.161	.161	.000
2	Neuroticismo (EPQ)	.312	.281	.120	.000
3	Escape (Estilo de afrontamiento)	.164	.312	.032	.000
4	Enfermedad cardiovascular	.159	.337	.025	.001
5	Suerte (MHLC)	-.131	.351	.014	.015
6	Tipo 6 – Predisposición antisocial	.125	.364	.013	.017
7	Consumo de alcohol	.109	.376	.012	.020
<b>R<sup>2</sup> corregida</b>		<b>.360</b>	<b>% de varianza explicado</b>		<b>37.6%</b>
N= 295					
Síntomas: Gastrointestinal					
Etapa	VARIABLES en la ecuación	Beta	R <sup>2</sup>	Incremento	p.
1	Neuroticismo (EPQ)	.149	.070	.070	.000
2	Escape (Estilo de afrontamiento)	.177	.103	.033	.001
3	Sexo	.154	.123	.020	.007
4	Tipo 6 - Predisposición antisocial	.156	.144	.021	.007
<b>R<sup>2</sup> corregida</b>		<b>.133</b>	<b>% de varianza explicado</b>		<b>14.4%</b>
N= 315					

Tabla 3: Regresión *Step-wise* sobre las escalas de síntomas. Parte 2.

Síntomas: Neurosensorial					
Etapa	VARIABLES en la ecuación	Beta	R <sup>2</sup>	Incremento	p.
1	Neuroticismo (EPQ)	.300	.224	.224	.000
2	Sexo	.284	.288	.065	.000
3	Enfermedad cardiovascular	.162	.317	.029	.000
4	Tipo 2 - Predisposición cardiovascular	.169	.336	.018	.005
5	Problemas hepáticos	.127	.350	.014	.012
6	Tiempo de ocio	-.107	.361	.011	.029
<b>R<sup>2</sup> corregida</b>		<b>.347</b>	<b>% de varianza explicado</b>		<b>36.1%</b>
N= 295					
Síntomas: Musculoquelético					
Etapa	VARIABLES en la ecuación	Beta	R <sup>2</sup>	Incremento	p.
1	Neuroticismo (EPQ)	.354	.201	.201	.000
2	Sexo	.211	.238	.037	.000
3	Impacto negativo 6 meses (Acontecimientos estresantes)	.157	.261	.023	.003
4	Indicador total de enfermedad	.140	.280	.019	.006
5	Escape (Estilo afrontamiento)	.122	.293	.014	.019
6	Nivel de estudios	-.140	.304	.011	.037
7	Religiosidad (Estilo de afrontamiento)	-.123	.315	.012	.028
8	Cantidad de apoyo (Apoyo social)	.107	.326	.011	.034
<b>R<sup>2</sup> corregida</b>		<b>.307</b>	<b>% de varianza explicado</b>		<b>32.6%</b>
N= 295					
Síntomas: Piel-alergia					
Etapa	VARIABLES en la ecuación	Beta	R <sup>2</sup>	Incremento	p.
1	Alergia	.329	.098	.098	.000
2	TIPO 2- Predisposición cardiovascular	.233	.149	.050	.000
3	Ejercicio físico	.151	.168	.019	.010
4	Competencia total (Competencia personal)	-.182	.189	.021	.006
5	Escape (Estilo de Afrontamiento)	.159	.208	.020	.008
6	Diagnóstico cardiovascular	.129	.223	.015	.021
7	Psicoticismo (EPQ)	-.120	.236	.013	.031
<b>R<sup>2</sup> corregida</b>		<b>.217</b>	<b>% de varianza explicado</b>		<b>23.6%</b>
N= 295					
Síntomas: Genitourinario					
Etapa	VARIABLES en la ecuación	Beta	R <sup>2</sup>	Incremento	p.
1	Neuroticismo (EPQ)	.241	.061	.061	.000
2	Diagnóstico cardiovascular	.146	.090	.029	.002
3	Edad	.157	.106	.016	.023
4	Búsqueda apoyo (Competencia)	-.130	.124	.018	.016
5	Número estresores 6 meses (Acontecimientos estresantes)	.121	.139	.015	.023
6	Cantidad de apoyo (Apoyo social)	.126	.151	.012	.045
7	Colesterol	.111	.163	.012	.044
<b>R<sup>2</sup> corregida</b>		<b>.143</b>	<b>% de varianza explicado</b>		<b>16.3%</b>
N= 295					
Síntomas: Reproductor femenino					
Etapa	VARIABLES en la ecuación	Beta	R <sup>2</sup>	Incremento	p.
1	Negativo 1año (Acontecimientos estresantes)	.287	.043	.043	.022
2	Psicoticismo (EPQ)	-.202	.084	.041	.024
3	Nivel de estudios	-.205	.119	.036	.032
4	Tiempo semanal dedicado al trabajo	-.198	.158	.039	.023
<b>R<sup>2</sup> corregida</b>		<b>.129</b>	<b>% de varianza explicado</b>		<b>15.8%</b>
N= 121					

