

**PSICOLOGIA DE LA SALUD, DIMENSIONES DE
PERSONALIDAD Y MOTIVACION EN ENFERMOS
CRONICOS (I): DIFERENCIAS DE PERSONALIDAD Y
MOTIVACION EN ENFERMOS RENALES
Y NO RENALES CON PROCEDIMIENTOS
NORMATIVOS TRADICIONALES Y MENOS
TRADICIONALES**

V. Pelechano

C. Dolores Sosa

Juan I. Capafóns

Departamento de Personalidad, Evaluación y
Tratamientos Psicológicos
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA (Tenerife-España)

RESUMEN

Sobre una muestra de 30 hipertensos, 52 pacientes renales en estado terminal, 24 transplantados renales y 30 enfermos con distinta patología renal se presentan resultados diferenciales con relación a muestras normativas (entre 426 y 1614 adultos normales, no enfermos crónicos ni psicopatología conocida) y diferencias entre grupos de tres factores de rigidez, dos de motivación fantasiosa, seis de motivación realista para el rendimiento y tres de locus de control. Tentativamente se ofrecen, además, resultados de análisis múltiple discriminante paso a paso. Los resultados demuestran que se dan diferencias entre adultos no enfermos crónicos y enfermos crónicos; que estas diferencias no se distribuyen azarosamente y que el acercamiento

nomotético puede dar sus frutos dentro de la psicología diferencial del enfermo crónico. Los resultados se discuten dentro de un modelo de parámetros de personalidad.

Palabras Clave: *personalidad en enfermos crónicos, enfermos renales terminales, psicología de la salud y personalidad.*

SUMMARY

From diverse normative samples (between 426 and 1614 normal human adults) we present provisory differential results for hypertension (N = 30), end stage renal disease (N = 52), kidney transplants N = 24) and diverse nephrological illness (N = 30). The differential procedure used come from normative methodology and multivariate discriminant analysis. Following personality dimensions were explored: rigidity (3 factors), actual performance motivation (6 factors), fantasy motivation for performance (2 factors) and locus of control (3 factors). The results show non-hazardous normative differences and suggest that the nomothetic approach is alive and has more potential developments than heretofore accepted in contemporary psychology. The results are discussed within a theoretical model of parameters in personality psychology.

Key Words: *personality in chronic physical illness, personality in end stage renal disease, health psychology and personality.*

INTRODUCCION

Después del período de “gran crisis” de la psicología de la personalidad a finales de los sesenta y comienzos de los setenta, los desarrollos de esta especialidad han sido sorprendentes y gratos, con una creciente complejidad teórica y metodológica que ha propiciado el análisis de parcelas psicológicas no contempladas con anterioridad y que poseen una relevancia indudable. Más allá del estatismo ingenuo de los rasgos tradicionalmente entendidos, la psicología de la personalidad de nuestros días opera con una multiplicidad de unidades de análisis y una temática en la que entra tanto la normalidad como la anormalidad en sus más amplios significados (no solamente “mentales”). La preocupación del ser humano de nuestros días por el bienestar y la salud se ha visto reflejada en la derivación de una serie de trabajos que han tratado de dar respuesta a estas demandas.

Por otro lado, la clínica psicológica ha evolucionado y más allá de las psicodinamias, los conductismos y los cognitivismos, los últimos 20 años han contemplado la introducción decisiva de psicólogos en los servicios asistenciales de salud. La ampliación de la clínica, primero a medicina comportamental y, posteriormente a la denominada psicología de la salud ha representado un acercamiento definitivo de la psicología clínica a la psicología de la personalidad. Así, elementos claramente identificables de la psicología de la personalidad se utilizan como “predictores”, causales y/o desencadenantes de enfermedades tales como la enfermedad coronaria o el cáncer (Cohen, 1979).

El cultivo de esta parcela de la psicología no se ha hecho, prioritariamente desde posiciones académicas, teóricas ni experimentales sino desde la premura, urgencia y asistencia sanitaria. Han sido médicos y psicólogos comprometidos con esa asistencia los más activos en la publicación de trabajos. Trabajos, por lo demás, meritorios pero que, en ausencia de una formación psicológica básica han desembocado en redundancias, nomenclaturas un tanto dubitativas cuando no francamente difíciles de integrar y líneas de trabajo que recogen, en gran medida, la “moda científica” de la época y los tipos de problemas que se consideraban prioritarios. En este sentido, una vuelta a procedimientos y modos de pensar un tanto más “clásicos” bien podría merecer la pena, siquiera porque éstos han sido contrastados durante un largo período de tiempo y, a la postre, la lectura de los últimos tipos de trabajos publicados hace sospechar que van a ser “redescubiertos” como una de las últimas “novedades” (tal y como ocurrió, por ejemplo, con la cuantificación y partes sustanciosas del modelo psicométrico tradicional dentro del denominado análisis funcional de conducta).

