

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

*“Estilos personales, síntomas y locus de control de  
la salud en población general”*

INFORME FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CORRESPONDIENTE  
AL REQUISITO CURRICULAR CONFORME O.C.S. 143/89.

Autores:

- Zapata Ianina S. Mat. 6063/03 - DNI 31264186
- Vega Gisela M. Mat. 6255/03 - DNI 31186389

Supervisora: Dra. Castañeras, Claudia  
Co-Supervisora: Lic. María Cristina Posada

Cátedra de radicación: Instrumentos de Exploración Psicológica I

- Diciembre 2008 -

N° CLASIFICACION:	ADQUISICIÓN:
f.p.s. 2	hse
	N° INVENTARIO:
	R-567



## USO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

“Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de los alumnos Zapata Ianina y Gisela Vega, de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes, o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de los autores”



## APROBACIÓN DE LA SUPERVISORA

La que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por las alumnas Zapata Ianina,- Mat. N° 6263/03- y Gisela Vega, - Mat. N° 6255/03 -, conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los diez días del mes de diciembre del año 2008.



.....  
Dra. Claudia Castañeiras

## INFORME DE EVALUACIÓN DE LA SUPERVISORA

Dejo constancia que los autores han contribuido al desarrollo del presente trabajo, y que la tarea ha sido realizada de acuerdo a lo previsto en el plan original. Quiero destacar el compromiso y la responsabilidad con la cual los autores han realizado el presente trabajo de investigación, así como el esfuerzo realizado para sortear las dificultades surgidas en el transcurso del mismo. Considero que se trata de un trabajo original y riguroso, a la vez que socialmente relevante.



.....  
Dra. Claudia Castañeiras

## PRESENTACIÓN ANTE LA COMISIÓN ASESORA

“Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por los alumnos Zapata Ianina, - Mat.Nº 6263/03- y Gisela Vega, - Mat Nº 6255/03 -.”

.....

.....



.....

Dra. Claudia Castañeiras

Aprobado a los. . . días del mes de. . . . .de 2008.

## PLAN DE TRABAJO

Estilos personales, síntomas y locus de control de la salud en población general

Vega, Gisela Mariel – Zapata, Ianina Soledad

---

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INVESTIGACIÓN DE PREGRADO

REQUISITO CURRICULAR PLAN DE ESTUDIOS O.C.S. 143/89

**Alumnos:**

Vega, Gisela Mariel. Mat 6255/03.

Zapata, Ianina Soledad. Mat. 6263/03.

**Cátedra de radicación:** Instrumentos de Exploración Psicológica I.

**Supervisora:** Dra. Claudia Castañeiras

**Co-supervisora:** Lic. Ma. Cristina Posada

**Título del Proyecto:** “Estilos personales, síntomas y locus de control de la salud en población general”

**Descripción Resumida:** Este estudio empírico parte del supuesto que existen diferencias individuales que influyen en la autopercepción de síntomas y en el grado de malestar/bienestar de las personas que los padecen (Costa & McRae, 1987; Millon & Everly, 1994).

Particularmente el objetivo de esta investigación está dirigido al estudio de las características estilísticas de personalidad y locus de control en sujetos que informan estados sintomáticos, para lo cual se administrarán el Inventario MIPS (Millon, 1997), la Escala SCL-90-R (Derogatis, 1983) y el Cuestionario Locus de control para la salud, (Wallston, Wallston & Devellis, 1978) a una muestra de 100 adultos con edades comprendidas entre 20 y 55 años. Desde una perspectiva dimensional, que plantea diferencias de grado entre los estados saludables y los patológicos, es que se considera adecuado realizar este estudio en población general.

Esta investigación intenta constituir un aporte al conocimiento y comprensión de variables psicológicas que se relacionan con la percepción de síntomas y el malestar subjetivo en nuestra población, y de esta manera pretende contribuir a la evaluación de las características del funcionamiento personal asociadas con una mayor probabilidad de riesgo psicopatológico.



## PLAN DE TRABAJO

Estilos personales, síntomas y locus de control de la salud en población general

Vega, Gisela Mariel – Zapata, Ianina Soledad

---

**Palabras Clave:** estilos de personalidad, locus de control, síntomas, adultos, población general

### **Descripción Detallada:**

#### **Motivo y Antecedentes:**

El estudio científico de la personalidad constituye una de las áreas de investigación y desarrollo teórico más importantes y con mayor tradición en la disciplina psicológica. La mayoría de los especialistas coinciden en resaltar la complejidad de este fenómeno, y en incluir en su definición un amplio y diverso conjunto de características (intrapsíquicas, comportamentales, biológicas y socioculturales), que se ponen de manifiesto en una variada gama de situaciones y contextos, con los cuales interaccionan las personas (Millon & Davis, 1998; Cloninger, Bayon, Svrakic, 1998; Opazo Castro, 2001, citados en Berdichevsky Linares & González Ramella, 2005).

Entre los autores contemporáneos con aportes teóricos y técnicos más significativos en el campo de la personalidad y su psicopatología se destaca Theodore Millon. Este autor ha planteado una concepción integrativa basada en una perspectiva evolucionista ecológica sobre la personalidad. Millon postula que la personalidad representa un patrón profundamente incorporado de rasgos cognitivos, afectivos y conductuales que persisten en el tiempo y que se expresan de manera casi automática en los comportamientos habituales del sujeto. Estos rasgos emergen de una matriz compleja en la que están presentes disposiciones biológicas y experiencias de aprendizaje en función de las cuales se organizan estilos de pensar, percibir, afrontar situaciones y establecer vínculos psicosociales (Millon & Everly, 1994). De esta manera, sería el interjuego entre las disposiciones biológicas y las influencias ambientales lo que define que algunos individuos aprendan hábitos desadaptativos cognitivos, afectivos y de conductas manifiestas, mientras que otros no lo hacen. Desde esta concepción, el autor plantea que es más adecuado entender la normalidad y la anormalidad como conceptos relativos, y considerarlos como puntos representativos sobre un continuum o gradiente y no como categorías nominales discretas.

Otro de los constructos psicológicos más investigados y conceptualizado como una característica de personalidad es el que se refiere al *locus de control*.

## PLAN DE TRABAJO

Estilos personales, síntomas y locus de control de la salud en población general

Vega, Gisela Mariel – Zapata, Ianina Soledad

---

Rotter (1975) fue el primero en ofrecer una definición al respecto: el locus de control hace referencia a la causalidad percibida, es decir, a la manera en la que las personas tienden a explicar las consecuencias de sus actos teniendo en cuenta sus expectativas. En síntesis, se trata de una característica cognitiva referida a en qué medida las personas se posicionan de un modo activo o pasivo respecto de las atribuciones que hacen sobre las consecuencias de sus actos. Existen aportes empíricos que identifican una relación entre el constructo mencionado y la presencia de sintomatología clínica auto-informada (Jo Petrosky & Birkimer, 1991). También la investigación ha reportado relaciones entre la presencia de síntomas y distintos grados de malestar subjetivo asociado (González, Casullo & Montoya, 1999; Espíndola Hernández, *et. Al.*, 2006). En términos generales, el malestar psicológico o malestar subjetivo alude al nivel de estrés percibido por una persona, y puede estar relacionado con distintas fuentes: insatisfacción, estados sintomáticos transitorios o crónicos y desmoralización como resultado de experiencias vitales adversas entre otros factores; se puede expresar en distintos niveles (cognitivo, emocional, comportamental), y de acuerdo a la intensidad y persistencia con la que se presente, bajo determinadas circunstancias puede afectar considerablemente la salud personal (Paéz, 1986; Morales-Carmona, *et. Al.* 2005, citados en Espíndola Hernández, *et. Al.*, 2006).

En lo que respecta a la presencia de síntomas, que se postula como uno de los indicadores del malestar subjetivo, habría distintos aspectos relacionados con la percepción de los mismos, que incluyen desde la naturaleza misma de los síntomas (siendo los más intensos y agudos los más perceptibles) hasta diferencias individuales en umbrales sensoriales o factores de personalidad, variables situacionales y demográficas (Costa & McCrae, 1987; Morales-Carmona, Luque-Caqui & Barroso-Aguirre, 2002; Rodríguez-Marín, 1995).

En esta línea, el estudio empírico que se presenta tiene por objetivo estudiar las relaciones entre personalidad y síntomas en adultos de población general.

**Objetivo General:** Estudiar las relaciones entre Estilos de Personalidad, locus de control y percepción de síntomas en adultos de la ciudad de Mar del Plata

## PLAN DE TRABAJO

Estilos personales, síntomas y locus de control de la salud en población general

Vega, Gisela Mariel – Zapata, Ianina Soledad

---

### **Objetivos Específicos:**

1. Identificar la presencia de características psicológicas (estilos de personalidad y locus de control) que se asocian a una mayor percepción de síntomas en población general
2. Analizar el tipo de relaciones entre las variables de personalidad (estilos y locus) y los síntomas auto-informados
3. Estudiar la presencia de diferencias en las variables investigadas (estilos personales, locus de control, síntomas auto-informados) en función del sexo, la edad y el nivel de instrucción de la muestra bajo estudio.

### **Métodos y Técnicas:**

**Diseño:** El estudio que se propone se basa en un diseño transversal con metodología descriptiva y correlacional.

**Muestra:** Se trabajará con una muestra no probabilística e intencional (n = 100) obtenida en población general de la ciudad de Mar del Plata. Los criterios de inclusión para el estudio serán: varones y mujeres entre 20 y 55 años con un nivel de instrucción equivalente a tercer ciclo de EGB (como nivel requerido de comprensión lectora para poder cumplimentar el protocolo previsto).

En cumplimiento de la Ley Nacional 25.326 de protección de datos personales se garantiza que la información y los datos que se deriven de los análisis realizados se manejarán de manera confidencial.

### **Instrumentos**

- Registro de datos socio-demográficos básicos
- Inventario Millon de Estilos de Personalidad-MIPS (Millon, 1997)
- Cuestionario de síntomas-SCL-90-R (Derogatis, 1983)
- Locus de control de la salud (Wallston, Wallston y De-vellis, 1978)

**Procesamiento de los Datos:** Se llevarán a cabo análisis cuantitativos y cualitativos de los datos obtenidos. Se utilizará el sistema operativo Windows XP, Office 2007, y para el tratamiento estadístico el paquete SPSS.13.0

**Lugar de realización del trabajo:** Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata.

## PLAN DE TRABAJO

Estilos personales, síntomas y locus de control de la salud en población general

Vega, Gisela Mariel – Zapata, Ianina Soledad

**Lugar de realización del trabajo:** Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata.

### Cronograma de actividades

↓Actividades	Mes →					
	1	2	3	4	5	6
Revisión Bibliográfica	■	■				
Elaboración del marco teórico	■	■	■			
Determinación de la muestra		■				
Administración de instrumentos		■	■			
Codificación de los resultados		■	■			
Elaboración de la base de datos e ingreso de datos		■	■	■		
Análisis e Interpretación de datos				■	■	
Redacción del informe final						■

### Referencias bibliográficas

- Berdichevsky Linares, F y González Ramella, G;(2005). *Personalidad, Estilos y Trastornos*. Buenos Aires: Akadía.
- 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.
- Derogatis, L. (1983). *Description and bibliography for the SCL-90-R and other instruments of the Psychopathology Rating Scale Series*. Baltimore: Psychometric Research.
- Espíndola Hernández, J G, Morales Carmona, F, Díaz, E, Pimentel, D, Meza, P, Henales, C, Carreño, J e Ibarra, A. (2006). Malestar psicológico: algunas de sus



## PLAN DE TRABAJO

Estilos personales, síntomas y locus de control de la salud en población general  
Vega, Gisela Mariel – Zapata, Ianina Soledad

---

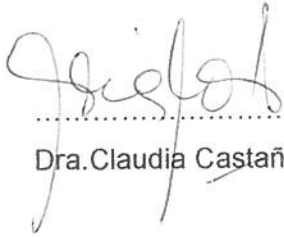
manifestaciones clínicas en la paciente gineco- obstétrica hospitalizada. *Perinatol Reproducción Humana*, 20, 112-122.