#### 4. Conclusiones

En este estudio se intentaba determinar en qué medida el conjunto de variables consideradas permiten predecir los síntomas informados. De manera más particular, se pretendía comprobar la capacidad de las variables psicológicas para predecir los síntomas informados, determinando cuáles eran las más significativas, con especial interés en comprobar el papel que los tipos de personalidad de reacción al estrés podían tener. Además, con el análisis multifactorial se esperaba graduar la importancia relativa de las variables psicológicas frente al resto, sociodemográficas, estilos de vida y problemas de salud, ya que todas ellas habían mostrado relaciones con los síntomas, aunque hasta ahora no se habían hecho estudios comparativos de este tipo.

La primera conclusión es clara, en relación a la percepción de síntomas, las variables psicosociales explican un porcentaje muy importante de varianza, con lo que se confirma una vez más la relevancia de las variables psicológicas en los síntomas. El papel del resto de variables, el padecimiento de enfermedades y las variables sociodemográficas y estilos de vida, corroboran igualmente la naturaleza multifactorial de los síntomas, tal como señala Rodríguez-Marín (1995).

Otra conclusión es que las diferentes escalas de síntomas, que responden a diferentes sistemas orgánicos, y aún cuando presenten altas correlaciones entre ellas (y su análisis factorial genere una solución unifactorial), no son explicadas por el mismo tipo de variables, ni siquiera en proporciones similares. Inicialmente, y aunque el *padecimiento de enfermedades* resulta significativo en todos los grupos de síntomas considerados, únicamente en dos casos, los síntomas respiratorios y de la piel-alergia, estas variables son las más relevantes y, aún así, no llegan a explicar ni el 45% del total de varianza explicado. De manera más concreta, el *asma*, las *alergias* y las *enfermedades cardiovasculares* son los que están asociados a una mayor sintomatología.

Algo similar, pero con una cuantía mucho menor, ocurre con las *variables sociodemográficas* y *los estilos de vida*, que en ningún caso son los predictores más importantes de los síntomas, ya que únicamente añaden pequeños porcentajes de varianza. De este grupo, el *sexo* se ha mostrado como la más relevante, apareciendo de manera significativa asociada a síntomas gastrointestinales, neurosensoriales y músculo-esqueléticos. La *edad* se asociaría a síntomas genito-urinario y el *consumo de alcohol* favorecería los síntomas respiratorios. El *ejercicio físico*, contrariamente a lo esperado, aparecería asociado a más sintomatología inmunológica y de la piel-alergia, y el *nivel de estudios* se relacionaría con una menor sintomatología músculo-esquelética, quizás por el tipo de trabajo, y del sistema reproductor femenino. Por último, la menor *dedicación al trabajo* aparece como protector de la sintomatología del aparato reproductor femenino. Estos datos confirmarían la importancia de las variables sociodemográficas en los síntomas (Al-Windi, 2004; Gijsbers van Wijk y Kolk, 1997; Nimnuan *et al.*, 2001; Stock *et al.*, 2003), pero relativizando

su papel cuando se incluyen también variables psicológicas con las que pueden solaparse.

Respecto a las *variables psicológicas*, la *afectividad negativa (neuroticismo)*, el único componente emocional considerado, aparece como el primer predictor de síntomas neurosensoriales, cardiovasculares, musculoesquelético y genito-urinario, mientras que para los respiratorios ocupa el segundo lugar, tras el padecimiento de asma. Este dato respalda las numerosas investigaciones que relacionan este factor de personalidad con los síntomas (Costa y McCrae, 1987; Gijsbers van Wijk y Kolk, 1997; Pennebaker, 1982) o de manera más específica con otro tipo de síntomas como la dipsesia funcional (Tobón, Vinaccia y Sandín, 2003). De las *escalas del EPQ*, y al margen del neuroticismo, el *psicoticismo* también predice el autoinforme de síntomas.

El resto de variables psicológicas no tienen un papel tan significativo, pero aparecen de manera sistemática como responsables de pequeños porcentajes de varianza, que no son explicados por otras variables. Así, algunas *estrategias de afrontamiento* del estrés aparecen ligadas sistemáticamente a síntomas, siendo la *culpación de otros* el principal predictor de los síntomas inmunológicos, mientras que otras estrategias, inicialmente centradas en la emoción y que no implican un afrontamiento del problema, como *el escape*, *la represión*, *la resignación* o la *contabilización de ventajas*, también aparecen ligadas a síntomas.