Resulta ejemplo paradigmático de ello lo que el autor senior ha denominado en algún caso la “personalidad alfabética” o del alfabeto (Pelechano, 1989). Una de las primera tradiciones en psicología de la salud fue la delimitación de la llamada primero “personalidad tipo A”, luego, “patrón de conducta tipo A”, cuyos contenidos teóricos saben a rancios en su mayor parte, a fuer de antiguos; su modo de evaluación discutible (Gray et al., 1990), su poder predictivo algo menos que escaso (Booth-Kewley y Friedman, 1986) y su poder heurístico se difuminan en contraposiciones alfabéticas: lo que no era A, era B. Luego vinieron la C (cáncer) y la D (depresión). Un tanto jocosamente, los autores de este trabajo han hablado de la personalidad “L” o litiásica o de la “R” o renal. Finalmente, a la vista de los resultados poco conclusivos de los estudios experimentales se ha tendido a seguir un estilo de discurso como el que sigue: se aplican unos determinados instrumentos (con escaso valor de constructo, apenas apoyatura teórica, escasa base empírica y fruto de intuición clínica) a grupos-criterio y se obtienen diferencias significativas en algunos casos. Desde ahí se concluye que “existe” algo común (que es lo que daría razón de estas diferencias) a todos los criterios que han dado lugar a diferencias significativas. Y este estilo, simplemente, es científicamente falaz.

porque el hecho de obtener diferencias entre grupos a lo largo de 20 o 30 variables (y usualmente son muchas menos) **no significa que estas variables representen un patrón de covariación común**. El patrón de covariación debe ser determinado y contrastado empíricamente mediante análisis de coeficientes de correlación y, en todo caso, análisis factorial y/o análisis de escalamiento multidimensional. Y, cuando esto se ha hecho, los resultados no han sido todo lo satisfactorios que cabría esperar y por eso, entre otras cosas, primero se habló de "personalidad", luego de "patrón" y en un próximo futuro posiblemente se acuñe una nueva expresión, como "tendencia a presentar diferencias en algunos casos o grupos de personas".

Todo ello ha hecho olvidar procedimientos, conceptos y modos operativos que han sido conquistas de hace ya unos años en psicología de la personalidad y que bien merecería la pena de retomar. Así, vaya por caso, lo que acaba de mencionarse más arriba fue un estilo de discurso empleado por Kretschmer para la elaboración de su propuesta "dimensión" de "capacidad de disociación" (la *Spaltungsfähigkeit*) y que fue analizada críticamente y críticamente juzgada en la tesis doctoral de Payne dirigida por H.J. Eysenck en la universidad de Londres en la década de los cincuenta, al demostrar que la media de los coeficientes de correlación entre las pruebas de disociación era de icero!

Estos tipos de consideraciones que anteceden nos han llevado a ofrecer unos primeros resultados a modo de experimento piloto acerca de la psicología diferencial y/o fuentes de diferenciación entre grupos de enfermos crónicos y personas sin tales achaques, utilizando puntuaciones normativas, por un lado y, por otro, explorar la posibilidad de que una serie de factores de personalidad que venimos estudiando, algunos de ellos a lo largo de los últimos 15 años y que fueron pensados originalmente para poblaciones "normales", posean valor diferencial entre grupos criterio de enfermos crónicos, alguno de los cuales posee un valor heurístico para la delimitación de patrones de conducta estudiados en la personalidad del abecedario a la que nos referíamos más arriba. Téngase presente que se trata de un primer estudio piloto y que va a ser seguido por otros, y que junto a la fase de descripción existe otra de intervención a nivel individual y grupal, fase que nos está comenzando a ocupar.

En esencia, los objetivos que perseguimos en este trabajo son los siguientes: (i) presentar datos correspondientes a las diferencias psicológicas en personalidad entre personas sin enfermedad crónica y enfermos crónicos, a partir de puntuaciones normativas; (ii) presentar datos respecto al empleo de procedimientos de análisis multivariados en la delimitación de perfiles de personalidad diferenciales y (iii) relacionar los resultados alcanzados con las tendencias actuales de las personalidades alfabéticas a las que nos hemos referido más arriba.

METODO

Los **participantes** directos en este estudio han sido un total de 136 enfermos crónicos, con un rango de edad entre 18 y 60 años. Todos ellos proceden de los dos hospitales grandes y oficiales de Santa Cruz de Tenerife, con un ligero predominio de varones (60,29%). Los participantes se organizaron en cuatro grupos en función de su diagnóstico principal (no existían complicaciones posteriores): 30 hipertensos; 52 enfermos sometidos a diálisis; 24 transplantados renales (naturalmente que con éxito, de otra forma volvían al sistema de diálisis) y 30 enfermos con problemas renales crónicos aunque no en estado terminal (litiasis, nefritis, etc.). El nivel socioeconómico y cultural era bajo.

Por otra parte, la muestra de normalización estuvo formada por un número entre 426 y 1614 adultos "normales" (el número varió en función del cuestionario, tal y como se expresa más adelante), comparables en nivel socioeconómico y cultural a los grupos de enfermos. Se trataba de 426 adultos que habían cumplimentado el cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución; 595 que habían cumplimentado los cuestionarios de rigidez y motivación extrema y 1614 que habían cumplimentado el cuestionario LUCAM. En la lógica de análisis seguida, comparamos las puntuaciones normalizadas obtenidas por los distintos grupos de enfermos con las de los grupos normativos.