- González, R., Casullo, M.M., y Montoya, I. (1999). Trastornos psicopatológicos y bienestar psicológico en adolescentes españoles y argentinos. Un estudio prospectivo. II Congreso Iberoamericano de Evaluación Psicológica. Caracas, Venezuela.
- Jo Petrosky, M. y Bikrkimer, J. (1991). The relationship among locus of control, coping styles and psychological symptom reporting. *Journal of Clinical Psychology*, 47(3), 336-345.
- Millon, T. (1997). *MIPS. Inventario MILLON de Estilos de Personalidad*. Buenos Aires: Paidós
- Millon, Theodore, Everly, George S (1994). *La Personalidad y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca. S.A.,
- Morales–Carmona F, Luque–Coqui M, Barroso–Aguirre J. (2002). Alteraciones emocionales en una muestra de mujeres mexicanas con eventos gineco–obstétricos. *Perinatol Reprod Hum*, 6, 157–62.
- Rodríguez-Marín, J. (1995): *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis Psicología.
- Rotter, J.B. (1975). Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 55-67.
- Wallston, K.A., Wallston, B.s. y De Vellis, R. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control Scale. *Health Education Monograph*, 6, 160-170.

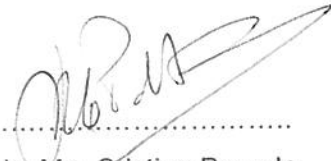
PLAN DE TRABAJO

Estilos personales, síntomas y locus de control de la salud en población general  
Vega, Gisela Mariel – Zapata, Ianina Soledad

---



.....  
Dra. Claudia Castañeiras



.....  
Lic. Ma. Cristina Posada



.....  
Vega Gisela Mariel




.....  
Zapata Ianina Soledad

PI área de investigación:

DERIVADO A PROF. CLAUDIA ARIAS

Resultado de la evaluación (aprobación/ rehacer):

A probado

  
CLAUDIA ARIAS

Fecha:

23/7/08

## ÍNDICE GENERAL

Presentación.....	I
Uso del Trabajo de Investigación.....	II
Aprobación de la Supervisora.....	III
Informe de Evaluación de la Supervisora.....	IV
Presentación ante la Comisión Evaluadora.....	V
Plan de Trabajo.....	VI
Presentación.....	1
Agradecimientos.....	2
1. Introducción.....	3
2. Marco Teórico.....	5
3. Estudio Empírico.....	28
3.1 Composición de la Muestra.....	28
3.2 Instrumentos.....	28
3.3 Procedimiento.....	36
3.4 Resultados.....	37
4. Conclusiones.....	46
5. Bibliografía.....	50
6. Anexos.....	55



Tesina de grado

Estilos personales, síntomas y locus de control de la salud en población general

Vega, Gisela Mariel – Zapata, Ianina Soledad

---

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

*“Estilos personales, síntomas y locus de control de  
la salud en población general”*

INFORME FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CORRESPONDIENTE  
AL REQUISITO CURRICULAR CONFORME O.C.S. 143/89.

Autores:

- Zapata Ianina S. Mat. 6063/03 - DNI 31264186
- Vega Gisela M. Mat. 6255/03 - DNI 31186389

Supervisora: Dra. Castañeiras, Claudia  
Co-Supervisora: Lic. María Cristina Posada

Cátedra de radicación: Instrumentos de Exploración Psicológica I

- Diciembre 2008 -

## Informe Final

Estilos personales, síntomas y locus de control de la salud en población general

Vega, Gisela Mariel – Zapata, Ianina Soledad

---

### AGRADECIMIENTOS

A todos aquellos que se prestaron con buena predisposición a colaborar en esta investigación.

Al grupo de investigación de Evaluación Psicológica brindándonos apoyo y contención. Especialmente a Paola Fasciglione por su especial dedicación y compromiso, y a Edgardo Filón por su colaboración e inmensa paciencia.

A nuestra supervisora y co-supervisora por hacer posible la construcción de este proyecto y acompañarnos en su realización.

Y a nuestras familias, amigos, parejas por el apoyo incondicional.

# CAPITULO 1

## INTRODUCCIÓN

## INTRODUCCIÓN

Este estudio empírico parte del supuesto que existen diferencias individuales que influyen en la autopercepción de síntomas y en el grado de malestar/bienestar de las personas que los padecen (Costa & McRae, 1987; Millon & Everly, 1994). Asimismo, desde una perspectiva dimensional que plantea diferencias de grado entre los estados saludables y los patológicos, se considera adecuado realizar este tipo de investigaciones en población general.

Las experiencias de bienestar y malestar constituyen un fenómeno dinámico que incluye la manera particular en la que las personas perciben, evalúan, organizan y actúan sobre sus modos de sentirse, y esto involucra sin duda la propia valoración sobre el estado de salud. En este sentido la manifestación de síntomas puede considerarse una de las expresiones de malestar más habituales.

Particularmente el objetivo de esta investigación está dirigido al estudio de las características estilísticas de personalidad y locus de control en sujetos que informan estados sintomáticos, para lo cual se administrarán el Inventario MIPS (Millon, 1997), la Escala SCL-90-R (Derogatis, 1983) y el Cuestionario Locus de control para la salud, (Wallston, Wallston & Devellis, 1978).

Theodore Millon es uno de los autores contemporáneos con aportes teóricos y técnicos más significativos en el campo de la personalidad y su psicopatología. En la evolución de su pensamiento y sus desarrollos queda plasmada una concepción integrativa basada en una perspectiva evolucionista ecológica sobre la personalidad.

Otro de los constructos psicológicos más investigados y conceptualizado como una característica de personalidad es el que se refiere al *locus de control*. Se trata de una característica cognitiva referida a en qué medida las personas se posicionan de un modo activo o pasivo

respecto de las atribuciones que hacen sobre las consecuencias de sus actos (Rotter, 1975). Existen aportes empíricos que identifican una relación entre el constructo mencionado y la presencia de sintomatología clínica auto-informada (Jo Petrosky & Birkimer, 1991).

También la investigación ha reportado relaciones entre la presencia de síntomas y distintos grados de malestar subjetivo asociado (Espíndola Hernández, *et al.*, 2006; González, Casullo & Montoya, 1999).

Sin embargo, una búsqueda exhaustiva en la bibliografía científica, nos hace notar la ausencia de investigaciones que vinculen todas estas variables mencionadas. En esta línea, el estudio empírico que se presenta tiene los siguientes objetivos:

Objetivo General: Estudiar las relaciones entre Estilos de Personalidad, locus de control y percepción de síntomas en adultos de la ciudad de Mar del Plata

Objetivos Específicos:

- 1.- Identificar la presencia de características psicológicas (estilos de personalidad y locus de control) que se asocian a una mayor percepción de síntomas en población general
- 2.- Analizar el tipo de relaciones entre las variables de personalidad (estilos y locus) y los síntomas auto-informados
- 3.- Estudiar la presencia de diferencias en las variables investigadas (estilos personales, locus de control, síntomas auto-informados) en función del sexo, la edad y el nivel de instrucción de la muestra bajo estudio.

Esta investigación intenta constituir un aporte al conocimiento y comprensión de variables psicológicas que se relacionan con la percepción de síntomas y el malestar subjetivo en nuestra población. De esta manera se pretende contribuir con la evaluación de las características del funcionamiento personal asociadas con una mayor probabilidad de riesgo psicopatológico.

# CAPITULO 2

## MARCO TEÓRICO

## MARCO TEÓRICO

A continuación se presentarán los desarrollos conceptuales más representativos en los que se basa el marco teórico de esta investigación, así como el estado actual del conocimiento de las variables que se consideran.

El estudio científico de la personalidad constituye una de las áreas de investigación y desarrollo teórico más importantes y con mayor tradición en la disciplina psicológica. La mayoría de los especialistas coinciden en resaltar la complejidad de este fenómeno, y en incluir en su definición un amplio y diverso conjunto de características (intrapsíquicas, comportamentales, biológicas y socioculturales), que se ponen de manifiesto en una variada gama de situaciones y contextos con los cuales interaccionan las personas, si bien son representativas del patrón de funcionamiento personal de un modo consistente y relativamente estable (Cloninger, Bayon, Svrakic, 1998; Millon & Davis, 1998; Opazo Castro, 2001, citados en Berdichevsky Linares & González Ramella, 2005).

Entre los autores contemporáneos con aportes teóricos y técnicos más significativos en el campo de la personalidad y su psicopatología se destaca Theodore Millon. Este autor ha planteado una concepción integrativa basada en una perspectiva evolucionista ecológica sobre la personalidad. Millon postula que la personalidad representa un patrón profundamente incorporado de rasgos cognitivos, afectivos y conductuales que persisten en el tiempo y que se expresan de manera casi automática en

los comportamientos habituales del sujeto; con este postulado se hace referencia a rasgos que emergen de una matriz compleja en la que están presentes disposiciones biológicas y experiencias de aprendizaje en función de las cuales se organizan estilos de pensar, percibir, afrontar situaciones y establecer vínculos psicosociales (Millon & Everly, 1994). Y, si bien los factores biológicos pueden sentar las bases para el desarrollo de la personalidad, los factores ambientales sirven para refinar y finalmente determinar lo que creemos constituye la esencia de la personalidad humana (Millon & Everly, 1994).

De esta manera, sería el interjuego entre las disposiciones biológicas y las influencias ambientales lo que define que algunos individuos aprendan hábitos cognitivos, afectivos y de conductas manifiestas consideradas adaptativas, mientras que otros no lo hacen. Desde esta concepción, el autor plantea que es más adecuado entender la normalidad y la anormalidad como conceptos relativos, y considerarlos como puntos representativos sobre un continuum o gradiente y no como categorías nominales discretas (Millon & Everly, 1994). En este sentido, el componente evaluativo presente en la actividad psíquica determinará que distintas expresiones sintomáticas sean percibidas por cada persona con distinto grado de intensidad y de significación personal, pudiendo dar lugar a distintas condiciones clínicas.

Millon incorpora propuestas de diferentes modelos teóricos y de disciplinas complementarias a la psicología, y considera al ser humano como un sistema integrado por los subsistemas biológico, psicológico, social y cultural en interacción permanente. De hecho llega a plantear que la

estructura y los estilos de personalidad conforman el sistema inmunológico en el nivel psicológico (Sanchez López & Casullo, 2000).

Otro de los constructos psicológicos más investigados como una característica de personalidad es el que se refiere al *locus de control de la salud*. Rotter (1975) fue el primero en ofrecer una conceptualización al respecto derivada del marco de la teoría del aprendizaje social: el locus de control hace referencia a la causalidad percibida, es decir, a la manera en la que las personas tienden a explicar sus actos en función de sus expectativas; se denomina locus de control al constructo de naturaleza cognitiva que se refiere a en qué medida las personas se posicionan de un modo activo o pasivo respecto de las atribuciones que hacen sobre sus actos y las consecuencias que se derivan de ellos, en este caso referidos particularmente a sus estados de salud-no salud. El locus de control va a estar directamente relacionado con las experiencias de éxito-fracaso y las causas que atribuyan los individuos a dichos acontecimientos; de acuerdo a cómo resuelva esto contará con una percepción relativamente estable respecto de la fuente de control de su vida.

Rotter (1965, citado en Anarte & Cuadros, 1995) señala que la adquisición y desarrollo de habilidades y conocimientos en general está estrechamente ligada al estímulo que recibe el individuo; en otras palabras, la satisfacción o insatisfacción de los actos está íntimamente ligada a los procesos de aprendizaje y los efectos del estímulo dependen en gran

medida de que el sujeto reconozca los efectos o resultados como consecuencia de su propia conducta o como independiente de ella.

Más específicamente, se postula como un principio general que si el individuo interpreta un suceso como algo que depende del todo de su conducta o de sus propias características personales, se trata de una expectativa de control interno. Cuando una persona percibe, en cambio, un suceso como algo que no depende del todo de su conducta y lo considera un resultado de la suerte, de la causalidad, del destino o de la acción de otros, se trataría entonces de una expectativa de control externo. En este sentido, el locus de control es una relación entre la conducta del individuo y sus consecuencias (Rotter, 1965, citado en Anarte & Cuadros, 1995).

Rotter propone la distribución de las personas a lo largo de un continuo característico de una dimensión con relativa estabilidad, que se extiende del polo de la internalidad al de la externalidad. Las personas en función de su percepción -dependiendo de cuánto pueden influir en las contingencias de refuerzo sus acciones- se sitúan más hacia un extremo del continuo que del otro (Rotter, 1981). En esta línea se pueden distinguir tres tipos de individuos:

Los Internos, que creen que el mundo es ordenado y sienten que tienen control sobre los acontecimientos que les suceden.

Los Externos-*otros*, que consideran que el mundo es ordenado, pero otras personas, a las que consideran más poderosas, son las que tienen control sobre sus acciones.