De la escala de estilo atributivo, la *importancia* atribuida a los eventos negativos es la que aparece más sistemáticamente ligada a síntomas, lo que nos indicaría que los procesos centrados en el impacto del evento resultan mejores predictores de síntomas que las causas que los generan. En este mismo sentido, el *impacto negativo* de los estresores ha sido la variable relacionada con los acontecimientos estresantes que más sintomatología predice. La *competencia personal*, al margen del posible efecto indirecto como recurso de afrontamiento del estrés, tiene también efectos directos como protector frente a los síntomas del sistema inmunológico general, de la piel-alergia y del sistema genitourinario. Todos estos datos ponen de manifiesto la importancia del estrés y de su afrontamiento como elemento de riesgo para la salud, tal como se deduce del modelo transaccional del estrés (Lazarus y Folkman, 1984) y con algunos mediadores fisiológicos como los propuestos por Cohen y Williamson (1991). No obstante, no hay que dejar de lado otros estresores que en recientes estudios ponen de manifiesto su poder predictivo (Santed, Sandín, Chorot y Olmedo, 2000).

De la escala de creencias sobre la salud, la *internalidad* es la que aparece en más ocasiones, pero de manera contraria a la esperada, relacionada con una mayor sintomatología, aunque su efecto desaparece en los análisis con todas las variables. Por su parte, la *suerte*, en el único caso que se mantiene, se ha relacionado con un menor de síntomas. El *apoyo social* también ha funcionado de manera contradictoria, favoreciendo una menor sintomatología a nivel musculoesquelético, pero incrementándola en el sistema genitourinario, lo



que pone de manifiesto el doble papel que esta variable puede tener en la salud, tal como recogen Bloom, Kang y Romano (1991), quienes la consideran como fuente de estrés o como amortiguador del mismo.

Por último, los tipos de Grossarth-Maticek y Eysenck también resultan significativos para predecir pequeñas partes de la varianza que el resto de variables no recoge. Este dato vendría a relativizar el papel que los tipos tienen cuando son comparados con otras variables psicológicas, tal como ocurre en los trabajos de Amelang (1997) o de Rodríguez, Lemos y Canga (2002) en muestras españolas y con distintos indicadores de salud, actitudes y conductas relacionadas con la salud. No obstante, el hecho de que resulten significativos con pequeños porcentajes de varianza viene a demostrar que hay elementos que no han sido recogidos por nuestras variables y que resultan significativos, y que no pueden ser des-

echados mientras que estos componentes queden sin identificar.

No obstante, la robustez de estas conclusiones se ve limitada por la metodología seguida en nuestro estudio, que únicamente utiliza medidas de autoinforme, y no podemos olvidar que los síntomas y los factores predictivos de los mismos pueden ser diferentes en función del tipo de medida que se use (Kolk, Hanewald, Schagen *et al.*, 2002). Además, el conjunto de enfermedades consideradas es muy reducido, lo que podría subestimar la importancia de este indicador objetivo como agente causal de los síntomas. Igualmente, las conclusiones han de venir limitadas por el bajo porcentaje de respuesta de la encuesta, el 25%, y por las características de la misma, limitada a personas que han tenido hijos, por lo que el papel del apoyo social puede verse oscurecido al estar igualada toda la muestra en este aspecto.