Los **cuestionarios** sobre los que vamos a presentar datos en este trabajo han sido los siguientes: cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución de Pelechano (1974), que muestrea seis factores de motivación realista, la mayoría de ellos positivamente relacionados con el rendimiento laboral; estos factores son los siguientes: (i) tendencia a sobrecarga de trabajo (con ítems del estilo: "Suelo llevarme trabajo a casa para resolverlo"); (ii) indiferencia y separación entre el mundo del trabajo y el del ocio (elementos del tipo: "Yo trabajo lo que se me pide, y no más"); (iii) autoexigencia laboral ("Dicen que trabajo más que los demás"); (iv) motivación general positiva hacia la acción ("Con tal de hacer algo, soy capaz de trabajar sin cobrar"); (v) inhibición en situaciones estresantes ("Cuando hago alguna prueba, no puedo concentrarme en lo que estoy haciendo") y (vi) acción-superación en situaciones de estrés ("Las situaciones difíciles, más que paralizarme, me estimulan"). El cuestionario EME, de motivación extremada y fantasiosa sobre la acción (Pelechano, 1972), cuyos dos factores empíricos reflejan una actitud extremada, positiva y fantasiosa hacia el rendimiento y hacia uno mismo: (i) valoración fantasiosa y extremada hacia uno mismo ("Por mucho que se esfuercen los demás, siempre les faltará aquello que a mi me da el éxito") y (ii) valoración extremada del mundo de trabajo ("Mi trabajo es lo más importante de mi vida"). El cuestionario LUCAM de locus de control interno (Pelechano y Báguena, 1984) es un cuestionario multifactorial de locus de control para adultos que, una vez depurado factorialmente aisló ocho factores, de los que hemos selec-

cionado tres para este estudio: (i) **fatum** externo en relaciones personales (“Hago lo que haga, lo que tiene que pasar, pasará”); (ii) exculpación en los fracasos sociales (“Cuando algo ha ido mal con alguna persona, no ha sido por mi culpa sino por la de los otros”) y (iii) auto-responsabilidad en las relaciones personales (“Por mucho que se empeñen los demás, yo tengo la culpa de que las cosas no nos vayan bien juntos”). Estos tres cuestionarios aislan factores de consolidación intermedia en el modelo de parámetros de Pelechano (1989).

Por lo que se refiere a factores de consolidación básica, se han elegido para este trabajo tres que pertenecen a un cuestionario de rigidez (Pelechano, 1972) y que teóricamente, forman parte del tronco de impulsividad (motivación realista y extrema): (i) autoexigencia rígida en el trabajo y detallismo (con items del tipo “Mi vida se rige por aquello de que primero es la obligación y luego, la devoción” o, “Disfruto haciendo trabajos pequeños, de detalle”); (ii) sobreesfuerzo personal y actitud de élite (“Me esfuerzo más que la mayoría de las personas”; “Cuando más te esfuerzas, más te vas diferenciando de los demás”) y (iii) un factor que denominamos principalismo social, en el sentido de que existe una aceptación de los principios básicos de funcionamiento social en el sistema occidental (división del trabajo, eficacia, relación trabajo-beneficio, etc., así, por ejemplo: “Lo que tienen que hacer los trabajadores para que los empresarios les paguen más es trabajar más y mejor”).

En las muestras de tipificación, los instrumentos fueron cumplimentados en grupos pequeños; en el caso de los enfermos, estos mismos instrumentos han sido cumplimentados de forma individual, con la aclaración correspondiente de los items en el caso de que no los comprendieran. El procedimiento concreto de cumplimentación, con todo, no influye significativamente en los resultados, al menos por lo que se refiere a lo que se ha hecho en nuestro caso. Todos los instrumentos de los enfermos fueron cumplimentados en casa de éstos, a donde se iba previa cita con ellos.

RESULTADOS

(1.1). Las comparaciones normativas.- En una primera consideración comparamos las puntuaciones obtenidas por los distintos grupos normativos con las de los grupos de enfermos participantes. Cálculo de la mediana para cada uno de los grupos, transformación de estas medianas a percentiles y cálculo de las diferencias. La expresión de las puntuaciones percentiladas y su nivel de significación con relación al grupo normativo se encuentra recogido en el cuadro número 1.

De todos los cuestionarios, el correspondiente a la motivación extremada fantásica parece que no desempeña ningún papel diferencial: las puntuaciones

directas, muy bajas, se corresponden con las puntuaciones normativas por lo que parece que, en todos los casos analizados, existe un considerable sentido de realidad.