Los Externos-*suerte*, que creen que el mundo es desordenado y ni ellos ni nadie puede hacer nada para cambiarlo y que por lo tanto dependen de la suerte, el azar o el destino.

Los individuos en los que predomine un locus de control interno serán aquellos que asumen una posición activa sobre su futuro, mientras que un locus de control externo describe a las personas que se consideran incapaces de influir en sus propias acciones y las consecuencias de las mismas, por lo que adoptan una posición más pasiva frente a las circunstancias, a los hechos y a los demás. De acuerdo con esta clasificación, un locus de control interno estará asociado a una mayor implicación personal con el propio malestar y/o estados sintomáticos, lo que derivaría en una posición más activa para afrontarlo. Estas tendencias atribucionales se relacionan con patrones de funcionamiento personal como la apertura-preservación o la modificación-acomodación entre otros rasgos.

El locus de control, inicialmente considerado como una medida generalizada, originó estudios y medidas específicas para aspectos particulares de la vida del individuo, tales como, el trabajo, la escuela, el matrimonio y la salud. Actualmente hay consenso en aceptar que es posible al mismo tiempo ser interno con respecto a un área determinada, y externo al considerarse otra (Rodríguez Rosero, 2002).

La salud es uno de los ámbitos en los cuales ha habido un significativo interés en explorar la relación del constructo locus de control con otras variables significativas. En éste área, los primeros estudios realizados utilizaron las escalas de Rotter y de Levensson, para verificar la

relación del locus de control con diversos comportamientos relacionados con la prevención, tratamiento y control de variadas enfermedades y disfunciones. En uno de los primeros estudios realizados para examinar el constructo de locus de control (Seeman & Evans, 1962, citado en Wallston, B. & Wallston, K., 1981) se encontró que los pacientes con tuberculosis diagnosticada que poseían creencias que expresaban un locus de control interno sabían más sobre su condición y estado de salud y cuestionaban más a sus médicos y enfermeras que los que mostraban un locus de control externo. De una forma similar un trabajo de DuCette y colegas (1974, citados en Wallston, B. & Wallston, K., 1981), mostró que la mayoría de los diabéticos que presentaban un locus interno sabían más de su condición que los externos.

En una publicación temprana Wallston y Wallston (1973 citado Wallston, B. & Wallston, K., 1981) notaron que el tratamiento individualizado de pacientes basado en las creencias de su locus de control era una importante utilización potencial del constructo. El interés de estos autores en relacionar el locus de control con las situaciones de cuidado de la salud comienza con observaciones realizadas en una serie de clases dictadas a pacientes diabéticos diagnosticados tempranamente y a sus familias. En dichas clases, el staff médico remarcaba la importancia del rol activo de los pacientes sobre su propio cuidado. Estos mensajes que apuntaban a la internalidad llamaron la atención a los autores quienes intentaron transmitir los constructos psicológicos de Rotter a los médicos a cargo del programa con el fin de que lo estructuraran de acuerdo a las bases de la Teoría del

Aprendizaje Social. No tuvieron éxito pero a partir de ese momento comenzaron a ver al locus de control como una variable diferencial individualmente que podría estar relacionada con los intercambios de información entre pacientes y los profesionales del cuidado de la salud (Wallston & Wallston, 1981).

Si bien en la evolución de los desarrollos sobre el constructo se encuentran distintas posiciones respecto de su estructura dimensional (Levenson, 1973; Wallston, B. & Wallston, K. 1981.), la composición multidimensional del locus de control de la salud, permitió verificar qué dimensiones de control se relacionaban más con los problemas específicos de salud, si es interno -percepción de que el sujeto controla y es responsable por la propia salud-, o externo otros-poderosos -percepción de que los profesionales de salud, la familia o dios, detentan el control de la salud del individuo- o externo-azar -percepción de que la salud depende del azar, suerte, destino- (Rodríguez Rosero, 2002). En definitiva, en su aplicación al área de la salud-no salud su evaluación indicaría en qué medida un sujeto percibe que sus estados de salud dependen de lo que él haga o cómo lo haga, o por el contrario, en qué medida su control es externo a él, ya sea debido al destino o a los otros.

Existen aportes empíricos que identifican una relación entre este constructo y la presencia de sintomatología clínica auto-informada (Jo Petrosky & Birkimer, 1991). También otras investigaciones aportan hallazgos sobre las relaciones entre la presencia de síntomas y distintos grados de

malestar subjetivo asociado (Espíndola Hernández, *et. al.*, 2006; González, Casullo & Montoya, 1999).

En términos generales, el malestar psicológico o malestar subjetivo alude al nivel de estrés percibido por una persona, y puede estar relacionado con distintas fuentes: insatisfacción, estados sintomáticos transitorios o crónicos y/o desmoralización como resultado de experiencias vitales adversas entre otros factores; se puede expresar en distintos niveles (cognitivo, emocional, comportamental, relacional), y de acuerdo a la intensidad y persistencia con la que se presente, bajo determinadas circunstancias puede afectar considerablemente la salud personal (Paéz, 1986; Morales-Carmona, *et. al.*, 2005, citados en Espíndola Hernández, *et. al.*, 2006). Uno de los principales indicadores del malestar subjetivo es tanto la evidencia sintomática como la percepción que el sujeto tiene de ellos; esto incluye desde la naturaleza misma de los síntomas (siendo los más intensos y agudos los más perceptibles), la atribución que la persona haga de su malestar, hasta diferencias individuales en umbrales sensoriales o factores de personalidad, variables situacionales y demográficas (Costa y McCrae, 1987; Morales-Carmona, Luque-Coqui, Barroso-Aguirre, 2002; Rodríguez-Marín, 1995).

El malestar psicológico permite obtener información sobre la auto-percepción de pensamientos, sentimientos y comportamientos que podrían configurar un problema de salud mental (Páez, 1986, citado en Espíndola Hernández, *et al.*, 2006). Si bien no constituye un diagnóstico en sí mismo, en la mayoría de los casos el malestar subjetivo pone en evidencia la

presencia de distrés y describe algún tipo de alteración. Éste responde a una serie de manifestaciones clínicas no necesariamente patológicas pero que pueden requerir de atención psicológica. El concepto de malestar psicológico en la literatura internacional es un híbrido capaz de nombrar cualquier manifestación relacionada con una queja de orden emocional (Espíndola Hernández, *et al.*, 2006).

De este modo el malestar subjetivo se expresaría a través de emociones negativas, representadas básicamente por ansiedad, depresión e ira. Hay pruebas de los efectos de la emocionalidad negativa sobre la salud; en cuanto a que tiende a incrementar el malestar y a disminuir la salud (Cano-Vindel, Miguel-Tobal, González & Iruarrizaga, 1994; Fernández Castro & Martínez-Sánchez, 1994; Fernández-Abascal & Palmero, 1999, citados en Cano-Vindel & Miguel Tobal, 2000), a diferencia de las emociones positivas como la alegría o la felicidad que la potencian (Lefcourt & Martin, 1986; Nezu, Nezu & Blissett, 1988, citados en Cano-Vindel *et al.*, 2000).

Se postula como un indicador de dicho malestar la presencia de síntomas, planteando la existencia de diversos aspectos relacionados con la percepción de los mismos, dentro de los cuales se destacan variables de personalidad.

En relación con lo anterior es pertinente introducir el concepto de vulnerabilidad, el cual alude a la probabilidad que presenta un sujeto de contraer una enfermedad o desarrollar un trastorno, bajo ciertas condiciones y en determinadas circunstancias (Ruiz Sanchez & Imbernon Gonzalez, 1996). Particularmente en el caso de la vulnerabilidad psicológica,

personalidad ha sido estudiada y se comporta como uno de los factores predisponentes más relevantes de la conducta de enfermedad. Muchas veces, las situaciones críticas provocan síntomas en los individuos de acuerdo a la vulnerabilidad psíquica de los mismos (Sivak, 2006).

Con el objetivo de esclarecer la vinculación entre malestar subjetivo y la presencia de síntomas resulta pertinente agregar una diferenciación que se ha llevado a cabo históricamente entre los trastornos del eje I y los del eje II (de personalidad) del DSM IV (Pichot, 1995). Es la que se refiere a que los primeros son trastornos *egodistónicos* que provocan malestar subjetivo en el paciente, mientras que los segundos se consideran trastornos *egosintónicos*, y, por lo tanto, es más probable que provoquen malestar en los demás. Sin embargo, el hecho de que tantos pacientes con trastornos de la personalidad (codificado en Eje II-DSM IV) se valgan de la psicoterapia y continúen en ella el tiempo suficiente como para beneficiarse del tratamiento sugiere que estos pacientes presentan en realidad un malestar significativo aunque con un bajo o muchas veces inexistente grado de conciencia de enfermedad (Pichot, 1995).

En síntesis, al hablar de malestar psicológico se alude a la existencia de cierto dolor psíquico que evidentemente implica un evento egodistónico, y una diferencia fundamental radicarán en dónde se ubique la fuente del malestar.

Al respecto desarrollos derivados de la psicología cognitiva señalan la importancia que tienen distintos procesos en la respuesta del sujeto, sobre todo de tipo atencional y evaluativo-atribucional (Cioffi, 1991; Gijssbers van

Wijk & Kolk, 1997; Pennebaker, 1982, citados en Orejudo Hernández & Froján Parga, 2005). Así, únicamente aquellas señales que capten la atención del sujeto y que sean etiquetadas como síntomas que indican una enfermedad se relacionarán con otros procesos como la búsqueda de ayuda médica o la adopción del rol de enfermo.

Tomando como referencia el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) y con el fin de delimitar operacionalmente la evaluación de síntomas en población general, se describirán los siguientes tipos de síntomas teniendo en cuenta la variabilidad de las diferencias individuales en los distintos niveles de manifestación<sup>1</sup>: Somatizaciones, Obsesiones y compulsiones, Sensitividad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación paranoide y Psicoticismo.

En cuanto a los síntomas de depresión describen un estado de decaimiento y pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. Muchos sujetos refieren o muestran una alta irritabilidad, otros ponen énfasis en las quejas somáticas en lugar de describir sentimientos de tristeza (Pichot, 1995).

Por su parte la ansiedad clínica está ligada a la aparición de ansiedad y preocupaciones excesivas en relación a las posibles consecuencias que podrían derivarse de una situación o acontecimiento temido. A estos individuos les resulta difícil olvidar estas preocupaciones para poder dedicar

---

<sup>1</sup> Al referirnos a síntomas clínicos se considerarán sólo aquellas variables particularmente incluidas en este estudio empírico.

la atención necesaria a las tareas que están realizando. En cambio la ansiedad fóbica se refiere a la presencia de un miedo intenso, irracional y persistente a objetos, lugares o situaciones que interfiere en las actividades cotidianas del individuo, provocando un malestar evidente. A la vez puede aparecer vinculada a la pérdida de control mediante la exposición al objeto temido (Pichot, 1995).

Los síntomas ligados a las obsesiones están representados por la presencia de ideas, pensamientos, impulsos o imágenes de carácter persistente e involuntario, que el individuo considera intrusos e inapropiados y le provocan ansiedad y malestar significativos. Estos síntomas implican una sensación de *ajenidad* en el individuo sobre el contenido de sus obsesiones, están fuera de su control y no se corresponde con el tipo de pensamientos que él esperaría tener. Ahora bien, las compulsiones se definen como comportamientos o actos mentales de carácter recurrente cuyo propósito es prevenir o aliviar la ansiedad o el malestar pero no proporcionar placer o gratificación. Por lo general las compulsiones resultan claramente excesivas o no están conectadas de forma racional con las ideas que deben neutralizar o prevenir (Pichot, 1995).

La dimensión de psicoticismo está relacionada con la presencia de ideas delirantes y alucinaciones a lo cual se agrega un estilo de vida esquizoide y escasa afectividad. Mientras que la Ideación paranoide hace mayor hincapié al contenido persecutorio del delirio, ligado al temor a la pérdida de autonomía (Derogatis, 1983; Pichot, 1995).

La hostilidad hace referencia a una emoción negativa vinculada a pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enojo (Derogatis, 1983).

Por último la somatización –con alta prevalencia en la actualidad como manifestación de malestar subjetivo- informa de la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica y que no pueden explicarse por la presencia de una enfermedad conocida por la medicina (Pichot, 1995).