## 5. Referencias

- Al-Windi, A. (2004) Determinants of complaint symptoms in a Swedish health care practice. Results of a questionnaire survey. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 307-316.
- Amelang, M. (1997). Using personality variables to predict cancer and heart disease. *European Journal of Personality*, 11, 319-342.
- Antequera, R., Bordá, M., Ocaña, M.L. y Blanco, A. (1997). Personalidad y calidad de vida pacientes con infarto de miocardio. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 455-471.
- Bloom, J.R., Kang, S.H. y Romano, P. (1991). Cancer and stress: The effect of social support as a resource. En C.L. Cooper y M. Watson (Eds.) *Psychological, Biological and Coping Studies* (pp. 95-124). Chichester, John Wiley and Sons.
- Cioffi, D. (1991). Beyond attentional strategies: a cognitive perceptual model of somatic interpretation. *Psychological Bulletin*, 109, 25-41.
- Cohen, S. y Williamson, G.M. (1991). Stress and infectious disease in humans. *Psychological Bulletin*, 109, 5-24.
- Costa, P.T. y McCrae, R.R. (1987). Neuroticism, somatic complaints, and disease: Is the bark worse than the bite? *Journal of Personality*, 55, 299-316.
- Eysenck, H.J. y Eysenck, S.B.G. (1992). *EPQ. Cuestionario de Personalidad para niños (EPQ-J) y adultos (EPQ-A)*. Madrid: TEA, 1992.
- Eysenck, H.J. (1991). *Smoking, Personality and Stress*. New York, Springer-Verlag.
- Galán, A., Blanco, A. y Pérez, M.A. (2000). Análisis del concepto de Conducta de Enfermedad: Un acercamiento a los aspectos psicosociales del enfermar. *Anales de Psicología*, 16, 157-166.
- Gijsbers van Wijk, C.M.T. y Kolk, A.M. (1997). Sex differences in physical symptoms: the contribution of symptom perception theory. *Social Science and Medicine*, 45, 231-246.
- Grossarth-Maticek, R., Eysenck, H.J. y Vetter, H. (1988). Personality type, smoking habit and their interaction as predictors of cancer and coronary heart disease. *Personality and Individual Differences*, 9, 479-495.
- Kolk, A.M.M., Hanewald, G.J., Schagen, S. y Gijsbers van Wijk, C.M.T. (2002) Predicting medically unexplained physical symptoms and health care utilization. A symptom-perception approach. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 35-44.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. Nueva York, Springer Publishing Company (edición española: Estrés y procesos cognitivos, Barcelona, Martínez Roca, 1986)
- Markovitz, J.M., Matthews, K.A., Kannel, W.B., Cobb, J.L., D'Agostino, R.B. (1993). Psychological predictors of hypertension in the Framingham study. Is there tension in the hypertension?, *JAMA*, 270, 2439-2443.
- Mechanic, D. (1978). *Medical Sociology*. New York, Basic Books.
- Nimnuan, C., Hotopf, M., Wessley, S. (2001). Medically unexplained symptoms. An epidemiological study in seven specialties. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 361-367.
- Pennebaker, J.W. (1982). *The Psychology of Physical Symptoms*. New York, Springer-Verlag.
- Peñacoba, C. (1996). *Estrés, salud y calidad de vida: Influencia de la dimensión cognitivo-emocional*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid.
- Peterson, C., Semmel, A., Von Baeyer, C., Abramson, L.Y., Metalsky, G.I. y Seligman, M.E. (1982). The Attributional Style Questionnaire. *Cognitive Therapy Research*, 6, 287-299.
- Rodríguez, A.M., Lemos, S., Canga, A. (2002). Variables biológicas, conductuales y de personalidad como predictores de salud: un estudio longitudinal. *Psicología Conductual*, 10, 7-29.
- Rodríguez-Marín, J., Terol, M.C., López-Reig, S. y Pastor, M.A. (1992). Evaluación del afrontamiento del estrés: propiedades psicométricas del Cuestionario de Formas de Afrontamiento de Acontecimientos Estresantes. *Revista de Psicología de la Salud*, 4, 59-84.
- Rodríguez-Marín, J. (1995): *Psicología Social de la Salud*. Madrid, Síntesis Psicología.
- Sandín, B. y Chorot, P. (1991). Escala de síntomas somáticos. *III Congreso de Evaluación Psicológica*. 1991, 25-28 de Septiembre, Barcelona.
- Sandín, B., Chorot, P., Navas, M.J. y Santed, M.A. (1992). Estrés y enfermedad: Inventario de Reacciones Interpersonales de Grossarth-Maticek y Eysenck. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 45, 391-396.
- Santed, M.A., Sandín, B., Chorot, P. y Olmedo, M. (2000). Predicción de la sintomatología somática a partir del estrés diario y de los síntomas previos: un estudio prospectivo. *Ansiedad y Estrés*, 6, 317-329.
- Saranson, I.G., Johnson, J.H. y Siegel, J.M. (1978) Assessing the impact of life changes: Development of the Life Experiences Survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 932-946.
- Saranson, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B. y Saranson, B. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.
- Stock, C., Küçük, N., Miseviciene, I., Habil, F., Guillén-Grima, F., Petkeviciene, J., Aguinaga-Ontoso, I. y Cramer, A. (2003). Differences

- in health complaints among university students from three European countries. *Preventive Medicine*, 37, 535-543.
- Suchman, E. (1965). Special patterns of illness and medical care. *Journal of Health and Human Behavior*, 6, 2-16.
- Tobón, S., Vinaccia, S. y Sandín, B. (2003). Implicación del estrés psicosocial y los factores psicológicos en la dispepsia funcional. *Anales de Psicología*, 19, 223-234.
- Wallston, K.A., Wallston, B.S. y Devellis, R. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. *Health Education Monographs*, 6, 160-170.

(Artículo recibido: 17-9-04, aceptado: 4-10-05)