

PERSONALIDAD POSITIVA Y SALUD:

Moreno – Jiménez, B.;
Garrosa Hernández, E.;
Gálvez Herrer, M.
Universidad Autónoma de Madrid.
Centro Universitario de Salud Pública
España
bernardo.moreno@uam.es

Publicado en: Florez-Alarcon, L., Mercedes Botero, M. y Moreno Jimenez, B. (2005) *Psicología de la salud. Temas actuales de investigación en Latinoamérica*. (pp59-76) Bogotá: ALAPSA.

Introducción.

Los conceptos de personalidad y salud han sufrido una evolución en sus definiciones y aproximaciones teórico prácticas que tienen gran importancia en el estudio de la relación entre ambos. En el presente trabajo se plantea un “*modelo procesual de personalidad positiva*” desde una perspectiva salutogénica, considerando la salud como variable dinámica que incluye los planos individual, laboral, social y ecológico de la persona. Se propone y defiende una perspectiva transaccional así como un papel del individuo activo ante su propia salud. De este enfoque se derivan consecuencias a tener en cuenta en posibles programas de prevención y promoción de la salud.

Personalidad y Salud: evolución de ambos conceptos.

Afrontar la relación existente entre personalidad y salud implica, en primer lugar, conocer el concepto explicativo del que se parte para cada uno de esos términos, ya que ambos poseen múltiples definiciones y un largo bagaje teórico y de investigación a sus espaldas. Un segundo componente esencial para su estudio será el establecimiento de la dirección que se establezca en la relación existente entre ambas dimensiones.

Tradicionalmente, la personalidad ha representado las características estructurales y dinámicas de los individuos que se reflejan en respuestas más o menos específicas en diferentes situaciones. Estas propiedades permanentes han dado origen a numerosos enfoques en relación con *rasgos y tipos de personalidad* y desarrollos teóricos y empíricos que las relacionan con variables más o menos implicadas en procesos de ausencia de bienestar, como por ejemplo del Síndrome de Burnout o de Desgaste Profesional (burnout y patrón conductual tipo A Nowack, 1986; Nagy y Davis, 1985 o rasgos de personalidad y burnout Cebriá y cols., 2001).

Sin embargo, si lo que nos interesa es encontrar una línea de trabajo teórico-práctica que de origen a aplicaciones preventivas e interventivas sobre la salud, no podemos limitarnos a elaborar un listado de características individuales o rasgos de la persona más o menos permanentes. Lo que nos puede facilitar un enfoque activo es la concepción de la *personalidad como proceso* y la formulación de los mecanismos que

definen el desarrollo del individuo. De forma diferente al enfoque adoptado por los modelos estructurales de la personalidad, más descriptivos que explicativos y sobre todo más pasivos, esta concepción procesual permite insistir en la interacción de la persona con las variables ambientales y sociales que la rodean y que pueden tornarse saludables o no y actuar como moduladoras que hagan al sujeto más vulnerable o más resistente a las situaciones de riesgo para la salud. Esta concepción activa, supone, que las personas responden de manera diferente ante unos mismos estresores o circunstancias adversas en sus vidas sin que necesariamente existan respuestas estereotipadas (Bloch, 1977; Cichon y Koff, 1980; Huber, Gable e Iwanichi, 1990; Mayor, 1987).

En cuanto al concepto de salud, resulta clara la poca utilidad de su definición como “ausencia de enfermedad”. Esta definición negativa es poco operativa al obligarnos a diferenciar entre lo “normal” y lo “patológico” (diferencia que no siempre es posible y que está afectada por el concepto de normalidad variable con el tiempo). Además la principal crítica metodológica a esa definición es la implicación operativa que plantea el evaluar síntomas de enfermedad para concluir sobre la salud. Por ello en 1946, la Carta Magna o Carta Constitucional de la Organización Mundial de la Salud, definía la salud como “*El estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”.

Esta concepción, aunque no exenta de críticas, suponía por primera vez una perspectiva positiva, en la que salud equivale a bienestar y también por primera vez se unifican las áreas física, mental y social. En su momento la definición marcó un hito que posteriormente se ha ido desarrollando al complementar algunos aspectos que dejaba olvidados: en ocasiones equiparar salud y bienestar no es del todo exacto, plantea un concepto estático que olvida el dinamismo de la salud (hay distintos grados de salud y distintos grados de enfermedad) y se trata más de una utopía que de una realidad ya que el bienestar absoluto físico, mental y social es probablemente algo más utópico que realmente alcanzable.

Sin embargo, gracias a esta perspectiva positiva que surge de la concepción ideal, se parte ahora de definiciones más operativas que presuponen la salud como “*una facultad de adaptación humana al medio ambiente, de ajuste del organismo a su medio*”. Es más, se ha desarrollado una concepción holística de salud en la que se asume que el individuo busca, no solamente no estar enfermo, sino además encontrar un sentido de felicidad y bienestar que está relacionado con otros factores tales como la familia, la educación y la calidad de vida en general. Desde esta perspectiva, la salud se formula como un evento multicausal en el que participan condiciones biológicas, psicológicas, sociales, ambientales, culturales y ecológicas.

Algunos trabajos pioneros de esta nueva concepción desde el ámbito médico son los desarrollados por Blum (1981) sobre *planificación para la salud* en los que propone ir más allá de la acción curativa en el sistema sanitario e introduce conceptos que luego han sido fundamentales en la promoción de la salud como la acción intersectorial, la participación y el desarrollo comunitario (Alvarez-Dardet, **En red**).

Modelos teóricos y aproximaciones empíricas a la relación entre personalidad y salud.

Tradicionalmente ha existido por parte de la comunidad científica un intento de relacionar ambos conceptos, personalidad y salud, desde diferentes perspectivas y modelos teóricos que podrían agruparse en tres grandes categorías.