En cuanto a los hallazgos de investigación sobre este tema, una gran parte de los estudios empíricos se han centrado en la ansiedad-depresión-ira como las emociones negativas más representativas en la actualidad. Según Cano y Tobal (2000) estas reacciones emocionales negativas mantienen niveles de activación fisiológica intensos, que pueden deteriorar nuestra salud si se cronifican. Así, los pacientes con hipertensión, asma, cefaleas crónicas, o diferentes tipos de dermatitis, presentarían niveles más altos de ansiedad y de ira que la población general. Esta alta activación fisiológica puede estar asociada a un cierto grado de inmunodepresión, lo que nos vuelve más vulnerables al desarrollo de enfermedades infecciosas o de tipo inmunológico.

Otros aportes empíricos vinculan los ataques de ira con la depresión (Painuly, Sharan & Mattoo, 2005) y han encontrado que los ataques de ira ocurren más a menudo en pacientes deprimidos, y los diferencian en el perfil

clínico de otros grupos clínicos en la presencia de trastornos comórbidos de personalidad y ciertas variables de vulnerabilidad biológica.

En cuanto a la hostilidad como factor de riesgo coronario diferentes estudios han reflatado la hipótesis de que los sujetos hostiles son más proclives a desarrollar coronariopatías e, incluso, que situaciones de ira, ansiedad, depresión y distrés pueden precipitar los procesos de enfermedad coronaria (Laham, 2008).

En cuanto a las relaciones entre estilos de personalidad y síntomas, en un estudio denominado Framimngham Study, se hallaron relaciones entre la ansiedad rasgo y los niveles de hipertensión, aunque únicamente en varones de mediana edad. El estudio muestra que los adultos de mediana edad cuyos niveles de ansiedad eran elevados mostraron un mayor riesgo a desarrollar hipertensión. Sin embargo esta relación sólo se encontró en personas de sexo masculino concluyendo que los niveles de ansiedad en adultos masculinos de mediana edad son buenos predictores de una posterior incidencia en hipertensión (Markovitz, Mattews, Kannel, Cobb & D'Agostino, 1993, citados en Orejudo Hernández & Froján Parga, 2005).

Por otra parte, existen investigaciones que plantean que la estructura de personalidad puede influir en la aparición de síntomas somáticos. Más específicamente el neuroticismo y la extraversión fueron identificados como predictores de riesgo para los trastornos somáticos (Breslau, Davis & Andresky 1995, citados en Florenzano, *et. al*, 2002).



En investigaciones locales se relacionan los estilos de personalidad y las medidas de ansiedad y depresión, encontrando que aquellas personas que presentan estilos más adaptativos informan menos sintomatología ansiosa y depresiva que aquellas que presentan estilos más desadaptativos (Castañeiras & Posada, 2005, 2008). En otra investigación se encontró que los sujetos que informaron mayor frecuencia de síntomas físicos presentaron menor ajuste psicológico (Castañeiras & Posada, 2007).

En otros estudios también se han relacionado variables psicológicas con el autoinforme de síntomas, como es el caso de la investigación realizada por Antequera, Bordá y colaboradores. Dicho estudio se propuso evaluar el poder predictivo de distintas variables psicológicas con respecto al informe de síntomas. Los resultados mostraron que la afectividad negativa, aparece como un buen predictor de síntomas neurosensoriales, cardiovasculares, musculoesqueléticos y genito-urinarios, mientras que su relación con los síntomas respiratorios es menor (Antequera, Bordá, Ocaña & Blanco, 1997, citados en Orejudo Hernández & Froján Parga, 2005).

En otra línea de estudios cuyo objetivo estaba centrado en analizar la contribución de los estilos de personalidad en el impacto psicológico de la experiencia de maltrato, se consideran las variables de personalidad como un factor influyente más en las medidas de depresión en mujeres víctimas de violencia, utilizando como instrumento de medición de la personalidad el MIPS. Partiendo de esta posición se encontró que las escalas que en mayor grado correlacionaron con el nivel de síntomas depresivos fueron las que constituyen la bipolaridad apertura-preservación en el área de metas

motivacionales, la escala de sistematización en el área de modos cognitivos y la bipolaridad vacilación- firmeza en las relaciones interpersonales (Hernández, Corbalán Berná & Limiñana Gras, 2007). En base a los resultados obtenidos los autores concluyen que las puntuaciones obtenidas en el Inventario de depresión de Beck (BDI) aumentan cuanto mayor es la tendencia a experimentar la vida de modo pesimista y centrar la atención en las amenazas potenciales a la propia seguridad emocional y física (preservación), a utilizar pocas estrategias manifiestas para lograr los fines acomodándose a las circunstancias creadas por otros (acomodación), a mostrar mayor inhibición social, inseguridad y timidez en contextos sociales (vacilación), así como a mayor disposición a mostrarse excesivamente dependiente y servil con los otros (sometimiento), y a sentirse injustamente tratado e insatisfecho socialmente (insatisfacción) (Hernández, *et al.*, 2007).

Por el contrario, plantean que las puntuaciones obtenidas en el BDI disminuyen a mayor tendencia hacia el optimismo y el enriquecimiento de la vida (apertura), hacia la modificación activa de las condiciones del entorno (modificación), a una mayor tendencia a obtener información y estímulo de fuentes externas a una misma (extraversión), a transformarla a través de criterios objetivos e impersonales (reflexión) y a organizarla de acuerdo a esquemas o puntos de vista previos (sistematización), así como a una mayor tendencia hacia el gusto por la pertenencia y actividad social (comunicatividad), mayor seguridad y determinación en contextos interpersonales (decisión) y respeto por las normas, la autoridad y las convenciones sociales (conformismo) (Hernández, *et al.*, 2007).

Otros estudios en población adolescente presentan tendencias similares. Una investigación realizada por Garaigordobil (2006) proporcionó datos sobre las relaciones entre psicopatología y socialización. Los resultados obtenidos pusieron de manifiesto que los adolescentes con muchas conductas de cooperación con los demás, que participaban con una actitud de colaboración en actividades de trabajo o tiempo libre y que disfrutaban de compartir acciones que potenciaban las relaciones sociales, tenían pocos síntomas obsesivo-compulsivos, de sensibilidad interpersonal, de depresión, de ansiedad, de hostilidad, de ansiedad fóbica, de ideación paranoide, de psicoticismo y de depresión melancólica; en suma, pocos síntomas psicopatológicos. A ello se agrega que los adolescentes que no tenían síntomas psicopatológicos disponían de muchas habilidades sociales (capacidad de expresividad emocional, capacidad para establecer vínculos amistosos, para compartir, etc.), pocas conductas de asertividad inapropiada (conductas agresivas, de burla y abuso de los demás), poca impulsividad (conductas como enfadarse con facilidad o interrumpir a los demás), bajo nivel de celos-soledad (sentimientos de soledad, ausencia de amigos, etc.), y bajo nivel autoestima. En cuanto a las relaciones entre síntomas psicopatológicos y diversos rasgos de personalidad, los resultados de la investigación confirmaron que los adolescentes que tuvieron altas puntuaciones en estabilidad emocional, es decir, mayor tolerancia al estrés y alto autoconcepto por ejemplo, no tenían síntomas psicopatológicos en ninguna de las escalas evaluadas. Complementariamente, se constató que los adolescentes que tuvieron altas puntuaciones en sociabilidad, que

supone altos niveles de inteligencia social, integración social, y trabajo en equipo; así como los adolescentes que tuvieron altas puntuaciones en responsabilidad, que implica altos niveles de autoexigencia, dinamismo y tesón-constancia, no mostraban síntomas psicopatológicos en ninguna escala psicopatológica evaluada. Esto permitió identificar cuatro variables predictoras de síntomas psicopatológicos: alto nivel de celos-soledad, depresividad-rasgo, impulsividad y baja integración social. Así, habilidades sociales inapropiadas y rasgos desadaptativos de personalidad fueron variables predictoras de psicopatología (Garaigordobil, 2006).

Por último vale destacar un estudio cuyo objetivo fue identificar y describir perfiles de personalidad, en un grupo de adolescentes varones que presentan reincidencia en conductas delictivas, aportando a la discusión y reflexión sobre variables de personalidad como riesgo para avanzar en la escalada de desadaptación social. Dentro de sus conclusiones se destaca la delimitación de cinco perfiles de personalidad en adolescentes varones en conflicto con la justicia, a través de dos agrupamientos con una mayor predisposición personal a involucrarse en conductas delictivas: el grupo T-D estilo de personalidad transgresor disruptivo en su entorno (cuya estrategia principal se acerca a la insensibilidad social, sin preocupación por las consecuencias que sus actos tiene en los otros) y un grupo O-A (oposicionista- autodestructivo) con una clara sintomatología clínica (desorganización emocional, comportamiento impredecible, despliegan un patrón errático de rabia explosiva, testarudez, culpa y vergüenza) (Alarcón, Vinet & Salvo, 2005).

Según una de las más extensas revisiones sobre locus de control y salud, los sujetos que utilizan predominantemente una atribución interna muestran siempre mejores resultados y comportamientos de salud más adecuados, relativos a: tabaquismo, vacunación, ejercicios, obesidad, control de la natalidad, coronariopatías, entre otros. En general, las muestras de enfermos crónicos o graves poseen una tendencia a atribuir a factores externos su estado de salud (locus externo) a diferencia de aquellos pacientes cuya salud está menos comprometida. A su vez las personas con un locus de control interno procuran más información sobre su enfermedad que los que poseen un locus preponderantemente externo (Strickland, 1978, citado en Rodríguez Rosero, 2002).

También en otros estudios empíricos sobre el tema se han encontrado relaciones significativas entre locus de control y sintomatología clínica autoinformada. Quienes reportan un locus de control interno informan menos sintomatología que quienes se caracterizan por un locus de control externo. Éste último correlaciona positivamente con el autoinforme de síntomas de depresión, desorden obsesivo-compulsivo y sensibilidad interpersonal (Jo Petrosky & Birkimer, 1991).

A esto se suman estudios más recientes como el de Kleftras (1997, citado en García & Hombrados Mendieta, 2002) que muestran una evidencia clara acerca de la influencia del control percibido sobre el desarrollo de síntomas depresivos en personas mayores.



Por otro lado numerosos trabajos, incluyendo una revisión llevada a cabo por Pauwels (1999, citado en Zdanowicz, & Janne, 2004) han mostrado que el locus de control de la salud (LCSM) es un buen predictor del estado de salud, tanto en medicina como en psiquiatría. Estos resultados se observan mejor en la investigación realizada por Zdanowicz, Reynaert y Janne (2004) quienes evaluaron a 814 jóvenes de población general mediante el cuestionario sobre el locus de control de la salud y los compararon con una población de 358 jóvenes que padecían trastornos mentales. Estos investigadores hallaron que los jóvenes del grupo de población general obtuvieron puntuaciones más elevadas en la medida de locus de control de la salud interno. Por otra parte, las puntuaciones para la dimensión locus de control de la salud externo-*otros* y para locus de control de la salud externo-*azar* fueron más altas en el grupo clínico. Sólo en el grupo de población general, la edad se comportó como una variable diferencial del locus de control de la salud, mientras que el género jugó un papel determinante en ambos grupos, en términos del LCSI (locus de control de la salud interno). En resumen la investigación muestra que los adolescentes que padecen trastornos mentales tienen un nivel de interiorización más bajo en el locus de control de la salud multidimensional (LCSM), que se expresa por un menor sentido de responsabilidad personal y un alto nivel de dependencia de los demás.

Se ha observado que las mujeres tienden a informar más síntomas que los hombres (Casullo, 2004; Gijbers van Wijk & Kolk, 1997, citados en Orejudo Hernández & Froján Parga, 2005). Más específicamente existen

estudios que las describen como un grupo especialmente propenso a los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos (Muñoz, Cárdenas, Fócil, Espinosa de Santillana & Cavazos, 2005).

Otras investigaciones plantean que las personas jóvenes y quienes disponen de medios económicos suelen informar una mayor sintomatología (Nimnuan, Hotopf & Wessley, 2001, citados en Orejudo Hernández & Froján Parga, 2005).