En los otros dos cuestionarios se detectan resultados estadísticamente significativos, aunque no en todos los factores. Así, vaya por caso, por lo que se refiere al **locus de control**, el factor de auto-responsabilidad no desempeña papel diferencial alguno (la responsabilidad autoatribuida en las relaciones interpersonales parece similar en los enfermos crónicos a los de la población normal). La creencia en un **fatum** o necesidades fatalistas, carente de control y que determina las acciones humanas parece superior en todos los grupos de enfermos crónicos en comparación con la población en general; en este factor, el grupo de hipertensos parece claramente el de mayor puntuación ($p < 0,01$), seguido por el de diálisis ($p < 0,05$). En el factor de exculpación en fracasos sociales se sigue la misma tendencia aunque más clara: los enfermos crónicos tienden a culpar a los demás de los fracasos con mayor frecuencia-intensidad que los grupos de normales, siendo similar la adscripción tanto de los enfermos con diálisis, como los hipertensos y los de otra patología renal (los transplantados, aunque la diferencia es estadísticamente significativa, lo es de menor cuantía).

El cuestionario de motivación laboral realista se presenta, con mucho, como el instrumento con mayor volumen relativo de diferencias estadísticamente significativas (62,5%). En el tipo de poblaciones que han participado en este trabajo, los factores del cuestionario de la motivación realista hacia la acción pueden agruparse en factores favorecedores y factores perturbadores del rendimiento. Los factores perturbadores son el segundo (indiferencia) y el quinto (inhibición en situaciones de estrés). Resulta sintomático que las puntuaciones correspondientes a los factores teóricamente perturbadores son mayores a la media de la población: en el caso del factor de indiferencia y separación entre el mundo del ocio y el laboral **todas** las comparaciones son estadísticamente significativas y en el caso del factor de inhibición ante situaciones de estrés, tres de las cuatro lo son. La explicación tentativa del primer tipo de resultado posiblemente se deba a una constatación de que el mundo laboral representa una opción personal poco atractiva y, en el caso de la inhibición en situaciones de estrés, el hecho se explique, posiblemente, por la experiencia de sufrimiento personal que lleva aparejado el dolor pasado (grupos de diálisis y de trasplante con éxito), aunque en el caso de la hipertensión arterial el resultado no es posible explicarlo así (posiblemente, ello se deba, en este caso, a las recomendaciones reiteradas del facultativo en el sentido de que no debe cogerse las cosas "por la tremeda" sino que, más bien, debería desprenderse y no aceptar los retos sociales o personales). Resulta asimismo sintomático reseñar que el grupo de hipertensión, escasamente sintomático, se presenta con un perfil en estos factores, muy similar al resto de grupos, que sufren síntomas molestos y cuya medicación tiende a presentar efectos secundarios manifiestos.

CUADRO NUMERO 1.- PUNTUACIONES CENTILES Y DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE GRUPOS NORMATIVOS Y GRUPOS DE ENFERMOS CRONICOS EN LOS FACTORES DE RIGIDEZ Y MOTIVACION AISLADOS. La explicación en el texto.

GRUPOS

FACTORES	DIALISIS N = 52	TRANSPLANTE N = 24	OTROS N = 30	HIPERTENSOS N = 30
Rigidez (1)	35*	35	20**	35
Rigidez (2)	70**	60	45	60
Rigidez (3)	80***	60	50	65
Motivación (MA1)	50	55	25**	50
Motivación (MA2)	90***	70*	90***	70**
Motivación (MA3)	30**	30*	25**	40
Motivación (MA4)	45	45	15***	20**
Motivación (MA5)	75***	75**	65	85***
Motivación (MA6)	40	25*	40	25**
Motivación (ME1)	65	40	45	55
Locus contro (LC1)	65*	50	65	75
Locus contro (LC2)	85***	70*	85***	85***
Locus contro (LC3)	50	50	45	45

Nota.- Rigidez (1): autoexigencia rígida en el trabajo y detallismo; Rigidez (2): sobreesfuerzo y actitud de élite; Rigidez (3): principalismo social; Motivación (MA1): tendencia a sobrecarga de trabajo; Motivación (MA2): indiferencia y separación mundo trabajo y mundo del ocio; Motivación (MA3): autoexigencia en el trabajo; Motivación (MA4): motivación positiva hacia la acción; Motivación (MA5): inhibición en situaciones de estrés; Motivación (MA6): superación en situaciones de estrés; Motivación (ME1): autovaloración extremada de uno mismo; Motivación (ME2): valoración extremada del mundo laboral; (*) $p < 0,05$; (**) $p < 0,01$; (***) $p < 0,001$.

Por lo que se refiere a los factores motivacionales teóricamente favorecedores del rendimiento, los tendencias generales de las puntuaciones siguen patrones algo distintos. En primer lugar, la **tendencia a sobrecarga** en el trabajo, ofrece una puntuación similar entre tres de los cuatro grupos de enfermos crónicos y el grupo normativo (solamente el correspondiente a diversa patología renal puntúa significativamente menos, posiblemente debido a presencia de sintomatología doloro-

sa). Y algo similar ocurre en el caso del factor de motivación general positiva hacia la acción, factor en el que se observa una puntuación significativamente menor del grupo de los hipertensos (en contra de las previsiones que cabría hacer a partir de las expectativas creadas por el denominado patrón de conducta tipo A). El factor de reacción de superación ante situaciones de estrés asimismo presenta puntuaciones significativamente menores que el grupo normativo en dos de los cuatro casos (precisamente en los casos de hipertensión y transplantados), posiblemente, por rememoración de experiencias pasadas, toda vez que en el caso de diálisis y de otras nefropatías las puntuaciones son indistinguibles del grupo de normalización. Finalmente, en autoexigencia laboral, solamente el grupo de hipertensos presenta puntuaciones similares a las del grupo de normalización, el resto puntúa significativamente menos.

En suma: los resultados que se presentan en el cuadro número 1 parecen indicativos de que existen diferencias notorias entre los enfermos crónicos con distinta patología y los grupos de personas "normales", que las diferencias parecen esperables y que, en definitiva, la instrumentación aplicada puede representar una prometedora vía de acceso a la psicología diferencial del enfermo físico crónico. Además, los resultados no parecen ser coherentes con la teoría oficial del patrón de conducta tipo A, aunque sí lo son con muchos resultados que se han obtenido y son disonantes con relación a dichas opciones teóricas.

(1.2). Las diferencias entre grupos.- Un segundo paso consistió en la comparación inter-grupos de enfermos con relación a las variables descritas. Los resultados se presentan en el cuadro número 2:

Antes de comenzar con el comentario de los resultados que se presentan en el cuadro número 2 hay que señalar que, dado el estado inicial de la investigación y con el fin de poder abrir perspectivas, decidimos presentar tanto las diferencias significativas estadísticamente con los niveles usuales (mínimo al 5%), como aquellas otras con una significación marginal (hasta el 10%) pero que pueden iluminar ciertos claroscuros de interés. Vamos ya con el comentario de los resultados correspondientes del cuadro.

Las diferencias significativas más frecuentes son las que toman en consideración, en uno de los términos de la comparación, al grupo de diálisis (11 de 19 diferencias significativas tienen que ver con este grupo). Por otra parte, en las comparaciones entre grupos asimismo, la mayor concentración de diferencias se da entre el grupo de diálisis y el de nefropatías diversas (casi la mitad de las comparaciones son estadísticamente significativas). Finalmente, a nivel general habría que decir que este grupo de nefropatías diversas es el que presenta puntuaciones más bajas en los tres factores de rigidez que el resto y, además, tienden a presentar mayor indiferencia laboral, menor tendencia a la sobrecarga en el trabajo, menor respuesta de inhibición en situaciones de estrés y mayor motivación positiva hacia la acción.

CUADRO NUMERO 2.- NIVEL DE SIGNIFICACION DE LAS DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS DE ENFERMOS FISICOS CRONICOS EN LOS FACTORES DE PERSONALIDAD Y MOTIVACION. La explicación en el texto.

Factores	Nivel de significación de las diferencias					
	D/T	D/O	D/H	T/H	T/O	O/H
Rigidez (1)	-	.04(D)	-	-	-	.05(H)
Rigidez (2)	-	.06(D)	-	-	-	-
Rigidez (3)	-	.03(D)	-	-	.04(T)	-
Motivación (MA1)	-	.06(D)	-	-	.03(T)	-
Motivación (MA2)	.01(D)	-	.03(D)	-	.04(O)	.08(O)
Motivación (MA3)	-	-	-	-	-	-
Motivación (MA4)	-	.05(D)	-	.04(T)	.02(T)	-
Motivación (MA5)	-	-	-	-	-	.06(H)
Motivación (MA6)	-	-	-	-	-	-
Locus de control (LC1)	-	-	-	-	-	-
Locus de control (LC2)	.07(D)	-	-	-	-	-
Locus de control (LC3)	-	-	-	-	-	-
Motivación (ME1)	.09(D)	.08(D)	-	-	-	-
Motivación (ME2)	-	-	.08(D)	-	-	-

Nota.- Rigidez (1) = Autoexigencia rígida en el trabajo; Rigidez (2) = Sobreesfuerzo personal; Rigidez (3) = Principialismo; Motivación (MA1) = Sobrecarga; Motivación (MA2) = Indiferencia; Motivación (MA3) = Autoexigencia; Motivación (MA4) = Motivación positiva hacia la acción; Motivación (MA5) = Inhibición ante estrés; Motivación (MA6) = Superación ante estrés; Locus de control (LC1) = Fatum externo negativo; Locus de control (LC2) = Exculpación en fracasos; Locus de control (LC3) = Auto-responsabilidad; Motivación (ME1) = Valoración extremada de uno mismo; Motivación (ME2) = Valoración extremada del trabajo; Los ceros decimales han sido omitidos y la coma ha sido sustituida por un punto. En el cuadro se expresa la probabilidad exacta; D = grupo de diálisis; H = grupo de hipertensos; T = grupo de transplantados; O = otra patología renal. Entre paréntesis en el cuadro se expone el grupo con puntuación más alta.