I. Personalidad y Estado Físico de Enfermedad/Salud:

La relación entre personalidad y estados psicológicos, biológicos y neurológicos del individuo ha dado lugar a diferentes aproximaciones al estado de salud que establecen, por ejemplo, correlaciones del mismo con la actividad cardiovascular o la función inmunológica. Desde este enfoque, personalidad y enfermedad serían manifestaciones diversas de un mismo agente causal.

Un ejemplo de este enfoque es el **Modelo de la Predisposición Constitucional**. Este modelo parte de la existencia de una predisposición genética para ciertos procesos psicopatológicos, tanto de enfermedad como de factores de personalidad y que afectan a la respuesta cognitiva, emocional y conductual de los sujetos. Desde esta perspectiva se explicaría por ejemplo la relación entre Personalidad Tipo A y alteraciones cardiovasculares por las manifestaciones conductuales de estos sujetos (Krantz y Durel, 1983), de manera que dichas manifestaciones serían el reflejo de una predisposición genética a una mayor respuesta del sistema nervioso simpático del individuo, lo que contribuiría a un mayor riesgo cardiovascular.

Desde la **Psicopatología** se han realizado aproximaciones que correlacionan ciertos tipos de trastornos conductuales con alteraciones psicofisiológicas o psicosomáticas. La comorbilidad entre ambos se ha centrado en el análisis de la vulnerabilidad y/o sintomatología que presentan los enfermos ante esos trastornos. Por ejemplo, en la relación entre trastorno arterial coronario y su asociación frecuente con depresión y ansiedad (Kaplan y Kimball, 1982), la relación de las enfermedades cardiovasculares con factores de Personalidad Tipo A (Sánchez, Flores, Ramos, Hurtado y Medecigo, 2000), los estudios sobre depresión tanto como antecedente como consecuente del cáncer, recopilados y revisados por Ibáñez (1984) y Barreto, Capafons e Ibáñez (1987), o los trabajos que relacionan diabetes con alteraciones como la depresión o alteraciones psicopatológicas como la psicosis maniaco-depresiva desde distintos enfoques (Gil, 1998).

II. Personalidad y Conductas de Riesgo/Conductas de Salud

Este enfoque considera las variables de personalidad como el factor determinante del que dependen las prácticas saludables o las conductas de riesgo. Las conductas de riesgo o las conductas saludables serían específicamente expresión y manifestación de la personalidad, de su estructura y de sus procesos. Desde esta perspectiva, las variables de personalidad estarían en el origen de la práctica del ejercicio físico o del sedentarismo, de la alimentación saludable o de sus excesos, de conductas de riesgo como fumar y beber en exceso o de conductas saludables, de acciones inseguras en los contextos laborales o de prácticas seguras en el trabajo. Mientras algunas disposiciones, como los sesgos de optimismo irreal y los

mecanismos automáticos negativos estarían relacionados con las *conductas de riesgo*, otras variables positivas de la personalidad, como las competencias emocionales, las cogniciones positivas, las variables positivas de personalidad como fortaleza, alta autoestima, sentido de autoeficacia y la concepción de la vida dentro de un sentido general de coherencia estarían en el origen de las *conductas saludables*.

Alonso y Pozo (2001) han realizado una revisión de los modelos teóricos que desde la psicología social se dan para explicar los comportamientos de riesgo en el ámbito laboral. Una primera aproximación es la **perspectiva informacional** (Zimbardo, Ebbesen y Maslach, 1977) que centraba en la ausencia de conocimientos la explicación de las conductas de riesgo. Otros supuestos teóricos se centran en las relaciones causales entre las percepciones de los individuos y su comportamiento, convirtiéndose así **la percepción individual del riesgo** en la variable central de la conducta preventiva (Blanco, Sánchez, Carrera y cols., 2000). Por ejemplo las aproximaciones que se centran en la **ilusión de invulnerabilidad y el optimismo ilusorio** en referencia a predicciones sobre su futuro explicarían comportamientos arriesgados aún conociendo los efectos nocivos para la salud de ese tipo de conductas (Sánchez, Rubio, Páez y Blanco, 1998).

Desde una perspectiva más general y con un enfoque cognitivo, **la Teoría de la Acción Razonada** de Fishbein y Ajzen (1975) y **el Modelo de Creencias de Salud** de Rosenstock (1974) son contribuciones importantes a nuestro tema. La Teoría de la Acción Razonada parte del principio de racionalidad de los seres humanos y del uso sistemático de la información que éstos realizan. Ante una determinada *conducta de salud*, la consecuencia inmediata es la *intención* de realizarla o no según dos componentes, la *actitud hacia la conducta* (evaluada positiva o negativamente) y la *norma subjetiva* (la percepción de las presiones sociales). A su vez, las actitudes son función de creencias comportamentales (información disponible sobre las consecuencias de la conducta y valoración de la misma) y las normas subjetivas son función de creencias normativas (percepción de lo que referentes significativos para el sujeto piensen sobre si debería realizar o no esa conducta y de la motivación para cumplir con ellos). En el caso del Modelo de Creencias de Salud, se esperan conductas de salud en función de dos variables: una es *la amenaza percibida* que a su vez depende de la susceptibilidad del individuo, de la gravedad percibida sobre las consecuencias y de las claves para la acción que le proporcione el contexto, y la otra *la creencia* respecto al valor saludable (relación coste-beneficio percibida). Sobre este último modelo no hay gran número de investigaciones que encuentren resultados explicativos de conductas de salud considerando conjuntamente todas esas variables.