En un estudio cultural llevado a cabo por Casullo, Cruz, González y Maganto (2003), se encontró que las variables género, edad y contexto socio-cultural (lugar de residencia) se vinculaban a diferencias en la presencia de síntomas psicopatológicos autoinformados en la adolescencia. El lugar de residencia se asoció con determinados tipos de malestar, especialmente entre los adolescentes mayores de 15 años: las ideaciones paranoides y los problemas referidos a la sensibilidad interpersonal resultaron más frecuentes en el País Vasco, las somatizaciones se señalan como más importantes y frecuentes en Valencia, en tanto que en Buenos Aires se halló una mayor elevación en descriptores de depresión, aunque ésta es significativamente más elevada entre los vascos. Por su parte, si se tienen en cuenta las edades, prescindiendo del género y el lugar de residencia, los más jóvenes (13 a 15 años) reconocen la presencia de mayor sintomatología obsesiva y ansiosa. Al analizar la variable género no se hallaron diferencias entre mujeres y varones adolescentes dado que se auto-perciben igualmente hostiles y ansiosos. En las restantes categorías psicopatológicas son las adolescentes mujeres quienes obtienen siempre

valores promedios más elevados con significación estadística. También en este estudio se encontraron las mismas diferencias de género: las mujeres, en términos generales reconocen (informan) mayor presencia de síntomas que los varones.

Algunos estudios han evaluado diferencias por sexo y edad en los estilos de personalidad del MIPS. Ambas variables presentan un efecto diferencial en las características evaluadas por el MIPS. Más específicamente describen que las mujeres presentan diferencias con significación estadística y puntuaciones más elevadas que los varones en las escalas de preservación, acomodación, protección, extraversión, afectividad, sometimiento y concordancia; y más bajas en individualismo, introversión, reflexión, retraimiento, firmeza y control. Por otra parte en la comparación entre edades, las personas de más de 40 años alcanzan puntuaciones medias significativamente más altas en protección, introversión, sensación, reflexión, sistematización, retraimiento, conformismo y control, y más bajas en extraversión, intuición, innovación, comunicatividad y discrepancia comparados con los más jóvenes (Cardenal & Fierro, 2001). En la misma línea de investigaciones, otros estudios han hallado diferencias estadísticamente significativas en los estilos de personalidad según género (Bonilla Campos & Castro Solano, 2000 citados en Sanchez López & Casullo, 2000; Castañeiras & Posada, 2005)

En lo que concierne al locus de control de la salud, diferentes estudios realizados en todo el mundo (Dela Coleta, M. 1982; Dela Coleta, J.A. 1991, 1992, 1993, 1995, citados en Rodríguez Rosero, 2002) confirman que una

mayor internalidad del locus de control tiende a estar asociada con el ser hombre, tener un nivel de escolaridad más alto y con elevados niveles socio-económicos y culturales.

Particularmente el objetivo de esta investigación está dirigido al estudio de las relaciones entre personalidad, locus de control de la salud y síntomas en adultos de población general. Este estudio empírico intenta constituir un aporte al conocimiento y comprensión de variables psicológicas que se relacionan con la percepción de síntomas y el malestar subjetivo en nuestra población, y de esta manera pretende contribuir a la evaluación de las características del funcionamiento personal asociadas con una mayor probabilidad de riesgo psicopatológico.

**CAPITULO 3**

**ESTUDIO EMPÍRICO**

## ESTUDIO EMPÍRICO

El estudio empírico realizado se basó en un diseño transversal no experimental, descriptivo y correlacional.

### 3.1 Composición de la Muestra

La muestra intencional no probabilística está conformada por 100 adultos de ambos sexos de la ciudad de Mar del Plata, con grado de instrucción mínimo equivalente a tercer ciclo de EGB, como nivel requerido para poder cumplimentar el protocolo previsto. Se obtuvieron datos de 44 hombres (44%) y 56 mujeres (56%), con una edad media de 31,40 años y un desvío estándar de 11,22 años. El 5% de la muestra poseía estudios primarios, el 22% secundarios y un 73% terciarios-universitarios.

### 3.2 Instrumentos

Se aplicó un protocolo en formato auto-administrado que contenía los siguientes instrumentos:

#### *Registro de Datos Básicos*

El Registro de Datos básicos fue diseñado con el objetivo de obtener información socio-demográfica de los participantes: sexo, edad, nivel de instrucción.

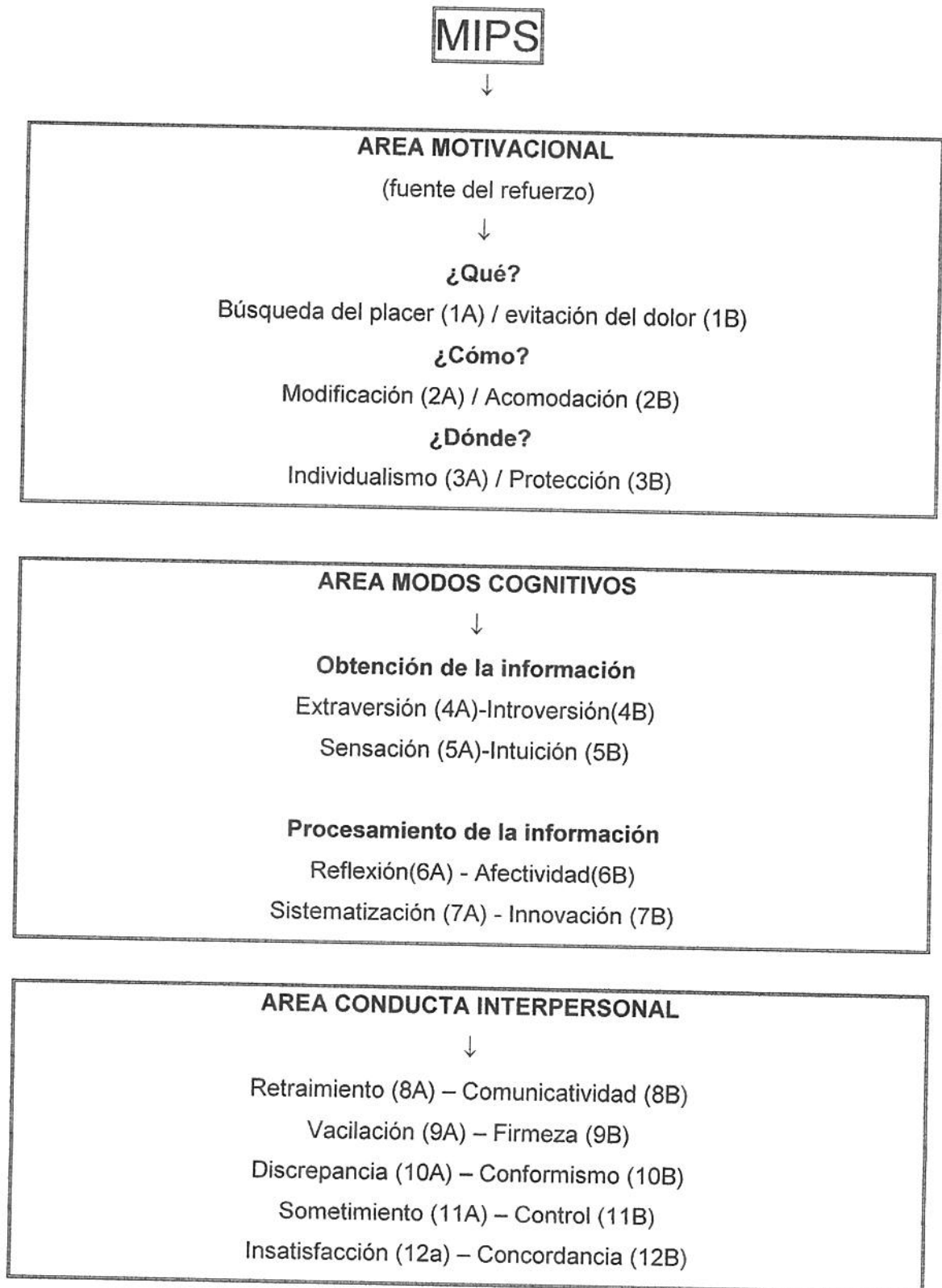
*Inventario Millon de Estilos de Personalidad – MIPS - (Millon, 1997)*

El Inventario Millon de Estilos de Personalidad (MIPS) es un cuestionario compuesto por 180 ítems, y el sujeto debe responder a cada uno de ellos en función del grado de acuerdo como descriptor de su manera de ser (verdadero-falso); su objetivo es medir la personalidad de individuos adultos que funcionan normalmente. El MIPS consta de 24 escalas agrupadas en 12 pares. Cada par incluye dos escalas yuxtapuestas. Los doce pares de escalas del MIPS se distribuyen en tres grandes áreas: Metas Motivacionales, Modos Cognitivos y Conductas Interpersonales (Figura 1).

Los tres primeros pares de escalas forman parte del área Metas motivacionales y evalúan la orientación que lleva al sujeto a obtener refuerzo del medio. Responden a las metas que incitan a los seres humanos (búsqueda del placer-evitación del dolor), adónde buscan el refuerzo (sí mismo-otros) y de qué manera lo hacen (modificación-acomodación).

En cuanto a los *Modos cognitivos* los cuatro pares de escalas que se incluyen en esta categoría describen los estilos de procesamiento de la información. Los dos primeros evalúan las estrategias empleadas para adquirir información; las otras dos describen diferentes estilos de procesar la información obtenida. En *Relaciones interpersonales* se incluyen cinco pares de escalas que evalúan en su conjunto el estilo que presenta el sujeto en su modo de relacionarse con los otros.

Figura 1.



Además de las escalas de contenido, el MIPS contiene 3 escalas de validez: Impresión Positiva (IP), Impresión Negativa (IN) y Consistencia (C). La escala de IP está dirigida a identificar el grado en el cual las personas intentan producir una impresión demasiado favorable en sus respuestas al inventario. La escala de IN busca controlar en qué medida las respuestas que da el sujeto están asociadas con una auto-percepción negativa generalizada de sí mismas. El valor de corte que Millon plantea en su investigación empírica para considerar que un sujeto está dando una IP o una IN está diferenciado según el nivel educativo; así, para un nivel de educación superior el corte para IP e IN es de 5 puntos o más en cada una de las escalas, mientras que para un nivel bajo de estudios, 4 o más en el caso de IP y 6 o más para IN. Un puntaje de 8 o más en IN es indicativo de perturbación emocional. La escala Consistencia que se calcula sobre 5 pares de ítems se refiere a la consistencia de las respuestas.

También el MIPS permite calcular un Índice de Ajuste Psicológico derivado de la prueba.

La operacionalización de la medida cuenta con un sistema de Puntajes de Prevalencia (PP) que varían en un rango 0-100 y determinan la presencia o ausencia del rasgo medido. Una persona que obtenga un PP mayor de 50 en cualquiera de las escalas es clasificada como miembro del grupo poseedor del rasgo que esa escala define. Los individuos que obtienen puntajes más elevados a PP 50 es probable que posean el rasgo en mayor grado y que lo exhiban con mayor frecuencia e intensidad, que los que obtienen puntajes más bajos en el mismo grupo poseedor del rasgo. En

esta investigación se han utilizado los datos normativos para población marplatense (Castañeiras & Posada, 2006).

*Listado de Síntomas SCL-90- R (Derogatis, 1994)*

Este inventario ha sido desarrollado para evaluar patrones de síntomas presentes en los individuos durante la última semana. Consta de 90 ítemes que se responden sobre la base de una escala de cinco puntos (0-4). Se lo evalúa e interpreta en función de nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico:

- 1) Somatizaciones (SOM)
- 2) Obsesiones y compulsiones (OBS)
- 3) Sensitividad interpersonal (SI)
- 4) Depresión (DEP)
- 5) Ansiedad (ANS)
- 6) Hostilidad (HOS)
- 7) Ansiedad fóbica (FOB)
- 8) Ideación paranoide (PAR)
- 9) Psicoticismo (PSIC)

Los índices globales de malestar psicológico son: el índice global de severidad (IGS), el índice positivo de malestar (PSDI) y el total de síntomas positivos (TP).

Las nueve dimensiones de los síntomas fueron definidas sobre la base de criterios clínicos, racionales y empíricos. A continuación se describirá el contenido de las mismas:

### *Somatizaciones*

Evalúa la presencia de malestar que la persona percibe relacionado con diferentes disfunciones corporales (cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios).

### *Obsesiones y Compulsiones*

Incluye síntomas que se identifican con el síndrome clínico del mismo nombre: pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados.

### *Sensibilidad Interpersonal*

Se focaliza en detectar la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes.

### *Depresión*

Los ítemes que integran esta escala representan una muestra representativa de las principales manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, ideaciones suicidas.

### *Ansiedad*

Evalúa la presencia de signos generales de ansiedad tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos.

### *Hostilidad*

Esta dimensión hace referencia a pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enojo.