El grupo de enfermos sometidos a diálisis presenta diferencias con el resto de los grupos de comparación: con relación a los **transplantados**, aquellos muestran más indiferencia laboral, mayor exculpación en fracasos sociales y una valoración

fantasiosa y extremada de sí mismos; asimismo muestran más indiferencia laboral y mayor valoración fantasiosa y extremada del trabajo y/o labores que realizan los enfermos dializados que los hipertensos y, por lo que se refiere a las comparaciones realizadas entre los enfermos con diálisis y el grupo de diversa patología renal, el grupo de diálisis se presenta como más rígido a nivel laboral y social, mayor tendencia a sobrecarga de trabajo, más motivación general positiva hacia la acción y una mayor valoración extremada y fantasiosa de sí mismos.

Resulta interesante registrar el hecho de que los factores que guardan ciertas relaciones teóricas con el patrón A de conducta, tales como sobrecarga, autoexigencia personal, sobrevaloración rígida del trabajo, valoración extremada del trabajo y reacción de superación en situaciones de estrés, ofrecen resultados que, o bien no son estadísticamente significativos a nivel de diferencias entre grupos de enfermos crónicos, o bien, alternativamente, ofrecen diferencias en contra de las previsiones teóricas en el sentido de que los hipertensos (los más "cercaños" a la enfermedad coronaria) presentan puntuaciones iguales cuando no menores a los de otros grupos y, en concreto, con relación al grupo de enfermos sometidos a diálisis, o al grupo de enfermos con riñones transplantados. Este tipo de resultados podría sugerir un replanteamiento interpretativo de los resultados alcanzados hasta el momento en el sentido de que el mayor volumen de estrés percibido y/o existente actuando sobre un determinado tipo de persona podría dar lugar a una u otra alteración crónica en el organismo en función de una serie de variables no bien conocidas en este momento pero que no llevarían consigo solamente el desarrollo/disparo de cáncer y/o de enfermedad coronaria. Bien podrían ser, en algunos casos, alteraciones renales crónicas y que podrían llevar a un estadio terminal. Estadio terminal que, si se supera (caso de transplante con éxito) no hace que desaparezca la tendencia a sobrecarga y/o a hipervaloración del output socio-laboral.

(1.3). Una primera aproximación a las diferencias multivariadas: la función discriminante entre enfermos crónicos.- A nivel muy tentativo dado el escaso número de participantes, se han llevado a cabo dos análisis discriminantes paso a paso (método de Rao). En el primer caso, se ha analizado el grupo de diálisis (N = 52) frente al grupo de otros pacientes renales formado por la categoría de transplantados y de distintas nefropatías (N = 54). El objetivo perseguido en esta ocasión era el de ofrecer la posibilidad de que la diálisis pudiese conformar psicológicamente un grupo homogéneo de personas y distintas del resto de enfermos renales estudiados. Se ha obtenido una función discriminante (r canónica de 0,31) formada por dos variables motivacionales: la valoración extremada y fantasiosa de uno mismo y el locus de control externo que denominamos exculpación en los fracasos sociales. En ambos casos, la puntuación era mayor en el grupo de dializados y el volumen de clasificaciones correctas sobre los centroides de esta función ha sido del 61,3%, lo que sugiere que **no existe una función discriminante**

significativa y con valor definitivo de diferenciación entre enfermos sometidos a diálisis y el resto de enfermos renales.

Un segundo intento realizado posee interés empírico y teórico: se ha buscado la función discriminante que maximice las diferencias entre el grupo de diálisis (N = 52) y el de hipertensos (N = 30), siguiendo el mismo procedimiento de análisis. Se ha obtenido una función discriminante significativa (r canónica de 0,51) definida operativamente por tres variables, una de rigidez (principalismo social) y dos de motivación realista (indiferencia laboral y reacción de inhibición en situaciones de estrés). El volumen de casos correctamente clasificados ha sido del 63,4%. El sentido de las puntuaciones es el siguiente: los enfermos de diálisis se presentan, frente a los hipertensos con una combinación de altas puntuaciones en principalismo social e indiferencia laboral y, a la vez, con bajas puntuaciones en reacciones de inhibición en situaciones de estrés. Resultados, por otro lado, que no son coherentes, ni teórica ni empíricamente con la tradición de estudio del patrón de conducta tipo A (entre otras cosas porque en este tipo de tradición de trabajos realizados, no han participado ni tomado en consideración a los pacientes renales que se están dializando). Una explicación tentativa de estos resultados es que los enfermos sometidos a diálisis están viviendo ahora (y no se sabe si antes también) una situación de tensión y/o estrés físico y emocional muy intensa, lo que, posiblemente, les ha llevado a desarrollar reacciones de afrontamiento posiblemente más eficaces, dada la presencia de los síntomas y la imposibilidad de su negación dado que dependen de la tecnología médica y del aparato de diálisis dos o tres veces por semana; y ello, frente al grupo de hipertensos, que suelen ser enfermos asintomáticos y que oyen que tienen encima de sus cabezas una espada de Damocles que se llama enfermedad coronaria y/o infarto de miocardio o ataque cerebral pero que no ven, ni sufren, ni sienten la sintomatología y la amenaza inmediata de problema físico grave.

(1.4). **Una primera sugerencia acerca de la estructura personal del enfermo crónico.**- Nos encontramos con catorce factores de personalidad y motivación y una muestra total de 106 personas. La relación entre pruebas/participantes permite pergeñar una primera estructura factorial acerca de las relaciones que puedan darse entre las variables psicológicas presentadas en este trabajo. Para ello se ha calculado un análisis factorial sobre componentes principales con rotación varimax posterior, para todos los participantes, al margen del tipo de diagnóstico principal que cada uno de ellos tenía a nivel médico. Se ha utilizado un criterio de selección conservador en el sentido de incluir como criterio de saturación significativo solamente en el caso de ser igual o mayor a 0,40. La matriz factorial rotada con expresión de las saturaciones que cumplen el criterio establecido, la comunalidad, valor propio de los factores y porcentaje de varianza explicada por la rotación de cada una de ellos se encuentran recogidos en el cuadro número 3.

El cuadro muestra una solución tetrafactorial bastante nítida y sin redundancias

entre los factores de primer orden, que explica el 65,57% de la varianza total. La quinta parte de la varianza rotada se encuentra explicada por el **primer factor**, que parece claramente, un factor de **motivación sociolaboral positiva**, con tendencia a sobrecarga en el trabajo, valoración extremada tanto de sí mismo como del trabajo que se realiza y con una verbalización de superación ante las situaciones de estrés. Se trataría de un factor de saliencia laboral y capacidad de dirección orientado a fomento de eficacia.

CUADRO NUMERO 3.- MATRIZ FACTORIAL (ROTACION VARIMAX) DE LAS DIMENSIONES DE PERSONALIDAD Y MOTIVACION PARA ENFERMOS CRONICOS (N = 196). La explicación en el texto.

Escala	Factores				h ²
	FI	FII	FIII	FIV	
Rigidez (1)	-	-	-	44	57
Rigidez (2)	-	72	-	-	67
Rigidez (3)	-	48	-	-	60
Motivación (MA1)	79	-	-	-	71
Motivación (MA2)	-	-	-	-68	61
Motivación (MA3)	-	-	-	82	71
Motivación (MA4)	71	-	-	-	60
Motivación (MA5)	-	-	82	-	82
Motivación (MA6)	63	-	-	-	55
Motivación (ME1)	67	-	-	-	74
Motivación (ME2)	52	-	-	-	72
Locus de control (LC1)	-	-	81	-	72
Locus de control (LC2)	-	70	-	-	66
Locus de control (LC3)	-	62	-	-	46
Valor propio	2,75	2,60	1,99	1,84	
% varianza en rotación	19,64	18,57	14,21	13,14	

Nota.- Rigidez (1) = Autoexigencia rígida en trabajo; Rigidez (2) = Sobre esfuerzo personal; Rigidez (3) = Principialismo; MA1 = Sobrecarga; MA2 = Indiferencia laboral; MA3 = Autoexigencia; MA4 = Motivación general positiva; MA5 = Inhibición en situaciones de estrés; MA6 = Superación en situaciones de estrés; LC1 = Fatum externo; LC2 = Exculpación en fracasos; LC3 = Autorresponsabilidad. En las saturaciones y comunalidades se han eliminado los ceros y las comas decimales.

El **segundo factor** parece, claramente, un factor de **rigidez social** en donde se fomenta un sobreesfuerzo personal y actitud de élite social, se defienden los principios tópicos del funcionamiento social y se tiende a inculpar a "los otros" en el caso de fracaso social. Explica poco menos que la quinta parte de la varianza rotada.

El **tercer factor** parece indicar la presencia de componentes de ansiedad, evitación y hasta elementos depresivos. Se trata de un factor de **inhibición comportamental y de adscripción de responsabilidad a un necesitarismo negativo**, con un 14,21% de varianza explicada por la rotación.

El **cuarto y último factor**, con un porcentaje de varianza similar al anterior parece ser un factor de **compromiso y autoexigencia realista en el trabajo**.

En la medida en que la mayoría de las variables se encuentran teóricamente comprometidas con impulsividad, los resultados indicarían la existencia de un eje social, otro laboral (que se desdoblaría en dos, uno más comprometido con el logro de metas u orientado al rendimiento y otro dirigido prioritariamente a la autoexigencia personal) y otro finalmente personal-individual en el que se recogerían los temores y la incapacidad de control del mundo social y físico que nos rodea.

CONCLUSIONES Y DISCUSION

Pese al poco número de participantes directos en este primer acercamiento, los resultados sugieren, tal y como se pretendía demostrar al principio, que el acercamiento nomotético y normativo tradicional al estudio del individuo con relación a grupos criterio posee una serie de virtudes que deberían ser incorporadas por la psicología de la salud de nuestros días. Por otro lado, los resultados que presentamos, como otros muchos que han sido publicados previamente, arrojan ciertas dudas acerca de la bondad y adecuación de los diseños utilizados en la delimitación de las denominadas personalidades alfabéticas. La inclusión de enfermos crónicos que sufren de una situación estresante muy aguda (los enfermos sometidos a diálisis) produce puntuaciones en dimensiones relevantes que sugieren una fuerte modificación en los planteamientos originales de estas personalidades del abecedario y que vuelven a plantear la posibilidad de apelar a otras variables para explicar las relaciones entre personalidad y enfermedad (entre los modelos sugeridos se encuentra el de efectos inespecíficos de ciertas dimensiones-patrones de personalidad y que se diversificarían/modularían en función de otro tipo de variables que las hasta ahora estudiadas).

Los estudios diferenciales que presentamos, además, sugieren que el grupo de enfermos renales terminales sometidos a diálisis, pese a su indudable diversidad, ofrecen patrones diferenciales coherentes y se presentan, a sí mismos, como más diferenciados con relación a otros grupos de crónicos que cualesquiera otros de los

estudiados hasta el momento, lo que no ocurre con los hipertensos. Además, tanto estos hipertensos como los transplantados parecen ser similares en muchas facetas psicológicas así como con los grupos normativos de personas adultas normales, sin perturbaciones físicas conocidas.

El grupo de factores que parecen prometedores en este campo y que hasta ahora han sido en gran parte soslayados son aquellos comprometidos con el mundo socio-laboral. Ellos concentran una parte sustanciosa de las diferencias entre grupos y ofrecen una relación estructural clara. El problema que debería ser investigado con mayor profundidad es el de la relación de estos factores con la conducta eficaz, así como el grado de veracidad-adequación entre las respuestas verbales dadas por los enfermos a estos factores y las conductas motoras observables (esto es, si hacen lo que dicen que hacen). Esto resulta más importante en el caso de los enfermos que en el de las personas no enfermas dado que pueden ser elementos importantes a tener en cuenta a la hora de promover estrategias de intervención que promuevan tanto una reintegración social, como un incremento en la calidad de vida que a estos enfermos y en estas condiciones les toca vivir. Con todo, estos temas van a ocuparnos en un futuro inmediato y a ellos vamos a dedicar esfuerzos y publicaciones.

NOTAS

1. Este trabajo forma parte de un proyecto mucho más ambicioso dirigido por el autor senior de este escrito sobre calidad de vida y personalidad en pacientes renales terminales subvencionado por la Conserjería de Educación del Gobierno Autónomo de Canarias (España). Lo aquí presentado representa un primer acercamiento piloto y, para hacerse cargo del tipo de trabajo en la fase descriptiva bastará decir que se trata de unas 25 horas por enfermo entre cuestionarios y entrevistas estructuradas y semiestructuradas, junto al estudio de estrategias de afrontamiento. En otros trabajos nos ocuparemos en la presentación del proyecto general y de su alcance. Basta decir que, en el momento de escribir estas líneas se posee información completa de 226 enfermos.

2. Los enfermos acuden a los servicios de nefrología de la Residencia La Candelaria de la Seguridad Social de Santa Cruz de Tenerife o del Hospital Universitario de Canarias dependiente de la Universidad de La Laguna. Al personal de ambos servicios agradecemos extraordinariamente por la colaboración prestada y las facilidades ofrecidas que han permitido la realización de este trabajo.

3. La diálisis se llevaba a cabo en el contexto hospitalario. Aunque hubo algún caso de diálisis peritoneal, su número fue muy pequeño y, por ello, se aconsejó su inclusión dentro de esta categoría más general.

4. El pase directo de las pruebas corrió a cargo de estudiantes de tercer ciclo y de quinto curso de Psicología de la Universidad de La Laguna. Todos aquellos que han colaborado reciban, desde aquí, las gracias.

BIBLIOGRAFIA

- BOOTH-KEWLEY, J. y FRIEDMAN, H.S. (1986).- Type A behavior pattern and coronary disease risk. Update and critical evaluation, *Amer. J. Epidemiol.*, 123, pp. 923-960.
- COHEN, F. (1979).- Personality, stress and the development of physical illness. En G. STONE, F. COHEN y N.E. ADLER (eds.).- *Health psychology*, Jossey-Bass, San Francisco, pp. 77-111.
- GRAY, A., JACKSON, D.N. y HOWARD, J.H. (1990).- Identification of a coronary profile for business managers: comparison of three approaches to type A assessment, *Behav. Medicine*, Summer, pp. 67-75.
- PELECHANO, V. (1972).- *La personalidad en función de los parámetros de estímulo en la solución de problemas*, Tesis doctoral, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Complutense de Madrid.
- PELECHANO, V. (1975).- *El cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución*, Fraser Ibérica, S.A., Madrid.
- PELECHANO, V. (1989).- Unas notas con algunas reflexiones respecto a la psicología de la personalidad y terapias-intervenciones científico-psicológicas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 44, pp 177-192.
- PELECHANO, V. y BAGUENA, M.J. (1983).- Un cuestionario de locus de control, *Análisis y Modific. de Conducta*, 20, pp. 5-46.