Respecto a variables de personalidad que se han relacionado con conductas saludables, Antonovsky (1979, 1990) ha desarrollado el concepto de **Sentido de la coherencia** "*Sense of Coherence*" en el que plantea la capacidad que tiene la persona para percibir el significado del mundo que le rodea, así como para advertir la correspondencia entre sus acciones y los efectos que éstas tienen sobre su entorno. En estudios con supervivientes del Holocausto nazi tras la Segunda Guerra Mundial, encontró que las personas que decían poseer un claro sentido de sus vidas y un fuerte sistema de creencias espirituales soportaban mejor los momentos traumáticos. Esta orientación global tiene presentes tres conceptos relativos a la experiencia de control que plantea (Antonovsky, 1990, p.33):

- **Comprensibilidad:** los estímulos provenientes tanto del entorno externo como interno en el curso de la vida, están estructurados, son previsibles y explicables.
- **Manejabilidad:** los recursos para atender las demandas que esos estímulos suponen están disponibles.
- **Significación:** estas demandas suponen retos dignos de invertir esfuerzo y compromiso por parte del sujeto.

Las “factores salutogénicos” que Antonovsky propone suponen un afrontamiento positivo de la vida desde un punto de vista cognitivo, conductual y emocional. El cognitivo se refiere al manejo de la información consistente y ordenado, el conductual a la potenciación de los recursos propios y de los indirectos, y el emocional a la activación de los recursos motivacionales, planteando la importancia de una visión comprometida en ciertas áreas de la vida.

Armikan y Greaves (2003) han propuesto recientemente un modelo causal entre sentido de la coherencia y afrontamiento/enfermedad en el que los diferentes estilos de afrontamiento aparecen como mediadores de la relación entre sentido de la coherencia y salud. Concretamente, afirman que a mayor sentido de la coherencia mayores probabilidades de establecer afrontamientos de las situaciones aversivas con estrategias centradas en el problema y menor probabilidad de situaciones de evitación.

Un ejemplo aplicado de la acción de este tipo de procesos se puede observar en determinadas condiciones de trabajo, en las que el distrés, en contraposición al eustrés (Selye, 1978), se puede hacer patente obligando al individuo a trabajar en condiciones donde variables organizacionales y del entorno sean difícilmente evitables, y acaban actuando como antecedentes de procesos de riesgo psicosocial. Cuando tales procesos llegan a convertirse en crónicos, se desencadenan situaciones como la del Síndrome de Burnout o de Desgaste Profesional. Para transformar, en la medida de lo posible, esas condiciones de distrés en eustrés, es básica la participación del individuo, su activación positiva en la resolución de conflictos y en el manejo de las situaciones de desajuste. Las características de personalidad positiva o “fuerzas salutogénicas” que plantea Antonovsky podrían en este sentido actuar como eustresores internos (Gutiérrez García, En red). Pero además, no solo poseerían la capacidad de amortiguar el impacto de las situaciones estresantes, sino que, según señalan recientes investigaciones (Söderfeldt y cols., 2000; Moreno-Jiménez, González y Garrosa, 1999 y 2001), podrían actuar como potenciadoras del bienestar y la salud del individuo. Concretamente, confirman la existencia de una asociación negativa entre sentido de la coherencia y la valoración de las fuentes de estrés organizacionales, el desgaste profesional y la salud autopercebida.

Otro de los modelos más conocidos que también sigue el enfoque de personalidad saludable es el de Kobasa de **Personalidad Resistente o Hardiness** (1982), que se ha formulado como un esfuerzo claro de elaborar una psicología social del estrés y la salud, inexistente hasta ese momento (Peñacoba y Moreno, 1998).

El modelo de Kobasa plantea un concepto de personalidad dinámico, en el que las dimensiones de la personalidad resistente se configuran en acciones y compromisos adaptados a cada momento. De esta forma, los individuos con puntuaciones altas en las dimensiones de compromiso, control y reto, poseerán características de resistencia frente al estrés laboral o de la vida cotidiana. En concreto:

- La dimensión de **compromiso**: Supone la tendencia a involucrarse en los aspectos o áreas de la vida que considera valiosos así como la tendencia a identificarse con lo que hace. Ello implica el conocimiento de las metas y valores que orientan la conducta personal.
- La dimensión de **control**: La persona posee el convencimiento de poder intervenir en los episodios que le rodean, modificando o alterando el curso de los mismos. De todas las situaciones podrán, por lo tanto, aprender u obtener algún beneficio.
- La dimensión de **reto**: Plantea el cambio como una oportunidad de crecimiento personal, un desafío al que enfrentarse, no como algo amenazante. Proporciona flexibilidad cognitiva y tolerancia a la ambigüedad, lo que facilita una mayor tolerancia ante los cambios vitales.

Numerosos estudios han correlacionado la personalidad resistente con procesos saludables tales como estrategias de afrontamiento adaptativas, búsqueda de apoyo social, y desarrollo de estilos de vida saludables (Kobasa, 1979; Kobasa, Maddi y Courington, 1981; Maddi y Kobasa, 1984; Shephard y Kashani, 1991; Peñacoba y Moreno-Jiménez, 1998; Moreno-Jiménez, González y Garrosa, 1999 y 2000). Por ejemplo, las relaciones encontradas entre personalidad resistente y estrés de rol, burnout y cada una de las dimensiones del mismo (agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización) son inversas y negativas. En concreto, la variable de compromiso, es la que aparece con mayor poder explicativo del estrés de rol y la de reto en referencia al burnout (Moreno-Jiménez, González y Garrosa, 2000).

Los individuos con personalidad resistente por lo tanto presentan actitudes protectoras ante elementos no-saludables como el estrés y el burnout y facilitadoras de estrategias de afrontamiento adaptativas, de manejo y de control de la realidad. La personalidad resistente se presenta así como un componente más de una personalidad positiva favorecedora de procesos salutogénicos.

La personalidad de un individuo, enmarcada en los factores micro y macro sociales de salud, no sólo se refiere a cómo es la persona, a sus variables reales sino también a la representación cognitiva subjetiva que la persona tiene de sí mismo, al autoconcepto. **El autoconcepto**, la percepción de sí mismo, es un elemento esencial como auto-regulador del proceso adaptativo de la persona a sus circunstancias ambientales. La autorregulación consciente e intencional de la persona tiene como primer punto de partida la identidad asumida por la persona. El autoconcepto es el primer factor de autoregulación de la persona, que hace e intenta hacer aquello que cree que es. En concreto, el autoconcepto proporciona tres funciones básicas (Moreno-Jiménez, 1997): proporciona identidad al sujeto, integración histórica a su experiencia vivida y niveles mínimos aceptables de autoestima. A partir de este planteamiento, diferentes aproximaciones teóricas plantean como factores positivos de protección, potenciadores de conductas saludables, variables de personalidad relativas a la identidad subjetiva y autoevaluativa de la persona tales como **la autoestima** y **la autoeficacia**.

La Autoestima hace referencia a cómo se aprecia el propio individuo, a la evaluación que hace de su autoconcepto. Tradicionalmente ha sido asociada a la motivación de logro, a la sociabilidad, al ajuste profesional, y en definitiva a componentes afectivos positivos hacia uno mismo que colaboran en la consecución de estrategias conductuales de salud.

Hablar de autoestima es hablar de autopercepción, pero también de emociones fuertemente arraigadas en el individuo. El concepto encierra no sólo un conjunto de características que definen a un sujeto sino además, el significado y la valoración que éste le otorga, con las consecuencias que de ello se derivan para su salud física, mental y social. Por ejemplo, se han encontrado correlaciones significativas entre valores bajos de autoestima y el riesgo alto de enfermedades coronarias (House, 1972), o, en referencia al desgaste profesional, los sujetos con alta autoestima parecen experimentar bajos sentimientos de cansancio emocional, bajas actitudes de despersonalización y altos sentimientos de realización personal en el trabajo (Mc Mullen y Krantz, 1988).

En relación con las variables de personalidad positiva comentadas anteriormente, el sentido de la coherencia y la personalidad resistente, parece que la autoestima tiene altas correlaciones con los componentes de ambas, especialmente con comprensibilidad en sentido de la coherencia y con implicación en personalidad resistente (Moreno-Jiménez, Alonso y Álvarez, 1997). Esto parece indicar que son constructos asociados, y que es probable la identidad parcial entre ellos, a pesar de las características propias que les diferencian.

La autoeficacia hace referencia a las creencias sobre las capacidades propias que permiten organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para alcanzar determinados tipos de rendimiento (Bandura, 1986 y 1997). Según el propio Bandura, el éxito en el manejo y afrontamiento del entorno que afecta a nuestra vida no consiste sólo en poseer unos recursos potenciales, o en conocer previamente la forma más adecuada de actuación para cada situación o en poseer los comportamientos adecuados en nuestro repertorio conductual, sino que implica una capacidad socio-cognitiva generativa en la que se integran las competencias cognitivas, sociales y conductuales con el fin operativo de conseguir un propósito.

Desde la perspectiva de un modelo procesual de personalidad positiva, esa capacidad del sujeto activo también guardaría relación, además de con las competencias anteriormente mencionadas, con otro tipo de competencias emocionales de afrontamiento que buscarán, no solo un aprendizaje o rendimiento específico sino también regular la respuesta emocional y potenciar los recursos emocionales de resistencia. Recientes estudios por ejemplo, describen la existencia de correlación negativa entre autoeficacia y estrés emocional, y entre autoeficacia y percepción de amenaza ante cambios del entorno organizacional en el trabajo (Idel, M. y cols, 2003), así como un papel moderador entre la exposición a conductas de acoso y consecuencias psicológicas para la salud (Mikkelsen, E.G. y Einarsen, S., 2002).

La influencia de la autoeficacia como variable de motivación positiva se ha investigado en ámbitos como el académico o educacional (Bong y Skaalvik, 2003) y laboral, por ejemplo, Cherniss (1993) afirma que los sentimientos de competencia actúan como motivadores en las personas, y que cuando esos sentimientos se frustran, se experimentan síntomas como el cansancio emocional característico del Burnout. Opuestamente, los sujetos con mayor autoeficacia superarán más efectivamente el estrés y experimentarán en menor medida el síndrome. Desde un enfoque clínico, se ha investigado por ejemplo su relación con la salud y conductas adictivas (Miller, 1998; Marlatt, Baer y Quigley, 1999), su aplicación a programas preventivos frente al SIDA (Planes, 1995), su influencia en los procesos de adaptación a enfermedades crónicas

(Wiebe y cols., 1994) y su relación con los efectos del biofeedback en el tratamiento de diferentes problemas de salud (Villamarín y Bayés, 1990).

La autoeficacia percibida ante situaciones estresantes o amenazantes generará así unas expectativas sobre los resultados en función de la convicción por parte del individuo de que no sólo posee los recursos de afrontamiento necesarios sino que además es capaz de mantener una flexibilidad adaptativa que le permita controlar las demandas de la situación. Los efectos motivacionales de esa auto percepción influirán de forma que si existen expectativas de autoeficacia se facilitará la elección de comportamientos saludables autoimpuestos o de prescripción médica, la persistencia para abandonar hábitos perjudiciales para la salud o estrategias de afrontamiento adecuadas ante situaciones difíciles como una enfermedad incapacitante por ejemplo. A su vez, el efecto emocional de la autoeficacia perfilará una percepción de control que considerará de la salud como un bien importante para el sujeto y modificable positivamente por su propio comportamiento.

Las dimensiones positivas de la personalidad mencionadas hasta ahora (Sentido de la Coherencia, Personalidad Resistente y procesos de personalidad auto-reguladores), sugieren estilos de afrontamiento activos y constructivos frente a situaciones estresantes o difíciles de la vida en general. El componente emocional sin embargo no debe supeditarse al estudio de los auto-reguladores mencionados. La **Competencia Emocional**, por ejemplo, incluye además las emociones positivas y los recursos personales que producen estados de ánimo positivos, pensamientos positivos, flexibles, creativos y originales (Garrosa, 2002). La correcta percepción de nuestros sentimientos y emociones así como las de los demás, ayuda a plantear razonamientos ajustados a la realidad y a la toma de decisiones. Por todo ello, los elementos de competencia personal (como la conciencia de uno mismo, la autorregulación y la motivación) y de competencia social (como la empatía y las habilidades sociales) se presentan como factores adaptativos de la personalidad (Goleman, 1998).

El optimismo como variable disposicional (Scheier y Carver, 1985, 1987, 1992) para mantener expectativas generalizadas de resultados positivos, de bienestar en la vida y pensamientos de felicidad, ha sido también relacionado con conductas activas de salud en el individuo en varios sentidos:

- En la medida en que se dirigen a metas u objetivos concretos y permiten mayores estrategias adaptativas ante situaciones de estrés. Se ha relacionado por ejemplo con afrontamientos centrados en el problema y menores usos de afrontamientos pasivos.
- Relacionándolo con hábitos saludables y promotor de conductas de salud. Se correlaciona con menores autoinformes de enfermedad física.

Al contrario que en las disposiciones pesimistas en las que se anticipan acontecimientos negativos que se esperan pasivamente o con respuestas fatalistas, la perspectiva optimista en los sujetos supone beneficios para la salud en la medida en que facilita procesos adaptativos activos y de auto-regulación.

III. Personalidad y Modulación del Estrés

Mientras que en los dos enfoques precedentes el énfasis estaba puesto en las variables de la personalidad, esta aproximación se centra en el análisis de cómo influye la personalidad en el tipo de respuesta al estrés, teniendo en cuenta variables del ambiente, de afrontamiento y/o de valoración cognitiva. El afrontamiento al estrés sería la forma de operacionalizar el estilo, forma o procesos que adopta la personalidad.

Ha sido habitual presentar dos posibles planteamientos del afrontamiento al estrés, los modelos explicativos interactivos y los transaccionales. Los primeros (Lazarus y Folkman, 1984) se centran en la personalidad como variable moduladora, el control personal actuaría como modulador del estado de estrés. Las diferencias individuales se analizan principalmente como proclividad a sufrir estrés y como vulnerabilidad ante sus posibles efectos patológicos.

Desde los modelos transaccionales, por el contrario (Smith, 1989), se tiene en cuenta la relación entre persona y situación. Los aspectos motivacionales o cognitivos de la personalidad son los que incrementarán o disminuirán la evaluación de la situación como amenazante y plantean el estudio de la personalidad como un sistema de respuestas y afrontamiento al estrés en función de variables no solo individuales sino también del entorno. Esa segunda perspectiva plantea una naturaleza recíproca del proceso que supone que las disposiciones de personalidad pueden ser cambiadas y mantenidas por los eventos, situaciones y contextos que en diferentes ciclos van formando aproximaciones transaccionales de la personalidad.

El comportamiento saludable del ser humano es todavía más significativo cuando se presenta en entornos o circunstancias adversas de la vida. ¿Qué procesos psicológicos positivos se dan en esas personas incluso en circunstancias altamente estresantes que consiguen el desarrollo de estrategias de afrontamiento adaptativas?

Diferentes aproximaciones intentan actualmente investigar esto (de Ridder, Depla, Severens y Maslach, 1997; Folkman, S., 1997) encontrando cómo, entre otras cosas, el sentido que la persona otorgue a la situación de estrés o enfermedad, como algo negativo o como un desafío, supone la adopción de diferentes estrategias de afrontamiento, resolución del problema y emociones consecuentes (positivas o negativas, de distrés).

Siguiendo esta línea de trabajo, destacan los estudios en niños que viven en circunstancias adversas de extrema pobreza (Garmenzy, 1991 y 1994; Garmenzy, Masten y Tellegen, 1984), con entornos sociales difíciles (Osborn, 1990; Garbalino, 1995), o con padres mentalmente enfermos (Garmenzy, 1994; Rutter, 1985, 1987 y 1998; Masten y col., 1991). Todos ellos se han centrado en **el constructo de resiliencia**, que incluye los aspectos de la cognición, motivación, emoción, contribución del ambiente y acciones que esos niños han mantenido para llegar, a pesar de todo, a desarrollarse psicológicamente sanos y socialmente exitosos, a construir familias estables y a contribuir positivamente con la sociedad.

A diferencia del enfoque de riesgo, el enfoque de resiliencia tiene dos componentes principales con perspectiva positiva:

- La resistencia a la destrucción de estas personas
- La capacidad de reconstruir sobre circunstancias o factores adversos.

El perfil de los niños y adolescentes resilientes incluye características adaptativas que se pueden encuadrar en la competencia social, la capacidad de resolución de problemas, la autonomía y el control interno, el planteamiento de metas, y de expectativas saludables.

Hasta ahora la promoción de la resiliencia se ha aplicado como una estrategia de intervención psico-social en situaciones de pobreza o riesgo social (entornos violentos, con drogadicción, etc.) y principalmente en niños y adolescentes. Sin embargo, las características procesuales de personalidad resiliente no tienen porqué limitarse a esos entornos. Probablemente, en procesos adversos de otros tipos tales como situaciones de estrés traumático secundario, personas sometidas a altos niveles crónicos de estrés (por ejemplo cuidadores de enfermos críticos) o profesionales con entornos laborales en los que son difíciles evitar situaciones críticas y adversas (médicos, enfermeras, bomberos, policías, etc.) estas características sean una fuente de recursos positivos para la salud.

Modelo procesual de personalidad positiva y salud.

Todas estas aproximaciones revisadas hasta ahora intentan responder a la pregunta de *¿qué factores de la personalidad facilitan a los individuos desarrollar la facultad de adaptación al ambiente y le permiten el ajuste saludable a su medio?* Quizás, como sugieren Oullette y Di Placido (2001), la respuesta no está de manera diferenciada en cada uno de esos modelos sino en el enfoque que resulta del conjunto de ellos y que transmiten una imagen y un modelo teórico de la persona basado en la capacidad y posibilidad que tiene de planificar su acción, anticiparse a algunos eventos, construir cognitivamente la percepción que tiene de la realidad, y especialmente de los acontecimientos que le hieren y le golpean, suscitando dolor, malestar y conductas de evitación, y, finalmente de autoregular sus conductas y emociones aún cuando esta acción sea aversiva y no contribuya a obtener beneficios personales, inmediatos o físicamente reforzantes.

Según Lazarus, (2001) enfoques teóricos divergentes coinciden en considerar cinco variantes esenciales presentes en los esfuerzos adaptativos que realizamos ante daños, amenazas, desafíos y beneficios: cognición, motivación, emoción, contribución del ambiente y acciones. Son numerosos los trabajos y líneas de investigación que siguiendo una o varias de esas variables como referente teórico, plantean el estudio de factores de personalidad saludables, es decir, que siguen el llamado ***modelo salutogénico***.

Este planteamiento parte de aspectos positivos y no de déficit y propone centrarse no tanto en el estudio de las causas del enfermar sino en los procesos de resistencia y fortaleza ante situaciones de riesgo, así como de promocionar lo positivo más que inhibir lo negativo. Según Antonovsky (1996), tiene las siguientes características:

- Considera la salud/ enfermedad como un continuo
- Hace énfasis en la historia de salud/ enfermedad del ser humano
- Se centra en los recursos de afrontamiento para la superación de los problemas y la promoción de la salud.
- Fomenta la adaptación del organismo/ ambiente.

El *modelo procesual de personalidad positiva y salud* que actualmente estamos desarrollando parte de esos modelos parciales para intentar llegar a un modelo integral que aúne dimensiones analizadas y compartidas por diferentes modelos salutogénicos y las relacione con otras variables que consideramos complementarias como aquellas que hacen referencia a competencias emocionales del sujeto. La elección de las dimensiones de estudio se realizará con un criterio clave: el énfasis en la persona como sujeto activo y no pasivo ante las situaciones relevantes para su salud.

Consideramos oportuno para establecer unas líneas de investigación y prevención adecuadas, partir de un concepto de salud no como ausencia de enfermedad, sino como una *variable dinámica* que se enmarca en los planos individual, laboral, social y ecológico de la persona, junto a estilos de vida, recursos personales y habilidades individuales. Si incluso en situaciones de estados negativos de salud o de adversidad, observamos que los sujetos tienen la capacidad y posibilidad de desarrollar respuestas saludables que a su vez se constituyen como recursos de la persona en la transacción y manejo de sus problemas, esas respuestas y recursos deberían formar parte de las investigaciones, para el estudio de su funcionamiento y potenciación en el individuo como medida preventiva y de salud.

Como definición de personalidad positiva planteamos partir de un *modelo procesual* que se interrelaciona con ese concepto de salud, que se compone de múltiples facetas, no de rasgos inamovibles y que actúa modulando las situaciones de estrés desde las perspectivas cognitivas, motivacionales, conductuales y emocionales del sujeto en relación con su ambiente (modelo transaccional, no interactivo):

1. La personalidad positiva podrá suponer así un afrontamiento cognitivo de los estímulos aversivos y estresantes de la vida con recursos que facilitan un control de las situaciones en función de su consistencia, significado y ajuste a las demandas ambientales y expectativas personales.
2. Se partiría de un enfoque motivacional, centrado en la implicación de la persona con lo que hace, enfrentándose a las situaciones y valorándolas en su justa medida.
3. Se plantea la perspectiva de personalidad activa, de la capacidad del sujeto para intervenir modificando al menos parcialmente su contexto y mantener alguna forma de control sobre el ambiente con una conducta constructiva que le permita aprender de todo tipo de experiencias, aunque sean aparentemente negativas, para obtener mejores resultados en el futuro. Para ello es esencial la concepción de las dificultades como oportunidades de avanzar y la percepción de poseer las habilidades y recursos necesarios para ello.
4. Se propone el análisis de las Competencias Emocionales de la persona como facilitadoras de un modo de interacción personal, con nosotros mismos y con los

demás, y que permiten la identificación de las necesidades básicas y el reconocimiento adaptativo, permitiendo el autocontrol y la expresión de las emociones que dan lugar a conductas saludables.

En conclusión, las bases teóricas y aplicadas que se proponen son:

- ✓ Personalidad como proceso y no como rasgo
- ✓ Perspectiva transaccional y no interaccional
- ✓ Individuo con papel activo ante su salud, no pasivo

Todas esas características positivas y procesuales de personalidad unidas a unas características de resistencia en circunstancias adversas, proponen un enfoque de ***Personalidad Positiva o Resiliente***. Los programas de prevención y promoción de la salud desde esta perspectiva deberán focalizarse más en las consecuencias de adoptar conductas saludables que resaltar la relación entre riesgos y conductas no saludables y a su vez, el considerar la personalidad como agente activo en la búsqueda de la salud no debe olvidar el aspecto social y cultural en el que ésta se enmarca.

Sugerimos desde la Psicología, y las Ciencias Sociales en general, el desarrollo de líneas de trabajo centradas, no sólo en la identificación de conductas de riesgo, sino también en las promotoras de la salud, implicando a todos los estamentos sociales en el desarrollo de competencias psicosociales que aporten el enriquecimiento necesario de la personalidad individual. El desarrollo de las conductas de salud pasa previamente por el desarrollo de la persona y de sus recursos, así como de la creación de contextos de interacción. No es posible pensar en el desarrollo de conductas saludables al margen del contexto del desarrollo de la persona.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Alonso, E. y Pozo, C. (2001). Análisis de los factores psicosociales de riesgo en los profesionales dedicados al cuidado de la salud. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 17 (3), 273-294.

Álvarez - Dardet, C. La Promoción de la Salud. En red:
www.ua.es/dsp/matdocente/documents/mpysp/promocion/prosalud.pdf

Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1990). Pathways Leading to Successful Coping and Health. En M. Rosenbaum (Ed.) *Learned Resourcefulness* pp. 31-63. Nueva York: Springer Publishing Company.

Antonovsky, A. (1991). The structural sources of salutogenic strengths. C.L. Cooper, R. Payne (Eds), *Personality and Stress: Individual Differences in the Stress Process*. Chichester: John Wiley and Sons. Cap. 4, pp. 67-104.

Antonovsky, A. (1994). A sociological critique of the “Well-Being” movement. *Advances: The Journal of Mind-Body Health*, Vol. 10, No 3, pp. 4-12.

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11: 11-18.

Armikan, J.H. y Greaves, H. (2003). Sense of coherence and stress: the mechanics of a healthy disposition. *Psychology and Health*, 18, (1), pp. 31-62.

Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs: N J.

Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*, Freeman: New York.

Barreto, M.P., Capafons, A. e Ibáñez, E. (1987). ¿Depresión y cáncer o adaptación y cáncer?. *Boletín de Psicología*, 14, pp. 125-146.

Blanco, A., Sánchez, F., Carrera, P., Caballero, A. y Rojas, D. (2000). Supuestos teóricos para un modelo biopsicosocial de las conductas de riesgo. En Yubero, S. y Larrañaga, E. (Eds.). *SIDA: Una visión multidisciplinar* (pp. 41-62). Cuenca: Ediciones Castilla La Mancha.

Bloch, A.M. (1977). The battered teacher. *Today's Education*, 66, 58-62.

Bong, M. y Skaalvik, E.M. (2003). Academic Self-Concept and Self-Efficacy: How different are they really?. *Educational Psychology Review*, Vol. 15, (1).

Cebriá, J.; Segura, J.; Corbella, S.; Sos, P.; Comas, O.; García, M.; Rodríguez, C.; Pardo, M.J. y Pérez, J. (2001). Rasgos de personalidad y Burnout en médicos de familia. *Atención Primaria*, Vol. 37, 7, pp. 459-468.

Cherniss, C. (1993). The rol of proffesional self-efficacy in etiology of burnout. En Schaufeli, W.B.; Moret, T. y Maslach, C. (Eds.). *Professional burnout: Recent developments in theory and research*, pp. 135-149. Washington DC: Hemisphere.

Cichon, D.J. y Koff, R.H. (1980). Stress and teaching. *NASSP Bulletin*, 64, 91-104.

de Ridder, M.; Depla, M.; Severens, P. y Maslach, M. (1997). Beliefs in coping with illness: A consumer's perspective. *Social Science & Medicine*, 44, 553-559.

Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intetion, and Behavior: An introduction to theory and research*. Reading, M.A: Addison-Wesley.

Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science & Medicine*, 45, 1207-1221.

Garbalino, J. (1995). *Raising Children in a socially toxic envionment*. San Francisco, California: Jossey-Bass Publishers.

Garmenzy, N. (1991). Resiliency and Vulnerability to Adverse Developmental Outcomes Associated with Poverty. *American Behavioral Scientist*, 34, Vol. 4, pp. 416-430.

Garmenzy, N. (1994). Reflections and commentary on risk, resilience, and development. En Haggerty, R.; Sherrod, L.; Garmenzy, N.; Rutter, M. *Stress, risk and resilience in children and adolescents*. Cambridge: University Press, pp. 1-18.

Garmenzy, N.; Masten, A.; y Tellegen, A. (1984). The study of stress and competence children: a building block for developmental psychopathology. *Child development*, Vol.55, pp. 97-111.

Garrosa, E. (2002). Competencia Emocional y Procesos Saludables. Conferencia del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, Iª Jornada Agustín Lafourcade.

Gil Roales-Nieto, J. (1998). *Manual de Psicología de la Salud. Volumen I. Aproximación histórica y conceptual*. Granada: Ediciones Némesis.

Gutiérrez García, J.M. Eustrés: Un nuevo modelo de superación del estrés. En red: www.psicologiacientifica.com/articulos/ar-juanm01.htm

House, (1972). The relationship of intrinsic and extrinsic work motivation to occupational stress and coronary heart disease risk. Tesis doctoral no publicada, University of Michigan.

Hubert, J.A.; Gable, R.K.; e Iwanicki, E.F. (1990). The relationship of teacher stress to school organizational health. In S.B. Bacharach (ed.), *Advances in research and theories of school management and educational policy* (pp. 185-207). Greenwich: JAI.

Ibáñez, E. (1984). Reflexiones sobre la relación entre depresión y cancer. *Boletín de Psicología*, 4, pp. 99-117.

Idel, M., Melamed, S., Merlob, P., Yahav, J., Hendel, T. y Kaplan, B. (2003). *Journal of Nursing Management*, 11 (1), pp. 59-63.

Kaplan, W.H. y Kimball, C.P (1982). The risk and course of coronary artery disease. A biopsychosocial perspective. En Milton, T., Green, C. y Meagher, R. (Eds). *Handbook of Clinical Health Psychology*. New York: Plenum Press.

Kobasa, S.C. (1982). The hardy personality: Toward a social psychology of stress and health. En G.S. Sanders y J. Sals (eds.) *Social psychology of health and illness* (pp.3-32). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Krantz, D.S. y Durel, L.A. (1983). Psychobiological substrates of the Tipe A behavior pattern. *Health Psychology*, 2, pp. 393-411.

Lazarus, R. S. (2001). Estrés y Salud. En Buendía, J. y Ramos, F. (Coord.), *Empleo, Estrés y Salud*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Mc Mullen, M.B. y Krantz, M. (1988). Burnout in day care workers: The effects of learned helplessness and self-esteem. *Child and Youth Care Quarterly*, 17 (4), pp. 275-280.

Marlatt, G.A.; Baer, J.S. y Quigley, L.A. (1999). Autoeficacia y conducta adictiva. En Bandura, A. (Ed.), *Autoeficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Masten, A.S.; Best, K.M. & Garmenzy, N. (1991). Resilience and Development: Contributions from the Study of Children who Overcome Adversity. *Development and Psychopathology*, 2, pp. 425-444.

Mayor, R. (1987). Burnout. *British Medical Journal*, 295, 284-285.

Mikkelsen, E.G. y Einarsen, S. (2002). Relationships between exposure to bullying at work and psychological and psychosomatic health complaints: The role of state negative affectivity and generalized self-efficacy. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43, (5), pp.397-405.

Miller, L. (1998). Ego autonomy and the helthy personality: Psychodynamics, cognitive style, and clinical applications. *Psychoanalytic Review*, 85, (3), pp. 423-448.

Moreno-Jiménez, B. (1997). Evaluación Cognitiva de la Personalidad. En G. Buela Casal y J. Sierra (Eds.), *Manual de Evaluación Psicológica*. Madrid: SigloXXI.

Moreno-Jiménez, B., Alonso, M. y Alvarez, E. (1997). Sentido de la Coherencia, Personalidad Resistente, Autoestima y Salud. *Psicología de la Salud*, 9, (2).

Moreno-Jiménez, B., González, J. y Garrosa, E. (1999). Burnout docente, sentido de la coherencia y salud percibida. *Coherencia y burnout. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* (4), 3, pp. 163-180.

Moreno-Jiménez, B., González, J. y Garrosa, E. (2000). Personalidad Resistente, Burnout y Salud. *Escritos de Psicología*, 4, pp. 64-77.

Moreno-Jiménez, B., González, J. y Garrosa, E. (2001). Variables de personalidad y proceso del burnout: Personalidad Resistente y Sentido de la Coherencia. *Revista Interamericana de Psicología Ocupacional*. Vol. 20, (1), pp. 1-18.

Nagy, S. y Davis, L.G. (1985). Burnout: A comparative analysis of personality and environmental variables. *Psychological Reports*, 57, pp. 1319-1326.

Nowack, K.M. (1986). Type A, hardiness, and psychological distress. *Journal of Behavior Medicine*, 9 (6), pp. 537-548.

OMS. “*Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*”. *Rev. Sanidad e Higiene Pública*, nº 61. Enero- Febrero 1987; pp. 129-133.

Osborn, A.F. (1990). Resilient children: a longitudinal study of high achieving socially disadvantaged children. *Early Child Development and Care*, 62, pp.23-47.

Oullette, S. C. y Di Placido, J. (2001). Personality’s Role in the Protection and Enhancement of Health: Where the Research Has Been, Where It Is Stuck, How It Might Move. En A. Baum, T.A. Revenson y J.E. Singer (Eds) *Handbook of Health Psychology*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Peñacoba, C. y Moreno-Jiménez, B. (1998). El concepto de Personalidad Resistente. Consideraciones teóricas y repercusiones prácticas. *Boletín de Psicología*, 58, pp. 61-96.

Planes, (1995). Expectativas de autoeficacia y su relación con los comportamientos sexuales preventivos frente al SIDA. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 13, 27-37.

Rosenstock, I.M. (1974). The Health Belief Model and prevention health behavior. *Health Education Monographs*, pp.354-386.

Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, Vol.147, pp. 598-611.

Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. En Rolf, J.; Masten, A.; Cicchetti, D.; Nuechterlein, K. & Weintraub, S. (Eds.) *Risk and protective factors in the development of psychopathology*; pp. 181-214. New York: Cambridge University Press.

Rutter, M. (1998). *Psychosocial adversity: risk, resilience and recovery*. Social Genetic and Developmental Institute of Psychiatry Research Centre, London: Institute of Psychiatry.

Sánchez Barriga, J.J.; Flores Anguiano, D.; Ramos Corrales, M.A.; Hurtado Figueroa, R. y Medecigo Micete, J.M. (2000). Factores de riesgo coronario y su relación con arritmias e isquemia miocárdica silente en cirujanos. *Educación e Investigación Clínica*, Vol. 1, 3, pp. 181-185.

Sánchez, F., Rubio, J., Páez, D. y Blanco, A. (1998). Optimismo ilusorio y percepción del riesgo. *Boletín de Psicología*, 58, 7-17.

Selye, H. (1978). *The Stress of Life*, Nueva York: Mc Graw Hill. (Original publicado en 1956)

Scheier, M.F. y Carver, C.S. (1985). Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, pp. 219-247.

Scheier, M.F. y Carver, C.S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality*, 55, pp. 169-210.

Scheier, M.F. y Carver, C.S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16, pp. 201-228.

Smith, T.W. (1989). Interactions, transactions, and the Type A pattern: Additional avenues in the search for coronary-prone behavior. En Siegman, A.W. y Dembroski, T.M. (Eds.). *In search for coronary-prone behaviour* (pp. 91-116). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Söderfeldt, M; Söderfeldt, B.; Ohlson, C.G.; Theorell, T. y Jones, I. (2000). The impact of coherence and high-demand / low-control job environment on self-reported health, burnout and psychophysiological stress indicators. *Work & Stress*, Vol. 14, (1), pp. 1-15.

Villamarín, F. y Bayés, R. (1990). Papel de las variables cognitivas en el tratamiento mediante biofeedback EMG de las cefaleas tensionales. *Análisis y Modificación de Conducta*, 16, 48, pp. 165-192.

Wiebe, D.J.; Alderfer, M.A.; Palmer, S.C., Lindsay, R. y Jarrett, L. (1994). Behavioral self-regulation in adolescents with tiype I diabetes: negative affectivity and blood glucose sympton perception. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62 (6), 1204-1212.

Wiebe, D.J., y Smith, T.W. (1997). Personality and Health. Progress and Problems in Psychosomatics. En R. Hogan, J. Johnson, S. Briggs, (Eds) *Handbook of Personality Psychology* (pp. 891- 918). New York: Academic Press.

Zimbardo, P.G., Ebbeses, E.B. y Maslach, C. (1977). *Influencing attitudes changing behavior*. Reading, M.A.: Addison-Wesley.