### *Ansiedad Fóbica*

Este conjunto sintomático alude a una respuesta persistente de miedo (a personas específicas, lugares, objetos, situaciones) que es en sí misma irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca.

### *Ideación paranoide*

Evalúa comportamientos paranoides fundamentalmente referidos a desórdenes del pensamiento: pensamiento proyectivo, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía.

### *Psicoticismo*

Esta dimensión se ha construido con la intención que represente el constructo en tanto dimensión continua de la experiencia humana. Incluye síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento.

El SCL-90-R incluye siete ítems que no se incorporan a las nueve dimensiones ya mencionadas pero que tienen relevancia clínica:

- Poco apetito
- Problemas para dormir
- Pensamientos acerca de la muerte o el morir
- Comer en exceso
- Despertarse muy temprano.
- Sueño intranquilo
- Sentimientos de culpa

Además de las nueve dimensiones el inventario cuenta con tres indicadores adicionales:

-*Índice de Severidad Global*: es un muy buen indicador del nivel actual de la severidad del malestar. Combina el número de síntomas reconocidos como presentes con la intensidad del malestar percibido. Se calcula sumando las puntuaciones obtenidas en las nueve dimensiones de síntomas y en los ítems adicionales, y dividiendo ese número por el total de respuestas dadas con valores distintos a cero;

-*Total de síntomas positivos (STP)*: se estima contando el total de ítems que tienen una respuesta positiva (mayor que cero). En sujetos de población general, puntuaciones brutas iguales o inferiores a 3 en varones e iguales o inferiores a 4 en mujeres son consideradas como indicadoras de un intento consciente de mostrarse mejores de lo que realmente están. Puntuaciones brutas superiores a 50 en varones y a 60 en mujeres indican lo contrario: tendencia a exagerar sus patologías;

-*Índice de Malestar Positivo (PSDI)*: pretende evaluar el estilo de respuesta indicando si la persona tiende a exagerar o a minimizar los malestares que presenta. Se calcula dividiendo la suma total de las respuestas dadas a los ítems por el valor obtenido en Síntomas Totales Positivo (STP). Puntuaciones extremas en este índice también sugieren patrones de respuestas que deben analizarse en términos de actitudes de fingimiento.

*Cuestionario de Locus de control de la Salud (Wallston, Wallston y Devellis, 1978)*

Se trata de una medida dimensional que identifica creencias atribucionales externas e internas sobre la salud. Los individuos con control interno creen que el bienestar que reciben depende de su comportamiento. Los individuos en los que predomina una fuente de control externa creen que su salud es el resultado bien de la suerte o del destino o de la acción de otros.

Las tres dimensiones del cuestionario han resultado estadísticamente independientes en los estudios técnicos realizados, no obstante es posible que se den distintas combinaciones.

### 3.3 Procedimiento

El procedimiento consistió en la administración individual del protocolo, en un tiempo estimado entre 50-60 minutos según prueba piloto. En todos los casos la participación fue voluntaria, anónima y bajo consentimiento informado.

Con el fin de evitar sesgos en las respuestas de los sujetos, se controló que todos los casos incluidos en el estudio fueran válidos (según escalas de validez Mips).

Las respuestas de los sujetos fueron procesadas con el software SPSS 13.0.



### 3.4 Resultados

A continuación se presentan los resultados estadísticamente significativos que se obtuvieron de acuerdo a los objetivos de este estudio empírico.

**Objetivo General:** Estudiar las relaciones entre Estilos de Personalidad, locus de control y percepción de síntomas en adultos de la ciudad de Mar del Plata

**Objetivos Específicos:**

1. *Identificar la presencia de características psicológicas (estilos de personalidad y locus de control) que se asocian a una mayor percepción de síntomas en población general.*

La distribución de las puntuaciones en la muestra de población general se mantuvo por debajo de los puntos de corte clínico previstos para el Inventario de síntomas SCL-90 en todas las escalas. Esta tendencia era esperable al tratarse de población no clínica. De todas maneras se constató presencia sintomática en un rango del 3% al 10% de la muestra, con predominio de síntomas depresivos (5%), ansiedad fóbica (5%), ideación paranoide (5%), sensibilidad interpersonal (7%), somatizaciones (8%) y síntomas obsesivo-compulsivos (10%).

A continuación se analizan las características de personalidad y locus de control asociadas a un mayor índice sintomático (se consideró como punto de corte empírico para este índice el percentil 50).

Como puede observarse en la Tabla 1, se aplicaron pruebas de diferencia de medias (t de student) y se hallaron diferencias estadísticamente significativas en 9 de las 24 escalas del Mips: 2 del área Motivacional (apertura-preservación), 2 del área Modos Cognitivos

(introversión, intuición) y 5 del área Relaciones Interpersonales (retraimiento, vacilación, discrepancia, sometimiento e insatisfacción).

En cuanto a la medida de locus de control-otros se presentaron diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de síntomas para la modalidad cognitiva Sensación ( $t = -3,12$ ;  $p < 0,05$ ), una característica propia de las personas que basan su búsqueda de información en datos tangibles, concretos y en la experiencia directa. También para esta medida se hallaron diferencias estadísticas significativas en el rasgo Conformismo del área interpersonal del Mips ( $t = -2,81$ ;  $p < 0,05$ ), y Protección correspondiente a Metas motivacionales ( $t = -2,84$ ;  $p < 0,01$ ).

Tabla 1. Diferencia de medias en características psicológicas en función de la frecuencia sintomática

Escalas MIPS	Menor frecuencia sintomática	Mayor frecuencia sintomática	t
1A Apertura	58.79	41.96	2.90**
1B Preservación	33.24	57.96	-4.20***
4B Introversión	34.79	52.47	-3.06**
5B Intuición	36.16	53.00	-2.82**
8A Retraimiento	38.06	50.90	-2.01*
9A Vacilación	34.06	51.35	-2.93**
10A Discrepancia	37.79	56.05	-3.23**
11A Sometimiento	31.93	52.27	-3.68***
12A Insatisfacción	35.26	54.17	-3.28***

\*\*\* $p < 0,001$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \* $p < 0,05$

Posteriormente se analizaron las diferencias en informe de síntomas con un criterio más restrictivo: según poseedores o no poseedores del rasgo en función de los puntajes de prevalencia correspondientes ( $PP \geq 50$ : poseedor;  $PP \leq 49$ : no poseedor). En las Tablas 2 y 3 se exponen los resultados.

Como se puede observar, se distinguen algunas características de personalidad, que de estar presentes incrementan la probabilidad de malestar subjetivo y sintomático. De hecho las personas que tienden a mantener una actitud pasiva y de evitación ante las circunstancias, que recurren básicamente a ellos mismos como fuente de estimulación, son más introvertidas, y en las relaciones interpersonales se comportan de un modo retraído, discrepante y con sometimiento e insatisfacción, son las que informan significativamente una mayor frecuencia sintomática en la mayoría de las escalas del SCL-90.

Asimismo el no poseer una actitud de apertura y optimismo ante la vida y el futuro, el no tener en cuenta también las necesidades de los otros, no considerar los datos externos como fuente de información necesaria, no lograr afianzarse en las relaciones con los otros con cierto grado de asertividad y no tener una actitud receptiva y flexible en la relación con los demás también se relaciona significativamente con la activación de síntomas.

Informe Final

Estilos personales, síntomas y locus de control de la salud en población general

Vega, Gisela Mariel – Zapata, Ianina Soledad

Tabla 2. Diferencia de medias *poseedores* de rasgo en frecuencia de síntomas auto-informados (t de student)

Escalas MIPS	SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC
<b>Metas motivacionales</b>									
1B Preservación	n.s.	n.s.	-2,93**	-3,13***	-2,69**	-2,59**	-2,13*	-2,26*	-2,94**
2B Acomodación	n.s.	-2,46*	-2,15*	-2,09*	n.s.	n.s.	-1,97*	n.s.	n.s.
<b>Modos cognitivos</b>									
4B Introversión	-2,32*	n.s.	n.s.	-2,70**	-2,35*	-2,07*	n.s.	-2,61**	-3,09**
5b Intuición	n.s.	4,17***	n.s.	-2,35*	-2,27*	n.s.	n.s.	n.s.	-2,79**
<b>Conducta interpersonal</b>									
8A Retraimiento	-1,94*	n.s.	n.s.	-2,25*	-2,22*	-2,73**	n.s.	-2,27*	n.s.
9A Vacilación	n.s.	n.s.	-2,34*	n.s.	n.s.	n.s.	-2,29*	n.s.	n.s.
10A Discrepancia	3,82***	-2,47*	-2,50**	4,02***	4,14***	-3,94**	n.s.	-3,04**	3,48***
11A Sometimiento	-2,44*	-3,06**	-3,13**	3,96***	-3,03**	n.s.	2,03*	-3,29**	4,08***
12A Insatisfacción	-3,02**	-2,48*	3,85***	3,37***	-2,21*	3,40***	n.s.	3,97***	-3,26**

\*\*\*p<0,001; \*\*p<0,01; \*p<0,05

Tabla 3. Diferencia de medias *no poseedores* de rasgo en frecuencia de síntomas auto-informados (t de student)

Escalas MIPS	SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC
<b>Metas motivacionales</b>									
1A Apertura	n.s.	n.s.	n.s.	2,77**	n.s.	n.s.	n.s.	2,27*	3,27***
3B Protección	1,97*	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
<b>Modos cognitivos</b>									
5A Sensación	n.s.	2,18*	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	2,08*
<b>Conducta interpersonal</b>									
9B Firmeza	n.s.	2,38*	3,54***	2,77**	2,56*	n.s.	2,41*	n.s.	2,37*
12B Concordancia	2,35*	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

\*\*\*p&lt;0,001; \*\*p&lt;0,01; \*p&lt;0,05

2. Analizar el tipo de relaciones entre las variables de personalidad (estilos y locus) y los síntomas auto-informados

Se encontraron relaciones estadísticas significativas entre características de personalidad, locus de control de la salud y frecuencia sintomática. En este caso se aplicó el estadístico r de Pearson para analizar las relaciones entre las variables (Ver Tabla 4).

Tabla 4. Correlaciones personalidad-locus de control-síntomas

Escalas MIPS	Locus de Control	Síntomas
<b>Metas motivacionales</b>		
1A Apertura	n.s.	-0.28**
1B Preservación	n.s.	0.39**
2B Acomodación	-0.20*	n.s.
3A Individualismo	-0.22*	n.s.
3B Protección	0.33**	n.s.
<b>Modos cognitivos</b>		
4B Introversión	n.s.	0.29**
5A Sensación	0.25**	n.s.
5b Intuición	n.s.	0.27**
<b>Conducta interpersonal</b>		
8A Retraimiento	n.s.	0.20*
9A Vacilación	n.s.	0.28**
10A Discrepancia	n.s.	0.31**
10B Conformismo	0.31**	n.s.
11A Sometimiento	n.s.	0.34**
12A Insatisfacción	n.s.	0.31**

\*\*\*p<0,001; \*\*p<0,01; \*p<0,05

Las escalas más desadaptativas (preservación, introversión, intuición, retraimiento, vacilación, discrepancia, sometimiento e insatisfacción) correlacionaron significativamente con una mayor frecuencia sintomática informada. También se hallaron relaciones significativas entre algunas características de personalidad y el locus de control externo-otros (acomodación, individualismo, protección, sensación y conformismo).

No se presentaron correlaciones con significación estadística entre las dimensiones del locus de control y la frecuencia sintomática. Este resultado probablemente responda a la baja frecuencia de síntomas informada que no

alcanza niveles de significación clínica y por lo tanto no sea suficientemente sensible como medida para diferenciar la tendencia atribucional (externa-interna) de los sujetos.

3. *Estudiar la presencia de diferencias en las variables investigadas (estilos personales, locus de control, síntomas auto-informados) en función del sexo, la edad y el nivel de instrucción de la muestra bajo estudio.*

*Diferencias por sexo.*

Sólo se hallaron diferencias estadísticas significativas entre hombres y mujeres en modos cognitivos para la escala Innovación ( $t = 2,03$ ;  $p < 0,05$ ). El grupo de hombres presentó puntuaciones mayores en características relacionadas con asumir riesgos y una mayor disconformidad con la rutina y lo predecible.

*Diferencias por edad.*

Se establecieron dos rangos de edad en función de la media de la distribución (20-31 y 32-60). Las personas mayores de 32 años puntuaron significativamente más en retraimiento interpersonal ( $t = -2,99$ ;  $p < 0,01$ ) y los más jóvenes informaron mayor frecuencia de síntomas obsesivo-compulsivos ( $t = 2,52$ ;  $p < 0,05$ ).

*Diferencias por nivel de instrucción.*

Como puede observarse en la Tabla 5 el nivel de educación alcanzado tiene un efecto diferencial sobre las variables analizadas. Las personas con menores niveles educativos presentaron puntuaciones significativamente más elevadas para ciertas expresiones sintomáticas. Más específicamente de malestar físico, mayor sensibilidad interpersonal que alude a sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes, en hostilidad, es decir, la experiencia de pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enojo; y por último una mayor ideación paranoide, relacionada con pensamientos basados en la suspicacia y el temor a la pérdida de autonomía.

En cuanto a las características de personalidad, un menor nivel educativo se encontró en personas que puntuaron significativamente más en la escala Protección perteneciente a Metas Motivacionales; es decir aquellas personas que se muestran motivadas para satisfacer y ocuparse de las necesidades de los demás y que tienen actitudes de cuidado y protección. Dentro del estilo cognitivo fue compatible el hallazgo con personas que derivan sus conocimientos de lo tangible y lo concreto preferentemente y que confían en la experiencia directa y lo observable más que en fuentes

**Informe Final**

Estilos personales, síntomas y locus de control de la salud en población general

Vega, Gisela Mariel – Zapata, Ianina Soledad

especulativas de información, predominando la inteligencia práctica, y que en general tratan de adecuar lo nuevo a los esquemas conocidos.

Finalmente las puntuaciones más elevadas como grupo en el área de conducta interpersonal se encontraron en conformismo y firmeza.

Tabla 5. Diferencias para personalidad-locus de control-síntomas según nivel de instrucción

Escalas Mips	Nivel de instrucción (a)	F
Preservación	3 > 2	6,05**
Protección	1 > 2 y 3	5,89**
Sensación	1 > 3	3,09*
Sistematización	1 > 2	4,06*
Vacilación	2 > 1; 3 > 1	3,26*
Firmeza	1 > 2	3,08*
Discrepancia	2 > 3	11,60***
Conformismo	1 > 2	6,94**
Insatisfacción	2 > 3	4,68**
<b>Síntomas</b>		
Somatizaciones	2 > 3	3,74*
Sensitividad interpersonal	2 > 3	4,72*
Hostilidad	2 > 3	3,72*
Ideación paranoide	1 > 3; 2 > 3	7,64***

(a) 1: primario; 2: secundario; 3: terciario-universitario; \*\*\*p<0,001; \*\*p<0,01; \*p<0,05

En niveles superiores de educación se informaron mayores puntuaciones en preservación, en vacilación, en discrepancia y en insatisfacción.



# CAPITULO 4

## CONCLUSIONES

## CONCLUSIONES

Este estudio empírico se basó en dos supuestos teóricos, por un lado en el reconocimiento de diferencias individuales y la influencia del patrón de funcionamiento personal en el modo de percibir, describir, organizar, evaluar y actuar sobre el propio estado de salud; por el otro, que las características de personalidad constituyen una variable moduladora significativa de la experiencia sintomática y el malestar subjetivo que manifiestan las personas.

En términos generales nuestros datos indican la presencia de relaciones significativas entre los estilos de personalidad y la percepción de síntomas en adultos de la ciudad de Mar del Plata.

En primer lugar y en la línea de otros estudios locales (Castañeiras & Posada, 2005, 2007, 2008) y en otros contextos (Orejudo Hernández & Froján Parga, 2005) se observa que en la población general se presentan estados sintomáticos, que aunque en menor proporción comparados con grupos clínicos (algo esperable), no dejan de ser significativos en sus tendencias, como es el caso de nuestro estudio en el que entre el 3% y el 10% de la muestra evaluada informó síntomas depresivos, ansiosos y somatizaciones. Sería importante contar con información poblacional en mayor profundidad que permitiera disponer de datos válidos para el diseño de intervenciones que de un modo planificado pudieran actuar en los niveles preventivos y/o de promoción de la salud de nuestra población.

Las escalas del MIPS que describen características de personalidad más desadaptativas se relacionaron con mayor frecuencia de síntomas informados. Específicamente en el área motivacional esto se constató en aquellas personas cuya búsqueda se centra en evitar el dolor y que adoptan una posición pasiva de aceptación ante las circunstancias, que están significativamente centradas en ellas mismas y priorizan su propia experiencia como recurso sobre los datos objetivos, que suelen presentar dificultades para establecer y/o mantener relaciones íntimas o cercanas en el tiempo, y en las que predomina el retraimiento, la discrepancia, la sumisión y la insatisfacción en los vínculos.

En cuanto al locus de control de la salud, considerado una dimensión de la personalidad de carácter atribucional, probablemente la ausencia de diferencias se deba a la baja frecuencia de síntomas informados en general en muestras no clínicas, y a la falta de connotación de enfermedad dada por los sujetos, lo que puede derivar en que la medida no sea lo suficientemente sensible en este caso. Sólo se encontraron diferencias para el locus de control externo-*otros* significativamente asociadas a características de tipo cognitivo en el MIPS como Sensación, resultado esperable si se tiene en cuenta la naturaleza cognitiva del constructo medido. También se asoció con el rasgo Conformismo del área interpersonal y Protección del área metas motivacionales.

El sexo, la edad y el nivel de educación tuvieron un efecto diferencial sobre las medidas de personalidad y síntomas. Estos resultados confirman



los hallazgos de otros estudios como lo investigado por Casullo, Cruz, González y Maganto (2003) en cuanto a la vinculación entre la presencia de síntomas psicopatológicos autoinformados también en adolescentes y las variables género, edad y contexto socio-cultural, y los trabajos de Cardenal y Fierro, (2001) que evidenciaron diferencias en los estilos de personalidad del MIPS según sexo y edad.

Las mayores diferencias en nuestra investigación se encontraron para nivel de educación. Un menor nivel educativo se relacionó con una mayor frecuencia de síntomas y con características de personalidad menos adaptativas o *saludables*.

Es importante tener en cuenta que toda expresión de malestar subjetivo -con o sin registro consciente-, se sustenta en algo que en la experiencia personal constituye un dato, y que en muchas ocasiones lo no saludable o desadaptativo en las personas está relacionado con una falta de correspondencia entre la vivencia subjetiva de malestar y la naturaleza de los síntomas que generan ese malestar, ya sea en intensidad o gravedad percibida.

Para finalizar somos conscientes que si bien este estudio no aporta datos concluyentes, y que son necesarios otros estudios por ejemplo con muestras comparadas (grupos clínicos-no clínicos) y en distintos grupos poblacionales, sí pone en evidencia las estrechas relaciones que existen entre las manifestaciones sintomáticas y los estilos personales que regulan

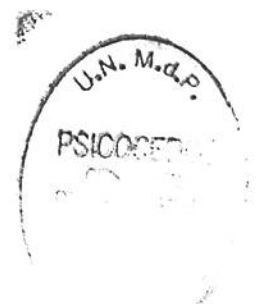
## Informe Final

Estilos personales, síntomas y locus de control de la salud en población general  
Vega, Gisela Mariel – Zapata, Ianina Soledad

---

el modo somático-emocional de elaborar las experiencias de malestar-bienestar.

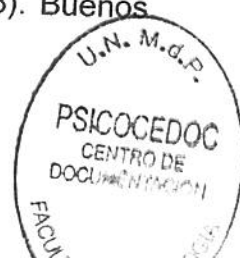
Finalmente, la posibilidad de avanzar en la comprensión teórica de este tema tanto como en la posibilidad de contar con instrumentos de evaluación y estrategias de intervención psicológica más eficaces en niveles de prevención, promoción y asistencia de la salud requiere sin duda considerar aspectos como los que aquí se han abordado.



**CAPITULO 5**  
**BIBLIOGRAFÍA**

## BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón, P., Vinet, E. y Salvo, S. (2005). Estilos de Personalidad y Desadaptación Social Durante la Adolescencia. *PSYKHE*, 14 (1), 3-16. Disponible en <http://www.scielo.cl>.
- Anarte, M.T., Cuadros, J. L. (1995). Locus de Control en Mujeres Menopáusicas. *Cuadernos de Psicopatología y Psiquiatría de Enlace*, 36, 23-27.
- Berdichevsky Linares, F y González Ramella, G. (2005). *Personalidad, Estilos y Trastornos*. Buenos Aires: Akadia.
- Cano García, Rodríguez Franco, García Martínez y Antuña Bellerín (2005). Utilización de escalas de afrontamiento y parámetros sensoriales en el dolor crónico. *Análisis de la Conducta*, 31(138), 433-450.
- Cardenal, V. y Fierro, A. (2001). Sexo y Edad en Estilos de Personalidad, Bienestar Personal y Adaptación Social. *Psicothema*, 13 (1), 118-126. Disponible en [www.eudemon.net](http://www.eudemon.net).
- Castañeiras & Posadas (2006). Los Estilos de Personalidad y su medida en población general. Normas del Inventario Mips para la ciudad de Mar del Plata. *Perspectivas en Psicología. Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 3 (1), 87-96
- Castañeiras & Posadas (2005). Estilos de personalidad y su relación con medidas de ansiedad y depresión: datos normativos para el Inventario MIPS en adultos marplatenses. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 2(20), 79-103.
- Castañeiras, C. y Posada, M. (2008) Estilos personales y malestar subjetivo: un estudio empírico en población general. En A. Trimboli, J.C. Fantín, S. Raggi, P. Fridman , E. Grande & G. Beran (Comps), *Modernidad, tecnología y síntomas contemporáneos: perspectivas clínicas, sociales, políticas y filosóficas*. (1a ed., pp.706 – 708). Buenos Aires: Asociación Argentina de Profesionales de Salud Mental.



- Castañeiras, C. y Posada, M. C. (2007). Experiencia de enfermedad y salud: evaluación de indicadores psicológicos relacionados con la presencia de síntomas físicos en población no clínica en *El malestar en lo cotidiano: diferentes miradas en salud mental*. En Trimboli, A., et al.. (comps.) (1a ed., pp.386-388). Buenos Aires. Argentina
- Casullo, M. M., Cruz, M. S.; González, R y Maganto, C. (2003). Síntomas psicopatológicos en adolescentes. Estudio comparativo. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 16, (2), 135-149.
- Casullo, M.M. (2004). Síntomas Psicopatológicos en Adultos Urbanos. *Psicología y Ciencia Social*, 6 (1), 49-57.
- Costa, P.T. & McCrae, R.R. (1987). Neuroticism, somatic complaints, and disease: Is the bark worse than the bite? *Journal of Personality*, 55, 299-316.
- Derogatis, L. (1983). *Description and bibliography for the SCL-90-R and other instruments of the Psychopathology Rating Scale Series*. Baltimore: Psychometric Research.
- Espíndola Hernández, J G, Morales Carmona, F, Díaz, E, Pimentel, D, Meza, P, Henales, C, Carreño, J e Ibarra, A. (2006). Malestar psicológico: algunas de sus manifestaciones clínicas en la paciente gineco- obstréctica hospitalizada. *Perinatol Reproducción Humana*, 20, 112-122.
- Fernández Castro, J. y Edo Izquierdo, S. (1994). ¿Cómo influye el control percibido en el impacto que tienen las emociones sobre la salud? *Anales de Psicología*, 10(2), 127-133. Disponible en [www.um.es/analesps](http://www.um.es/analesps).
- Florenzano, R, Weil, K., Cruz, C., Acuña, J., Fullerton, C., Muñiz, C., Leighton, C. y Marambio, (2002) Personalidad limítrofe, somatización, trauma, violencia infantil: un estudio empírico. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 40, 335-340. Disponible en <http://www.scielo.cl>

- Garaigordobil, M. (2006). Psychopathological symptoms, social skills and personality traits: A study with adolescents from 14 to 17 years. *Spanish Journal of Psychology*, 9 (2), 182-192.
- García Martín, MA., Hombrados Mendieta, MI. (2002). Control percibido y bienestar subjetivo: un análisis de la literatura gerontológica. *Rev Mult Gerontol*, 12 (2), 90-100.
- Hernández, R., Corbalán Berná, F. y Limiñana Gras, R. (2007). Depresión en mujeres maltratadas: Relaciones con estilos de personalidad, variables contextuales y de la situación de violencia. *Anales de Psicología*, 23 (1), 118-124. Disponible en [www.um.es/analesps](http://www.um.es/analesps).
- Jo Petrosky, M. y Bikrkimer, J. (1991). The relationship among locus of control, coping styles and psychological symptom reporting. *Journal of Clinical Psychology*, 47(3), 336-345.
- Laham, M. (2008). *La hostilidad como factor de riesgo coronario*. Extraído el 28 de Julio 2008. Disponible en: <http://www.psicocardiologia.com.ar>.
- Levenson, H. (1973). Multidimensional locus of control in psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 397-404.
- Millon, T. & Everly, George S. (1994). *La Personalidad y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca. S.A.,
- Millon, T. (1997). *MIPS. Inventario MILLON de Estilos de Personalidad*. Buenos Aires: Paidós
- Morales–Carmona F, Luque–Coqui M, Barroso–Aguirre J. (2002). Alteraciones emocionales en una muestra de mujeres mexicanas con eventos gineco–obstétricos. *Perinatol Reprod Hum*, 6, 157–62.
- Muñoz, M.C., Cárdenas, M.L. Fócil, M., Espinosa de Santillana, I. y Cavazos, J., (2005). Confiabilidad y validez de la SCL-90 en la evaluación de psicopatología en mujeres. *Salud mental*, 28 (3), 42-50.
- Orejudo Hernández, S. y Froján Parga, X. (2005). Síntomas somáticos: Predicción diferencial a través de variables psicológicas,

- sociodemográficas, estilos de vida y enfermedades. *Anales de psicología*, 21(2), 276-285. Disponible en [www.dialnet.unirioja.es/servlet/articulo](http://www.dialnet.unirioja.es/servlet/articulo).
- Painuly, N., Sharan, P. & Mattoo, S. (2005). *Relación de la ira y los ataques de ira con la depresión*. Extraído el 25 de Julio 2008. Disponible en: <http://www.cat-barcelona.com>.
  - Pichot, P. (coord.) (1995). *DSM IV: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
  - Rodríguez Rosero, J. E. (2002). *Un nuevo paradigma para la andragogía en salud: locus de control, valoración y atribución de frecuencia de riesgos de la salud*. Universidad de los Llanos Orientales, Facultad de Ciencia de la Salud. Disponible en [www.sappiens.com/castellano/articulos](http://www.sappiens.com/castellano/articulos).
  - Rodríguez-Marín, J. (1995): *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis Psicología.
  - Rotter, J. B. (1981). The psychological situation in social learning theory. In D. Magnusson (Ed.), *Toward a psychology of situations: An interactional perspective*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
  - Rotter, J.B. (1975). Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 55-67.
  - Ruiz Sanchez, J.J & Imbernon Gonzalez, J. J. (1996). *Sentirse mejor. Como afrontar los problemas emocionales con terapia cognitiva*. ESMD-UBEDA.
  - Sanchez López, M. del P. y Casullo, M.M. (2000). *Estilos de Personalidad. Una perspectiva Iberoamericana*. Madrid: Miño y Davila Editores.
  - Sivak, R. *Clinica de la Vulnerabilidad*. Extraído el 19 de mayo de 2006, disponible en: <http://www.gador.com.ar/iyd/vulner/sivak.htm> - 44k -
  - Wallston, K. y Wallston B. (1981) Health Locus of control scales. *Research with the locus of control construct*, 1,190-237.



- Wallston, K.A., Wallston, B.s. y De Vellis, R. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control Scale. *Health Education Monograph*, 6, 160-170.
- Zdanowicz, N., Reynaert, CH. y Janne, P. (2004) ¿Juega el locus de control de la salud un papel clave en la salud durante la adolescencia?, 18 (2), 117-124. Disponible en [www.dialnet.unirioja.es/servlet/articulo](http://www.dialnet.unirioja.es/servlet/articulo).

# CAPITULO 6

## ANEXOS

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente expreso mi consentimiento a participar voluntariamente en la investigación sobre “Estilos Personales, síntomas y locus de control de la salud en población general” que se está realizando en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Asimismo y salvaguardando siempre mi derecho a la intimidad, acepto que los datos que se deriven de dicha investigación, puedan ser utilizados para su divulgación científica.

En este sentido y contando con la información necesaria, me comprometo a colaborar para completar el protocolo propuesto.

.....  
El participante

.....  
El investigador

## Informe Final

Estilos personales, síntomas y locus de control de la salud en población general

Vega, Gisela Mariel – Zapata, Ianina Soledad

---

### REGISTRO DE DATOS BASICOS

Sexo:         H     M

Edad:

Lugar de nacimiento:


Nivel de estudios:


Ocupación / Profesión:

# Cuadernillo de Administración



Adaptación de M. M. Casullo

 THE PSYCHOLOGICAL CORPORATION®  
*Harcourt Brace Jovanovich, Inc.*

 EDITORIAL PAIDÓS

Copyright © 1994 by The Psychological Corporation™.  
Traducción castellana, copyright © 1995 by The Psychological Corporation.  
Traducido y adaptado con autorización.  
Todos los derechos reservados. Prohibida su reproducción total o parcial.  
Impreso en Argentina. Printed in Argentina.

- 58 Me tengo mucha confianza
- 59 Sistemáticamente ordeno mis papeles y materiales de trabajo.
- 60 Mi experiencia me ha enseñado que las cosas buenas duran poco.
- 61 Algunos dicen que me gusta hacerme la víctima.
- 62 Me siento mejor cuando estoy solo.
- 63 Me pongo más tenso que los demás frente a situaciones nuevas.
- 64 Generalmente trato de evitar las discusiones, por más que esté convencido de tener razón.
- 65 Busco situaciones novedosas y excitantes para mí.
- 66 Hubo épocas en que mis padres tuvieron problemas por mi comportamiento.
- 67 Siempre termino mi trabajo antes de descansar.
- 68 Otros consiguen cosas que yo no logro.
- 69 A veces siento que merezco ser infeliz.
- 70 Espero que las cosas tomen su curso antes de decidir qué hacer.
- 71 Me ocupo más de los otros que de mi mismo.
- 72 A menudo creo que mi vida va de mal en peor.
- 73 El solo estar con otras personas me hace sentir inspirado.
- 74 Cuando manejo siempre controlo las señales sobre límites de velocidad y cuido no excederme.
- 75 Uso mi cabeza y no mi corazón para tomar decisiones.
- 76 Me guío por mis intuiciones más que por la información que tengo sobre algo.
- 77 Jamás envidio los logros de los otros.
- 78 En la escuela, me gustaron más las materias prácticas que las teóricas.
- 79 Planifico las cosas con anticipación y actúo enérgicamente para que mis planes se cumplan.
- 80 Mi corazón maneja mi cerebro.
- 81 Siempre puedo ver el lado positivo de la vida.
- 82 A menudo espero que alguien solucione mis problemas.
- 83 Hago lo que quiero, sin pensar cómo va a afectar a otros.
- 84 Reacciono con rapidez ante cualquier situación que pueda llegar a ser un problema para mí.
- 85 Sólo me siento una buena persona cuando ayudo a los demás.
- 86 Si algo sale mal, aunque no sea muy importante, se me arruina el día.
- 87 Disfruto más de mis fantasías que de la realidad.
- 88 Me siento satisfecho con dejar que las cosas ocurran sin interferir.
- 89 Trato de ser más lógico que emocional.
- 90 Prefiero las cosas que se pueden ver y tocar antes que las que sólo se imaginan.
- 91 Me resulta difícil ponerme a conversar con alguien que acabo de conocer.

- 92 Ser afectuoso es más importante que ser frío y calculador.
- 93 Las predicciones sobre el futuro son más interesantes para mí que los hechos del pasado.
- 94 Me resulta fácil disfrutar de las cosas.
- 95 Me siento incapaz de influir sobre el mundo que me rodea.
- 96 Vivo en términos de mis propias necesidades, no basado en las de los demás.
- 97 No espero que las cosas pasen, hago que sucedan como yo quiero.
- 98 Evito contestar mal aun cuando estoy muy enojado.
- 99 La necesidad de ayudar a otros guía mi vida.
- 100 A menudo me siento muy tenso, a la espera de que algo salga mal.
- 101 Aun cuando era muy joven, jamás intenté copiar en un examen.
- 102 Siempre soy frío y objetivo al tratar con la gente.
- 103 Prefiero aprender a manejar un aparato antes que especular sobre por qué funciona de ese modo.
- 104 Soy una persona difícil de conocer bien.
- 105 Paso mucho tiempo pensando en los misterios de la vida.
- 106 Manejo con facilidad mi cambio en los estados de ánimo.
- 107 Soy algo pasivo y lento en temas relacionados con la organización de mi vida.
- 108 Hago lo que quiero sin importarme el complacer a otros.
- 109 Jamás haré algo malo, por más fuerte que sea la tentación de hacerlo.
- 110 Mis amigos y familiares recurren a mí para encontrar afecto y apoyo.
- 111 Aun cuando todo está bien, generalmente pienso en que pronto va a empeorar.
- 112 Planifico con cuidado mi trabajo antes de empezar a hacerlo.
- 113 Soy impersonal y objetivo al tratar de resolver un problema.
- 114 Soy una persona realista a la que no le gustan las especulaciones.
- 115 Algunos de mis mejores amigos desconocen realmente lo que yo siento.
- 116 La gente piensa que soy una persona más racional que afectiva.
- 117 Mi sentido de realidad es mejor que mi imaginación.
- 118 Primero me preocupo por mí y después por los demás.
- 119 Dedico mucho esfuerzo a que las cosas me salgan bien.
- 120 Siempre mantengo mi compostura, sin importar lo que esté pasando.
- 121 Demuestro mucho afecto hacia mis amigos.
- 122 Pocas cosas me han salido bien.



**SCL-90-R**

**Nombre**..... **Edad**:..... **Fecha de hoy**: .....

*Marcar con una cruz las opciones que correspondan*

**Sexo:**

Mujer     Varón

**Educación:**

Primario incompleto     Secundario incompleto     Terciario incompleto  
 Primario completo     Secundario completo     Terciario/universitario completo

**Estado civil:**

Soltero                       Divorciado                       Viudo/a  
 Casado                       Separado                       En pareja

**Ocupación:** .....

**Lugar de nacimiento:** .....

**Lugar de residencia actual:** .....

A continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente.  
Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).  
Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:  
**NADA - MUY POCO - POCO – BASTANTE – MUCHO.**  
No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder.

- 1. Dolores de cabeza.
- 2. Nerviosismo.
- 3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.
- 4. Sensación de mareo o desmayo.
- 5. Falta de interés en relaciones sexuales.
- 6. Criticar a los demás.

	Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho



## LOCUS DE CONTROL DE LA SALUD (Wallston y cols., 1978)

Las siguientes frases son afirmaciones que realizamos acerca de nuestra salud. Diga cuán de acuerdo o desacuerdo está con cada una de ellas, rodeando con un círculo la alternativa que usted considere más adecuada. No se preocupe por su elección, puesto que no existen preguntas correctas o incorrectas. Todas son igualmente válidas.

Conteste con referencia a la escala siguiente:

1. Absolutamente falsa.
2. Generalmente es falsa.
3. A veces falsa, a veces correcta.
4. Generalmente es correcta.
5. Absolutamente correcta.

- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Si caigo enfermo, será mi propia conducta la que determine cuán pronto volveré a recuperarme.                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Independientemente de lo que haga, si he de caer enfermo, enfermaré inevitablemente.                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. La mejor forma de evitar o prevenir una enfermedad es teniendo un contacto regular y frecuente con el médico.      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. La mayor parte de lo que afecta a mi salud me ocurre por accidente.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Siempre que no me encuentro bien debería consultar a mi médico.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Tengo control de mi salud.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Mi familia tiene mucho que ver (que hacer) tanto a la hora de caer enfermo como para seguir sano.                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Cuando caigo enfermo, yo tengo la culpa.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Lo pronto que recuperaré la salud es cosa de suerte.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Los médicos controlan mi salud.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Si estoy con salud se debe a la buena suerte.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Lo que yo haga es el factor principal que afecta a mi salud.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Si me cuido puedo evitar la enfermedad.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Si me recupero de una enfermedad es porque otra gente (médicos, enfermeras, familia, amigos) me han cuidado bien. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Independientemente de lo que haga, es posible que caiga enfermo.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Conservaré mi salud si ese fuera mi propósito.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Si actuara adecuadamente conservaría mi salud.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. En lo que se refiere a mi salud, únicamente puedo hacer lo que mi médico me dice que haga.                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |