

**LA HOSTILIDAD Y SU RELACION CON LOS TRASTORNOS
CARDIACO-CORONARIOS**
**ASPECTOS TEORICOS Y
VALIDACION DE LA ESCALA DE HOSTILIDAD DE COOK Y MEDLEY EN UN
GRUPO DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS
DE LIMA METROPOLITANA**

Por RAMON LEON* y DAVID SIRLOPU**

RESUMEN

El presente trabajo reporta el proceso de validación, determinación de la confiabilidad y normalización de la Escala de Hostilidad de Cook & Medley en un grupo de estudiantes universitarios de Lima Metropolitana.

Los autores hacen una revisión teórica de las relaciones entre hostilidad y problemas cardiovasculares, comentando los principales hallazgos reportados en la literatura internacional. Seguidamente, presentan la Escala de Hostilidad de Cook & Medley, un reactivo derivado del MMPI, discutiendo su origen, propiedades psicométricas e importancia para el estudio de los factores psicológicos en el origen de las enfermedades cardiaco-coronarias.

Por último, informan acerca del proceso de aplicación de dicha escala a 1026 estudiantes universitarios entre 16 y 29 años de edad (490 hombres y 536 mujeres), quienes respondieron de modo anónimo y colectivo la versión castellana del reactivo. A través del procesamiento estadístico correspondiente se estableció una validación estadística satisfactoria para 37 de los 50 items que la escala tiene en su versión original. El alpha obtenido es asimismo alto (0.80). Se presentan las normas para la población con la cual se ha trabajado.

SUMMARY

This communication reports the validation, determination of the reliability coefficient, and construction of the norms for the Spanish version of the Cook & Medley Scale for Hostility, a scale created in 1954 and based on the MMPI.

* Universidad de Lima y Universidad Ricardo Palma (Lima, Perú).

** Universidad Ricardo Palma (Lima, Perú).

The authors begin with a theoretical discussion of the ties between hostility and cardiovascular diseases, and discuss the most recent and important findings and conclusions reported in the international literature properties. They describe the Cook & Medley scale, its origin, psychometric properties, and significance in the study of the coronary prone behavior.

1026 students (490 men and 536 women, 16-29 years old) answered the Spanish version of the Scale. 37 items obtained an adequate validity index. The alpha of this version (0.80) was satisfactory, too. Norms for the population are included.

PALABRAS-CLAVE : Hostilidad, enfermedad cardiaco-coronaria, conducta tipo A, MMPI.

KEY WORDS : Hostility, coronary heart, disease, Type A behavior, MMPI,

“Hay evidencia sustancial que los factores psicológicos predicen los trastornos cardiacos y la mortalidad prematura. Lo que está menos claro son las vías y mecanismos causales. Mucha gente reconoce que patrones estresantes de reacciones psicológicas y hábitos poco saludables vinculados a ellos pueden incrementar la posibilidad de un trastorno del corazón, un bloqueo (oclusión) de una arteria coronaria o una palpitación irregular (arritmia). Pocos se sorprenderían si un hombre de empresa de 50 años, adicto al trabajo, obeso, fumador en cadena y devorador de pecanas mientras con un teléfono en cada mano grita que él quería el embarque para “ayer”, es víctima de un ataque cardiaco. Las dificultades científicas provienen de separar los hechos de los estereotipos, esto es, en discernir cuáles, si algunos, de los patrones conductuales son predictores sólidos del riesgo incrementado de trastornos coronarios”¹. Con estos términos se expresa Howard S. FRIEDMAN, uno de los investigadores líderes en el estudio de los factores psicológicos predictores de trastornos cardiacos.

Que existen vinculaciones entre rasgos psicológicos y enfermedades (no sólo

las del corazón) es algo que ha sido afirmado desde muy temprano en la historia de la humanidad y que está más allá de toda duda razonable. Ya a mediados del siglo XVIII D. GENDRON discutía aspectos psicossomáticos en el cáncer en sus *Enquiries into the nature, knowledge, and cure of cancers*². El reconocimiento de tales vinculaciones constituye la base del interés cada vez mayor por esa nueva área de la ciencia psicológica que es la psicología de la salud (una visión reciente en nuestro medio de dicha área la ofrece Moscoso³).

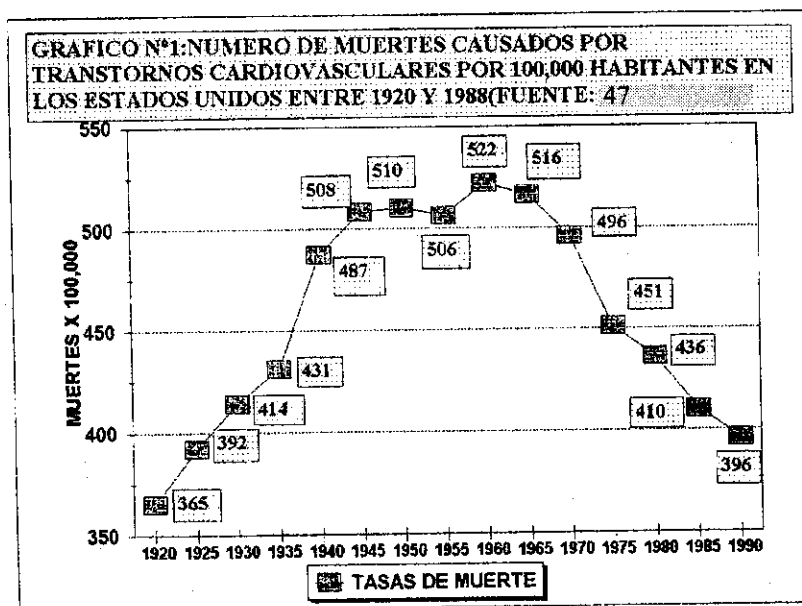
Un capítulo de dramático significado en esta área es, precisamente, el referido a las enfermedades del corazón y de las arterias, estructuras del cuerpo humano de importancia vital, y cuyas alteraciones constituyen una de las causas más frecuentes de muerte, y, en los casos menos graves, influyen de modo decisivo en la calidad de vida y la magnitud de las actividades de las personas. LEVY⁴ señala que “los trastornos cardiovasculares se encuentran en segundo lugar después de los respiratorios en el número de días de descanso médico”, agregando que “son los primeros en términos de limitación de la actividad, la seguridad social, hospitalización y número total

de días de cama (48 millones por año)". En lo que a costos económicos se refiere, continúa LEVY, "los trastornos cardiovascular se encuentran asimismo en el primer lugar entre las enfermedades", indicando que el costo económico estimado de ellos para los Estados Unidos en 1977 fue de más allá de los 60 billones de dólares.

Ya en la primera mitad del siglo XX se registró un marcado interés por parte de la comunidad médica en el estudio de los factores psicológicos en el desarrollo de trastornos cardiacos. Sir William OSLER, prestigioso educador médico de aquel entonces, propuso la existencia de relaciones entre la actividad de alta presión y los trastornos cardiaco-coronarios. De acuerdo con EAGLESTON *et al.*⁵, OSLER, en las *Lumleian Lectures*, describió al paciente típico de angina de la siguiente manera: "no se trata de la persona neurótica típica, bastante delicada... sino del hombre robusto, vigoroso de mente y de cuerpo, de gran ambición, en el cual la aguja de la turbina

siempre señala hacia adelante con gran velocidad". Pero ya antes que él, el médico alemán VON DUSCH⁶, en 1868, sostenía que trabajar frecuentemente toda la noche y hablar con voz demasiado alta podía provocar trastornos coronarios. Por su parte, los psiquiatras KARL y William MENNINGER⁷ sostuvieron que los trastornos cardiacos guardaban vinculación con la agresión reprimida.

Este interés fue la respuesta de los científicos de la salud al sobrecogedor incremento de las enfermedades cardiaco-coronarias. Como una vez más lo señala LEVY⁴, alrededor de comienzos de siglo los procesos infecciosos (como la neumonía, la influenza y la tuberculosis) eran los principales problemas de salud de América del Norte; pero, en la medida en la cual ellos fueron controlados, los trastornos cardiovasculares (sobre todo aquellas de las arterias coronarias) se convirtieron en los más importantes, llegando a ser casi una "epidemia": en 1962, el 55.1% de las muertes lo tuvo por causa.



En la actualidad, y a pesar de la disminución que se ha producido, los trastornos de las arterias coronarias constituyen el padecimiento mortal más importante en los países industrializados. En los Estados Unidos son la causa de la tercera parte a la mitad de todos los fallecimientos, y del 50-75% de todas las muertes debidas al corazón; aproximadamente 500,000 personas fallecen cada año de esta enfermedad, la cual afecta a los hombres en la plenitud de la vida. De acuerdo con SOKOLOV & Mc ILROY⁸, la edad promedio en el momento del primer infarto del miocardio es de alrededor de 55 años. Teniendo en cuenta esto se entiende el interés por el estudio de los factores psicológicos subyacentes a este tipo de trastornos.

Los psiquiatras de formación psicoanalítica fueron los primeros en considerar la posibilidad de establecer relaciones entre las enfermedades y la personalidad⁹.

Las investigaciones de Flanders DUNBAR^{10,11} merecen una especial consideración. Ella utilizó procedimientos psicométricos para describir diferentes tipos de reacción. Fernando LOLAS¹² resume en los siguientes términos el trabajo y los hallazgos de DUNBAR: "Después de su formación analítica en Viena y Berlín, DUNBAR desarrolló la tesis de que los sucesos vitales, sobre todo en la temprana infancia, son decisivos para el desarrollo del carácter y por lo tanto para la forma de enfrentar el ambiente. De manera que la hipótesis fue suponer que junto con ello se modificaría también la sensibilidad corporal, por así decir, y surgiría una predisposición a enfermar. La correspondencia enfermedad-perfil de la personalidad fue primero estudiada en afecciones sin clara etiología orgánica por ejemplo, ciertas formas de hipertensión, asma, úlcera gástrica, etc.

...Es sabido que en la búsqueda de un grupo control DUNBAR llegó a estudiar pacientes que habían sufrido accidentes, es decir, eventos puramente físicos impredecibles pero no inevitables. Curiosamente, también en este grupo pudo DUNBAR comprobar la existencia de un perfil de personalidad por lo menos en un 80% de los sujetos. Se trataba de individuos impulsivos, desordenados y vitales, ansiosos de aventura. Les habían ocurrido accidentes más a menudo que a otras personas. Tenían una tendencia al autocastigo. Este *accident prone patient* se podía comparar con el perfil de personalidad de los sujetos afectados de angina *pectoris* e infarto al miocardio...".

Pero no es el de DUNBAR, sino el de Franz ALEXANDER el modelo más conocido. Sería ALEXANDER además el "primer teórico de orientación psicoanalítica que trató los procesos fisiológicos en forma algo más diferenciada que las usuales metáforas o analogías"¹². El y sus colaboradores propusieron siete trastornos psicósomáticos: úlcera péptica, hipertensión esencial, asma bronquial, tirotoxicosis, artritis reumatoide, colitis ulcerosa y neurodermatitis. Para ALEXANDER, cada enfermedad tenía como base un conflicto inconsciente diferente, que predisponía al sujeto a dicha enfermedad. Los hallazgos de investigaciones basadas en su modelo fueron inconsistentes con éste y hacia los años 50 y 60 se generalizó cada vez más el parecer de que su enfoque tenía muy poca capacidad para explicar y prevenir las enfermedades físicas⁹. FUENTENEbro *et al.*¹³ enumeran las principales limitaciones del enfoque psicoanalítico de las enfermedades psicósomáticas: "extrapolaciones realizadas a partir de un pequeño número de casos, obviar los posibles mecanismos psicofisiológicos implicados, planteamiento unidimensional que excluía el habitat

social del enfermo y exclusión apriorística de datos aparentemente difíciles de ubicar”.

Años más tarde, FRIEDMAN & ROSENMAN¹⁴ propusieron el concepto de Conducta Tipo A, un complejo de elementos cognitivos, afectivos y comportamentales, postulando su vinculación con trastornos cardiaco-coronarios. Este concepto constituyó la fuerza de reactivación de la investigación de las relaciones entre la personalidad y la salud, después del abandono de la perspectiva psicoanalítica¹⁵.

A pesar de los miles de estudios efectuados acerca de la Conducta Tipo A no se ha logrado precisar qué aspectos de la misma favorecen la aparición de trastornos cardiaco-coronarios. Aunque fue reconocida en 1981 por el *Review Panel on Coronary Prone Behavior and Coronary Heart Disease* como un factor de riesgo para el desarrollo prematuro de estos trastornos, hoy se postula que la Conducta Tipo A comprende comportamientos “sanos” y hasta promotores del desarrollo personal (como, por ejemplo, el compromiso con el trabajo), y otros de carácter “tóxico”, que provocarían los trastornos señalados. Dentro de ellos, es la hostilidad la que ha concitado el mayor interés.

Han sido dos las líneas de investigación que han llegado a identificar a la hostilidad como factor de riesgo para el desarrollo de trastornos cardiovasculares. De un lado, como ya se dijo, las investigaciones acerca de la conducta tipo A; y, del otro, estudios en los cuales la hostilidad fue evaluada a través de procedimientos psicométricos¹⁶.

Con esto ha recuperado actualidad la vieja suposición de que las personas hostiles eran más proclives que las no-hostiles a desarrollar trastornos coronarios y que episodios de cólera podían precipitarlos¹⁷.

DEMBROSKI & WILLIAMS¹⁸ describen en los siguientes términos cómo la hostilidad adquirió el status de interés que hoy tiene en referencia al origen de trastornos cardiovasculares:

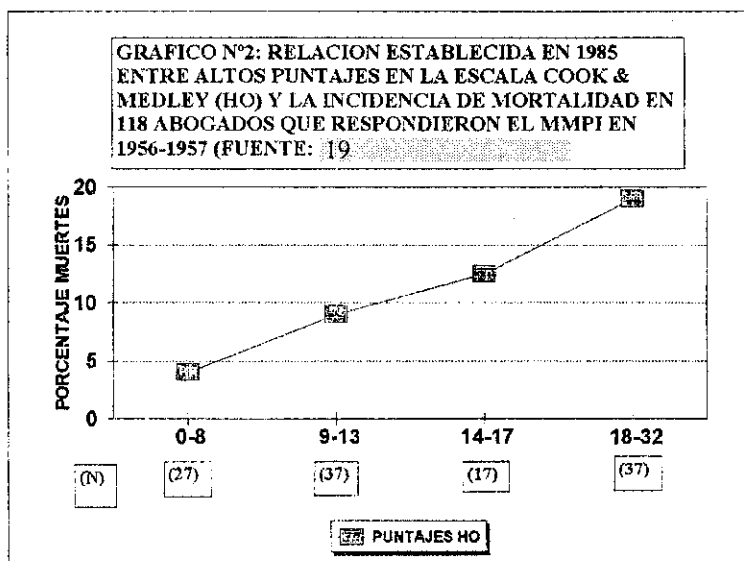
“Que algunos aspectos del Patrón de Conducta Tipo A son más predictores de la incidencia de trastornos cardiovasculares que otros fue primero sugerido en un estudio de 62 nuevos casos de trastornos cardiovasculares de importancia clínica por debajo de la edad de 50 años, ocurridos durante los primeros cuatro años del WCGS [*Western Collaborative Group Study*; N. de los A.]. Estos casos fueron comparados con 124 participantes, equiparados en edad y trabajo, y libres de síntomas. Las comparaciones fueron hechas con respecto a más de 40 atributos diferentes obtenidos en la Entrevista Estructurada con la cual fueron evaluados separadamente por el fallecido Dr. BORTNER. Los resultados revelaron que el mejor discriminador entre los casos y los controles fue la dimensión de potencial de la hostilidad definida por la Entrevista Estructurada, seguida por el enojo, dirigido al exterior, la competitividad, el experimentar enojo más de una vez a la semana, respuestas vigorosas, irritación al esperar en las colas y modulación explosiva de la voz. Muchos de los atributos característicos de los casos reflejaban la dimensión hostilidad/enojo y estuvieron significativamente correlacionados. No se llevó a cabo ningún análisis multivariado, así que es imposible decir ahora si toda la varianza en las diferencias psicológicas entre los casos y los controles puede ser atribuida a la dimensión hostilidad/enojo”.

BAREFOOT *et al.*¹⁹ presentaron una de las más dramáticas evidencias de la relación entre hostilidad y enfermedades cardiaco-coronarias, al reportar un estudio de seguimiento efectuado en 1985 en 188

abogados a quienes en 1956, cuando aún eran alumnos, se les había aplicado el MMPI. Se estableció que trece habían fallecido, de los cuales se atribuyó seis muertes a un probable trastorno coronario y una a un problema de congestión cardíaca. El cáncer fue el causante de cuatro muertes y

dos fueron provocadas por trombosis con diabetes mellitus.

La asociación entre los puntajes de la Escala de Cook & Medley y la probabilidad de fallecer fue presentada y demostrada por BAREFOOT *et al.*¹⁹. El gráfico 2 presenta los resultados que ellos dieron a conocer.



Pese a la impresionante relación entre puntajes altos en la Escala de Cook & Medley y fallecimientos que se observa en el gráfico previo, BAREFOOT *et al.*¹⁹ señalan que la alta hostilidad, al menos la medida por la Escala de Cook & Medley, no siempre es dañina. “Quizás algún aspecto del ambiente es necesario para potencializar las consecuencias adversas para la salud del rasgo medido por la escala”, opinan.

En efecto, otros estudios como los de McCranie *et al.*²⁰, efectuado en 478 médicos, o el de Hearn *et al.*¹⁶, no lograron demostrar relación alguna entre la hostilidad y los trastornos cardíaco-coronarios.

Pero, ¿qué es la hostilidad? Sorprendentemente, existe poco acuerdo. En un extenso artículo en el cual se revisan las relaciones entre hostilidad y salud, SMITH¹⁷ ha tratado el tema de modo crítico. De acuerdo con él, los conceptos de cólera (*anger*), agresión y hostilidad están estrechamente relacionados pero suelen ser defectuosamente diferenciados. Siempre según SMITH, la distinción entre afecto, cognición y conducta permite un marco de referencia útil. “Desde esta perspectiva, la cólera se refiere a una emoción desagradable que varía en intensidad desde la irritación a la ira, y que surge como resultado de lo que es percibido como un maltrato o una

provocación".¹⁷ Más aún, la cólera puede ser vista tanto como un estado emocional o como un rasgo de personalidad. Si bien está casi siempre asociada a la cólera, la agresión se refiere más bien a la conducta manifiesta: "motivada por muchos factores posibles y asumiendo una variedad de formas, la agresión es típicamente definida como acciones de ataque, de causar daño y destrucción"¹⁷. La hostilidad es más duradera que la cólera y es, según POPPLESTONE & WHITE MCPHERSON²¹, "el término apropiado cuando el antagonismo involucra revancha o venganza oblicua o escondida".

BAREFOOT²² ha sugerido que, dado que la hostilidad frecuentemente (pero no siempre) incluye afectos, conductas y cogniciones, estos tres aspectos deberían ser articulados y evaluados de modo separado. El componente afectivo de la hostilidad incluye una variedad de emociones, tales como cólera, resentimiento y molestia. El componente cognitivo está constituido por creencias negativas acerca de la naturaleza humana en general, esto es cinismo; así como la creencia de que las conductas desagradables de los otros están dirigidas de manera intencional en contra de uno (atribuciones de hostilidad). Finalmente, el componente conductual incluye agresión, antagonismo, negativismo e insultos.

Detengámonos un momento en explicar qué modelos se han propuesto para explicar las vinculaciones que existen entre hostilidad y salud.

Uno es el de SMITH llamado *modelo de reactividad psicofisiológica*. De acuerdo con él, la hostilidad contribuye a generar problemas cardiovasculares de otra índole por medio de su asociación con una reactividad cardiovascular elevada. "En resumen, este modelo sugiere que las personas hostiles desarrollan mayores incrementos en presión sanguínea, palpita-

nes cardiacas y hormonas vinculadas al *stress* en respuesta a potenciales stressores"; escribe¹⁷.

Las personas hostiles tienden a experimentar más cólera que el promedio y suelen "estar en guardia" con respecto a posibles maltratos y malas pasadas por parte de los otros. Los episodios frecuentes de cólera y la observación vigilante y suspicaz del medio ambiente en una suerte de detección de posibles agresiones y de potenciales atacantes conduce, según este modelo, a una cada vez mayor reactividad psicofisiológica (incluyendo elevados niveles de norepinefrina y testosterona²³), la cual, a su vez, podría dar inicio y estimular el desarrollo de trastornos de las arterias coronarias. De otro lado, las respuestas neuroendocrinas impedirían el funcionamiento del sistema inmunizador, con lo cual la vulnerabilidad a otros trastornos se elevaría.

Otro modelo es el de la *vulnerabilidad psicosocial*. De acuerdo con lo que él plantea, los individuos hostiles experimentan las relaciones interpersonales como más difíciles, pues un componente primario de la hostilidad es el cinismo, o sea una desconfianza generalizada en los otros²⁴; y ello conduce al incremento de conflictos y, consecuentemente, a bajos niveles de soporte social entendiendo por este último término "mecanismos por los cuales las relaciones interpersonales presumiblemente protegen a las personas de los efectos deletéreos del *stress*"²⁵. Estas personas reportan una elevada frecuencia y severidad de acontecimientos negativos en sus vidas y de molestias diarias; y, al mismo tiempo, presentan baja calidad y cantidad de soporte social. SMITH & POPE²³ resumen todo esto del modo siguiente: "los individuos altamente hostiles viven en un mundo interpersonal percibido como crónicamente *stressante* y ca-

rente de soporte". La ausencia de soporte social y la excesiva hostilidad parecen incrementar el riesgo de trastornos cardiacos y muertes relacionadas con trastornos coronarios²⁴.

De otro lado, altos niveles de soporte social parecen disminuir la reactividad al *stress* y, por tanto, también los riesgos de salud²⁶, mientras que elevados niveles de hostilidad al parecer exacerbaban la reactividad al *stress* y, con ello, elevan el riesgo de enfermar²⁷.

Un tercer modelo, al que SMITH denomina *modelo transaccional*, extiende e integra los dos modelos previos. En esta forma de conceptualizar las relaciones entre hostilidad y problemas de salud, las personas hostiles no son vistas sólo como aquellas que dan respuestas a estresores cotidianos con mayores y más prolongados episodios de reactividad cardiovascular y neuroendocrina, sino también como personas que establecen -a través de sus ideas y acciones- contactos más duraderos e intensos con dichos estresores. "Dado que ellas dan por anticipado la presencia de provocación y de maltrato por parte de los otros, suelen interpretar las acciones de los demás como expresión de sus intentos hostiles; se comportan de modo negativista; y son proclives a la desconfianza, las personas hostiles están más predispuestas a elicitarse y exacerbar el conflicto interpersonal en sus vidas" escribe SMITH¹⁷. Esto, a su vez, disminuye el nivel de soporte social del que ellas pueden disponer. Una vez sucedido esto, la atmósfera en la que cada vez hay menos soporte social refuerza y mantiene las creencias y conductas de las personas hostiles.

Está asimismo el *modelo de la conducta de salud*, que plantea que las personas hostiles pueden ser más proclives a enfermedades debido a sus malos hábitos de salud. Numerosos estudios demuestran lo

plausible de esta suposición: LEIKER & HAILEY²⁸ encontraron que sujetos con altos puntajes en hostilidad reportaban menos ejercicio físico y menos cuidado con respecto a su persona (como, por ejemplo, menos higiene dental y menos sueño adecuado). HOUSTON & VAVAK²⁹ establecieron la vinculación entre alta hostilidad y mayor ingesta de alcohol e, inclusive, mayor frecuencia de manejo de autos después de beber. KOSKENVUO *et al.*³⁰, por su parte, hallaron que las personas hostiles reportaban más tabaquismo y consumo de alcohol y menos actividad física en los ratos libres.

Hay todavía otro modelo, al que SMITH llama *modelo de la vulnerabilidad constitucional*. Este plantea que la supuesta asociación entre la personalidad y la salud refleja los efectos de una tercera variable, que vendría a ser la de una debilidad constitucional y estructural. "Más que ejercer una influencia causal sobre la salud, la dimensión de la personalidad podría simplemente estar asociada con un subyacente factor biológico relevante para la salud. Por ejemplo, las diferencias individuales en lo que concierne a la hostilidad podrían ser causadas por diferencias genéticamente determinadas a nivel de labilidad del sistema nervioso autónomo".

En los últimos tiempos un nuevo elemento de juicio ha comenzado a cobrar significación, y es el de los aspectos genéticos y de desarrollo de la hostilidad. La consideración de dichos aspectos permitirá, si se demostrara que la hostilidad es un factor significativo de riesgo, idear y desarrollar programas de prevención y de intervención.

Tomando en cuenta todo lo anterior queda claro que uno de los aspectos de mayor interés en el estudio de la hostilidad es el referido a su evaluación. Varias han sido las medidas desarrolladas para evaluar-

la. Una de las primeras fue la elaborada por MATTHEWS *et al.*³¹, que examinaron un conjunto de conductas específicas, algunas de las cuales guardan relación conceptual con la hostilidad (como, por ejemplo, el enojo frecuente y la irritación).

Con posterioridad, DEMBROSKI & COSTA³² desarrollaron un sistema de mayor precisión. Ellos hablan de potencial para la hostilidad (*potential for hostility*), al que -de acuerdo con SMITH¹⁷- definen como "la tendencia a experimentar enojo, irritabilidad y resentimiento en la vida diaria y/o la tendencia a reaccionar agravando situaciones con expresiones de antagonismo, rudeza y falta de cooperación". En sus versiones más recientes se han desarrollado medidas específicas para los subcomponentes de contenido hostil (descripciones de enojo y hostilidad), intensidad hostil (reportes o expresiones de respuestas hostiles empáticas) y estilo hostil (conductas desagradables o no cooperadoras desarrolladas durante la entrevista misma).

Si bien estas medidas parecen ser confiables²², la evaluación de la validez de constructo del potencial para la hostilidad no ha arrojado información muy satisfactoria.

HECKER *et al.*³³ desarrollaron un sistema de codificación de 14 dimensiones de respuestas a una entrevista estructurada. Una de esas dimensiones era la hostilidad. En contraste con el sistema de DEMBROSKI & COSTA, el de HECKER emplea evaluaciones hechas después de cada pregunta en la entrevista.

BAREFOOT²² desarrolló asimismo un sistema de evaluación sobre el trabajo de HECKER y DEMBROSKI, para usarlo con la entrevista estructurada para evaluar la Conducta Tipo A. Tras cada pregunta, cuatro tipos específicos de comportamiento hostil fueron evaluados (evasión hostil de la pregunta, desafío indirecto al entrevistador,

desafío directo y demostración de irritación). Estos comportamientos posteriormente se combinaron en la forma de un índice de comportamiento hostil en general.

Pero el reactivo más difundido es la Escala de Hostilidad de COOK & MEDLEY³⁴, elaborada a través de la selección de items del MMPI. Como lo sabe todo psicólogo con alguna experiencia clínica, el MMPI es uno de los reactivos de mayor uso y difusión en el estudio de la personalidad normal y anormal. Uno de sus creadores, Starke R. HATHAWAY dice que "el examen del MMPI puede compararse al examen médico para la selección de personal". Conformado por diez escalas clínicas, el MMPI evalúa un amplio espectro de rasgos de la personalidad. Cada escala contiene items que en el análisis efectuado por los autores parecían discriminar a grupos determinados de la población normal: "si un item cuenta en una escala, deseo aclarar que su importancia no proviene de que un psicólogo clínico haya pensado que era significativo para medir un factor de la personalidad humana, sino de que en el análisis final los grupos de inadaptados y en ocasiones enfermos que reciben un diagnóstico certero, contestaron el item con una frecuencia promedio diferente de la frecuencia promedio del grupo normativo...Nadie ha compuesto los items para decidir su significado cuando se contesta verdadero o falso a uno de ellos. Los significados de los items provienen del hecho de que las personas con cierta clase de dificultad contestaron en promedio de modo diferente a la del grupo estándar normal"³⁴.

Por todo ello, el MMPI es una verdadera (y casi inagotable) fuente de nuevas escalas que evalúan los más diversos aspectos de la personalidad. De acuerdo con MEGARGEE & MENDELSON³⁶ hay una escala para cada dos items del MMPI. Es así

que *An MMPI handbook*, de DAHLSTROM & WELSH³⁷, contiene un apéndice que incluye 213 escalas, índice y formas de calificar el MMPI.

Para la hostilidad, el tema que nos ocupa, MEGARGEE & MENDELSON³⁶ identificaron diez escalas y dos índices de calificación, una de las cuales es la Escala de Cook & Medley. En 1954, Walter W. COOK, de la Universidad de Minnesota; y Donald M. MEDLEY, de la Universidad de Indiana³⁴, publicaron en el *Journal of Applied Psychology* un trabajo con el título de "Proposed hostility an pharisaic-virtue scales for the MMPI", dando a conocer dos nuevas escalas derivadas del MMPI.

Las escalas no tenían una intención clínica expresa, sino más bien estaban orientadas a aprehender algunos rasgos de personalidad de importancia para el trabajo en la educación y en la industria. El párrafo inicial dice lo siguiente: "Este artículo describe un intento de desarrollar escalas del *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI) que evalúen la habilidad de la persona para relacionarse bien con los otros. Tales escalas podrían ser útiles en la selección del personal que debe tratar con el público o tiene que trabajar armoniosa y efectivamente con un grupo. La validez de las escalas que reportamos acá está basada en su poder para predecir el *rapport* de profesores con alumnos en un salón de clase. Desde que el contenido de los items no está directamente relacionado al trabajo escolar, creemos que las escalas pueden resultar útiles también en la selección de personal de ventas, oficiales y oficiales no-comisionados en las fuerzas armadas; capataces, y otro personal que deba ser capaz de establecer *rapport* con otras personas y mantener la moral de un grupo".

En el marco de su trabajo COOK & MEDLEY se refieren a sus investigaciones

en la Universidad de Minnesota orientadas a identificar y evaluar factores no-intelectuales vinculados al éxito en la enseñanza. Un importante resultado fue el *Minnesota Teacher Attitude Inventory* (MTAI), un instrumento psicométrico que podía predecir la relación profesor-alumno con un adecuado grado de validez. El MTAI, reportan COOK & MEDLEY, fue administrado a una amplia muestra de profesores de Minnesota, procediendo a estandarizarlo e identificando, en los extremos de la distribución, dos grupos de profesores que diferenciaban de modo marcado en su capacidad para interrelacionarse con los alumnos. El MTAI fue administrado seguidamente a esos grupos, obteniéndose 212 inventarios contestados en su totalidad (112 que correspondían a aproximadamente el 8% de profesores con alto puntaje en el MTAI, y 100 al 8% de los puntajes más bajos). Aquellos profesores que obtenían bajos puntajes se describían a sí mismos en sus respuestas como generalmente hostiles hacia otros; decían que los alumnos eran deshonestos, insinceros, indignos de que se confiara en ellos; flojos, etc. Su autodescripción indicaba que a) adherían de modo excesivo a rígidos estándares de moralidad; b) tendían a dominar a aquellos que se encontraban por debajo de ellos y a ser obsecuentes con sus superiores; y, c) tendían a mostrarse orgullosos del conocimiento cabal de su materia. Se encontró que 250 items del MMPI discriminaban entre uno y otro grupo.

COOK & MEDLEY resumen de la siguiente manera sus hallazgos: "Entre los 250 items discriminadores del MMPI estaban muchos que reflejaban la hostilidad hacia la gente y otros que sugerían virtud farisaica. No habían items que reflejaran la tendencia hacia la seguridad a través del poder sobre las personas o a través del dominio de la materia. Los otros items dis-

criminales sugerían síntomas de depresión, ansiedad y neurosis en general”.

A continuación, 77 ítems que de un modo evidente reflejaban hostilidad fueron elegidos para una escala preliminar de hostilidad y 64 para otra, de virtud farisaica. “Cuando los formatos del MMPI respondidos por 200 estudiantes graduados en educación (todos los cuales eran profesores de aula con experiencia) fueron calificados en lo que concernía a ambas escalas preliminares, se obtuvieron correlaciones de 45 (para Hostilidad) y 49 (para Virtud Farisaica) con el MTAI. Sobre la base de estos resultados, se llevaron a cabo nuevos refinamientos. Cinco psicólogos clínicos, trabajando de modo independiente, seleccionaron grupos de ítems de hostilidad y virtud farisaica. Sobre la base del acuerdo entre los cinco se seleccionó una versión final de la escala consistente en 50 ítems. El coeficiente de confiabilidad de esta escala para los 200 estudiantes graduados, estimado por el análisis de varianza, fue de 86”.

La Escala de Cook & Medley ha sido objeto de innumerables estudios, referidos no sólo a su capacidad para evaluar la hostilidad sino también a su propia estructura psicométrica.

COSTA *et al.*³⁸, en base al análisis factorial de 1002 respuestas de hombres y mujeres, hallaron dos factores, el de cinismo y el de alienación paranoide. El primero incluye ítems como “creo que la mayor parte de la gente mentiría por conseguir lo que busca”, e indica una pobre opinión acerca de la naturaleza humana, El otro, alienación paranoide, comprende sentimientos de persecución y de distancia emocional de los otros (con ítems como “alguien me tiene mala voluntad y nadie se preocupa mucho de lo que le sucede a los otros”). Los autores señalan que, a despecho de que COOK & MEDLEY hayan consi-

derado a su escala como una evaluación de la hostilidad, en realidad ella no mide ni cólera, ni irritabilidad, ni agresión, sino, más bien, desprecio hacia los otros y débiles relaciones con los demás. COSTA *et al.*³⁸ concluyen sugiriendo que la escala se debe denominar de “desconfianza cínica”.

SMITH & FROHM³⁹, por su parte, sugieren que lo que realmente mide la escala es la “hostilidad cínica”, mientras que BAREFOOT *et al.*¹⁹ identificaron seis grupos de ítems referidos a atribuciones hostiles, cinismo, afectos hostiles, respuestas agresivas y evitación social. Se ha señalado asimismo que la Escala de Cook & Medley evalúa la cantidad y calidad del soporte social^{40,41}.

EL PROBLEMA

En el medio peruano son aún muy escasas las investigaciones acerca de la influencia de variables psicológicas y sociales que intervienen en el mantenimiento de la salud o que contribuyen a la aparición de enfermedades (incluidos los trastornos cardiaco-coronarios). Por ese motivo, y desde 1988, el primer autor ha venido desarrollando diversas investigaciones, concentradas especialmente en la adaptación y validación de reactivos psicométricos evaluadores de la Conducta Tipo A⁴²⁻⁴⁴ y de algunos de sus componentes⁴⁵, así como también la posibilidad de emplearlas en la evaluación de diferencias de género⁴⁶. El presente trabajo forma parte de esa línea de investigación.

Unas palabras deben ser dedicadas acerca de por qué hemos elegido este reactivo para trabajarlo. Como ya se señaló antes, no existe aún mucha claridad acerca de la clase de hostilidad que realmente evalúa la Escala de Cook & Medley, y los resultados tampoco son todo lo claros que

sería deseable que fueran. Sin embargo, la Escala de Cook & Medley tiene algunas innegables ventajas. De un lado, se encuentra el hecho de su pertenencia a un reactivo como el MMPI, de larga historia en la psicología, y con validez y confiabilidad satisfactorias. Precisamente de esa larga tradición de uso del MMPI se derivan un par de circunstancias favorables para el empleo de la escala de Hostilidad. Una de ellas es que el MMPI suele ser aplicado en muchos contextos clínicos y no-clínicos como una prueba de rutina; y, la otra, que hay en el archivo de muchos hospitales formatos ya respondidos, que pueden ser empleados para posteriores trabajos de investigación⁴⁷.

MATERIAL Y METODO

Los autores utilizaron la relación de items de la escala de hostilidad incluida en el artículo de COOK & MEDLEY³³. En función de dicha relación buscaron la traducción castellana en una de las versiones del MMPI que se emplean en el Servicio de Psicología del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Fue así como elaboraron la versión castellana de la Escala de Hostilidad de Cook & Medley.

La muestra se obtuvo de la Universi-

dad Ricardo Palma, una institución universitaria privada ubicada en la zona sur de Lima Metropolitana, con una población estudiantil de cerca de 11.000 estudiantes, predominantemente de clase media, que cursan en ella carreras como ingeniería, biología, arquitectura, economía, contabilidad, administración de empresas, traducción y psicología. Con la colaboración de los alumnos del curso de Sistemas Psicológicos Contemporáneos II de la Facultad de Psicología de la Universidad Ricardo Palma durante el semestre 1995-A, a cargo del primer autor, y con la coordinación del segundo autor, se procedió a aplicar de modo anónimo y colectivo la versión antes señalada a un total de 1026 estudiantes de uno y otro sexo (490 hombres y 536 mujeres), cuyas edades fluctuaban entre los 16 y 29 años.

RESULTADOS

El promedio de puntaje en la escala obtenido por toda la muestra fue de 21.94 (DS 1.07). Los hombres obtuvieron un promedio de 22.92 (DS 7.16), y las mujeres, de 21.04 (DS 6.86). La distribución de los puntajes siguió la curva normal. La Tabla 1 presenta las estadísticas básicas de la primera versión con la cual se trabajó (50 items).

TABLA 1
PROMEDIO (X) Y DESVIACION STANDARD (DS) DE CADA UNO DE LOS
ITEMS DE LA ESCALA DE COOK & MEDLEY.

ITEM	X	DS	ITEM	X	DS
01	.1053	.3070	07	.6832	.4654
02	.3908	.4882	08	.2359	.4247
03	.3099	.4627	09	.2593	.4384
04	.2992	.4581	10	.7583	.4283
05	.6355	.4815	11	.2807	.4496
06	.5702	.4953	12	.3957	.4892

13	.1628	.3693	32	.4600	.4986
14	.2300	.4211	33	.4123	.4925
15	.5244	.4996	34	.4844	.5000
16	.1686	.3746	35	.6745	.4688
17	.2651	.4416	36	.1520	.3592
18	.5273	.4995	37	.7963	.4029
19	.6589	.4743	38	.8548	.3525
20	.5283	.4994	39	.5195	.4999
21	.4376	.4963	40	.7456	.4357
22	.3587	.4798	41	.5341	.4991
23	.4776	.4997	42	.2914	.4546
24	.4678	.4992	43	.4571	.4984
25	.3304	.4706	44	.3021	.4594
26	.3528	.4781	45	.3236	.4681
27	.6228	.4849	46	.3109	.4631
28	.3119	.4635	47	.8655	.3414
29	.4347	.4960	48	.1472	.3545
30	.3187	.4662	49	.5692	.4954
31	.3684	.4826	50	.5731	.4949

N: 1026

Como puede observarse, los promedios obtenidos para los 50 ítems son muy variados (desde .1053 -ítem 01, hasta .8655 -ítem 47).

La tabla 2 presenta las correlaciones ítem-total con indicación del *alpha* del reactivo si el ítem correspondiente fuera retirado.

TABLA 2
CORRELACIÓN ÍTEM-TOTAL DE CADA UNO DE LOS ÍTEM Y *ALPHA* DEL REACTIVO SI EL ÍTEM FUERA RETIRADO.

ITEM	r	alpha	ITEM	r	alpha
01	.1751	.8038	12	.2538	.8019
02	.3124	.8001	13	.2653	.8018
03	.2415	.8023	14	.1192	.8054
04	.1663	.8044	15	.2111	.8032
05	.2660	.8015	16	.1019	.8056
06	.2149	.8031	17	.3544	.7991
07	.3068	.8004	18	.2478	.8021
08	.2896	.8010	19	.2545	.8019
09	.2046	.8032	20	.0140	.8101
10	.2941	.8009	21	.3313	.7995
11	.3874	.7981	22	.1926	.8037

23	.4160	.7968	37	.1617	.8043
24	.3856	.7978	38	.1833	.8037
25	.3289	.7997	39	.3491	.7989
26	.2695	.8014	40	.2464	.8021
27	.2529	.8019	41	.0401	.8084
28	.2977	.8006	42	.1946	.8036
29	.2754	.8012	43	.3726	.7982
30	.3813	.7982	44	.3227	.7999
31	.3632	.7986	45	.2313	.8025
32	.1427	.8053	46	.3068	.8004
33	.0893	.8069	47	.0462	.8065
34	.2956	.8006	48	.2225	.8028
35	.2542	.8019	49	.2229	.8029
36	.2803	.8015	50	.2444	.8022

alpha: .8053

N: 1026

Aquí también las correlaciones son bajas (aun cuando ellas sean significativas). El *alpha*, sin embargo, es elevado (0.8053). El coeficiente de correlación que se obtuvo por medio del *split half-method* fue de .6597; esto es, un indicador de una confiabilidad apropiada.

Con el propósito de llevar a cabo la validación estadística de los items se pro-

cedió a utilizar el procedimiento clásico de comparar los puntajes item por item de los grupos que habían obtenido calificaciones extremas. Así, los puntajes separaron los 250 primeros casos con los puntajes más altos y los 250 casos con los puntajes más bajos. La tabla 3 integra la información obtenida de comparar dichos grupos.

TABLA 3
PROMEDIOS (X) Y DESVIACION STANDARD (DS) DE LOS DOS GRUPOS DE PUNTAJES MAS ALTOS (250) Y MAS BAJOS (250) PARA CADA UNO DE LOS ITEMS, E INDICE DE DISCRIMINACION (ID).

ITEM	ALTOS		BAJOS		ID
	X	DS	X	DS	
01	.1920	.3947	.0200	.1403	.17
02	.6240	.4854	.1480	.3558	.48*
03	.5160	.5007	.1440	.3518	.37*
04	.4600	.4994	.1440	.3518	.32*
05	.7880	.4095	.3840	.4873	.40*
06	.7320	.4438	.3880	.4883	.35*
07	.8600	.3477	.4240	.4952	.44*
08	.4240	.4952	.0680	.2523	.36*

09	.4080	.4924	.1120	.3160	.29
10	.9000	.3006	.5240	.5004	.38*
11	.5960	.4917	.0800	.2718	.51*
12	.6240	.4854	.1960	.3978	.43*
13	.3120	.4642	.0280	.1653	.29
14	.3480	.4773	.1520	.3597	.19
15	.6800	.4674	.3480	.4773	.34*
16	.2560	.4373	.1040	.3059	.15
17	.5400	.4994	.0720	.2590	.47*
18	.7200	.4499	.3280	.4704	.40*
19	.8680	.3392	.4720	.5002	.39*
20	.5880	.4932	.5440	.4991	.04
21	.6760	.4689	.1880	.3915	.49*
22	.5040	.5010	.1960	.3978	.31*
23	.8080	.3947	.1680	.3746	.64*
24	.7760	.4178	.2040	.4038	.57*
25	.5760	.4952	.1360	.3435	.44*
26	.5760	.4952	.1680	.3746	.41*
27	.7840	.4123	.3760	.4854	.39*
28	.5520	.4983	.1360	.3435	.42*
29	.6760	.4689	.2120	.4095	.46*
30	.6200	.4864	.0920	.2896	.53*
31	.6720	.4704	.1320	.3392	.54*
32	.5960	.4917	.3160	.4658	.28
33	.5200	.5006	.3400	.4747	.18
34	.7160	.4518	.2320	.4230	.48*
35	.8320	.3746	.4600	.4994	.37*
36	.3520	.4786	.0360	.1867	.32*
37	.8680	.3392	.6640	.4733	.20
38	.9120	.2839	.7120	.4537	.20
39	.7640	.4255	.2200	.4151	.54*
40	.8960	.3059	.5320	.5000	.36*
41	.5800	.4945	.4520	.4987	.13
42	.4280	.4958	.1280	.3348	.30*
43	.7480	.4350	.1600	.3673	.58*
44	.5720	.4958	.1000	.3006	.47*
45	.5120	.5009	.1640	.3710	.35*
46	.5440	.4991	.0920	.2896	.45*
47	.8840	.3209	.8400	.3673	.04
48	.2840	.4518	.0360	.1867	.25
49	.7480	.4350	.3800	.4864	.36*
50	.7880	.4095	.3680	.4832	.42*

N: 500

(*) Indice de discriminación mayor que .30

Aquellos ítems (en total 13) que tenían un índice de discriminación menor de .30 fueron descartados. El promedio del grupo para esta nueva versión de la escala

con sólo 37 ítems fue de 15.73 y la desviación standard de 6.05. La tabla 4 presenta las correlaciones ítem-total para la versión de 37 ítems.

Tabla 4
CORRELACION ÍTEM-TOTAL DE CADA UNO DE LOS ÍTEMS Y *ALPHA* DEL REACTIVO SI EL ÍTEM CORRESPONDIENTE FUERA RETIRADO

ÍTEM	r	alpha	ÍTEM	r	alpha
02	.3129	.7967	26	.2719	.7982
03	.2478	.7991	27	.2414	.7994
04	.1652	.8019	28	.3045	.7971
05	.2566	.7988	29	.2718	.7983
06	.2090	.8006	30	.3821	.7943
07	.3100	.8023	31	.3719	.7945
08	.2938	.7975	34	.2914	.7975
10	.2846	.7978	35	.2570	.7988
11	.3891	.7942	36	.2786	.7983
12	.2490	.7991	39	.3576	.7950
15	.2080	.8007	40	.2394	.7993
17	.3547	.7954	42	.1815	.8014
18	.2369	.7996	43	.3712	.7945
19	.2457	.7992	44	.3272	.7963
21	.3330	.7959	45	.2284	.7998
22	.1953	.8010	46	.2945	.7974
23	.4208	.7925	49	.2224	.8001
24	.3886	.7938	50	.2317	.7998
25	.3448	.7956			

alpha: .8023

Las correlaciones ítem-total continuaban siendo bajas (promedio: 0.28), aunque son algo más elevados que las que se presentan en la Tabla 2.

Calculando el coeficiente de confiabilidad a través del método de *split-half* se encontró que éste era de .6650; esto es, ligeramente más elevado que el obteni-

do para la versión de los 50 ítems. El *alpha*, por otro lado, continúa siendo alto (0.80).

Se procedió a continuación a determinar el índice de discriminación separando dos grupos extremos, como la primera vez (250 puntajes más altos y 250 puntajes más bajos), pero con respecto a los puntajes de 37 ítems. La tabla 5 presenta los resultados.

TABLA 5
PROMEDIOS (X) Y DESVIACION STANDARD (DS) DE LOS GRUPOS DE PUNTAJES MAS ALTOS (250) Y MAS BAJOS (250) PARA CADA UNO DE LOS ITEMS Y EL ÍNDICE DE DISCRIMINACION (ID).

ITEM	ALTOS		BAJOS		ID
	X	DS	X	DS	
02	.6240	.4854	.1560	.3636	.47
03	.5320	.5000	.1560	.3636	.38
04	.4400	.4974	.1440	.3518	.29
05	.7880	.4095	.3640	.4821	.42
06	.7440	.4373	.3640	.4821	.38
07	.8600	.3477	.4240	.4952	.44
08	.4240	.4952	.0480	.2142	.38
10	.9040	.2952	.4920	.5009	.41
11	.5960	.4917	.0800	.2718	.51
12	.6000	.4909	.2120	.4095	.39
15	.6960	.4609	.3600	.4810	.33
17	.4960	.5010	.0960	.2952	.40
18	.7120	.4537	.3240	.4689	.39
19	.8720	.3348	.4800	.5006	.39
21	.6800	.4674	.2000	.4008	.48
22	.5160	.5007	.1880	.3915	.33
23	.8120	.3915	.1920	.3947	.62
24	.7640	.4255	.1920	.3947	.57
25	.5920	.4924	.1240	.3302	.47
26	.5600	.4974	.1680	.3746	.40
27	.7880	.4095	.3800	.4864	.40
28	.5600	.4974	.1240	.3302	.44
29	.6840	.4658	.2320	.4230	.45
30	.6320	.4832	.0960	.2952	.54
31	.6920	.4226	.1360	.3435	.56
34	.7160	.4518	.2280	.4204	.49
35	.8520	.3558	.4440	.4979	.41
36	.3400	.4747	.0320	.1764	.31
39	.7520	.4327	.2120	.4095	.54
40	.9080	.2896	.5400	.4994	.36
42	.4480	.4983	.1200	.3256	.32
43	.7360	.4417	.1520	.3597	.58
44	.5840	.4939	.0840	.2779	.50
45	.5200	.5006	.1600	.3673	.36
46	.5480	.4987	.0880	.2839	.46
49	.7520	.4327	.3760	.4854	.38
50	.7800	.4151	.3920	.4892	.39

La tabla 5 permite observar que todos los ítems tienen un índice de discriminación apropiado, con la sola excepción del ítem 3 que sin embargo tiene un ID muy próximo a .30. Por esta razón, hemos considerado apropiado mantenerlo dentro de los 37 ítems que conforman la versión final de la Escala.

La tabla 6 presenta las normas de la versión final de la Escala de Cook & Medley para el grupo con el cual hemos trabajado.

TABLA 6
NORMAS PARA LA ESCALA DE
COOK & MEDLEY (VERSIÓN FINAL
DE 37 ÍTEMS)

PERCENTIL	VALOR
10.00	8.000
20.00	11.000
25.00	12.000
30.00	13.000
40.00	14.000
50.00	16.000
60.00	18.000
70.00	19.000
75.00	20.000
80.00	21.000
90.00	24.000

DISCUSION

La Psicología y también la sociología de la salud cobran cada vez más interés en la medida en la cual aumenta el reconocimiento de la importancia de los factores psicológicos y sociológicos en el mantenimiento de la salud o en la aparición de las enfermedades.

En el caso particular de las enfermedades cardíaco-coronarias, entre 1952 y 1980 la mortalidad provocada por ellas se redujo en los Estados Unidos en más del

40%⁴⁸, no sólo debido al progreso de la medicina sino también como resultado de cambios en el estilo de vida⁴⁹.

Hallazgos de esta índole han potenciado el significado de la psicología de la salud, que entre tanto se sirve de teorías y modelos que originalmente fueron propuestos para analizar problemas de salud mental (estilos atribucionales y depresión; enfrentamiento al *stress*; etc.⁵⁰.

Uno de los tópicos más investigados es el de la Conducta Tipo A. Aún cuando hoy se ha comenzado a relativizar su significado para los problemas cardíaco-coronarios, también debe señalarse que la investigación de ella ha contribuido mucho a ampliar la comprensión de modelos biopsicosociales de la personalidad y de la enfermedad⁵¹. Como ya se dijo, al presente hay una preocupación mucho mayor por los componentes "tóxicos" de la conducta tipo A, de los cuales el más importante es la hostilidad.

En el marco del presente trabajo hemos discutido con cierto detalle por qué la hostilidad es un predisponente de alta significación para el desarrollo de enfermedades coronarias y cuáles son los modelos que se han propuesto para explicar cómo es que ella influye en dicho desarrollo. Por razones obvias, la evaluación adecuada de la hostilidad se ha convertido en uno de los tópicos cruciales en la investigación de ella.

La Escala de Cook & Medley es considerada en la actualidad, como el más apropiado evaluador de la hostilidad como factor predisponente a generar trastornos coronarios. Fue por este motivo que decidimos trabajar una estandarización en nuestro medio.

Nuestro estudio ha permitido validar estadísticamente 37 de los cincuenta ítems que la conforman en su versión original. La confiabilidad de la versión así elaborada es asimismo alta y permite señalar que

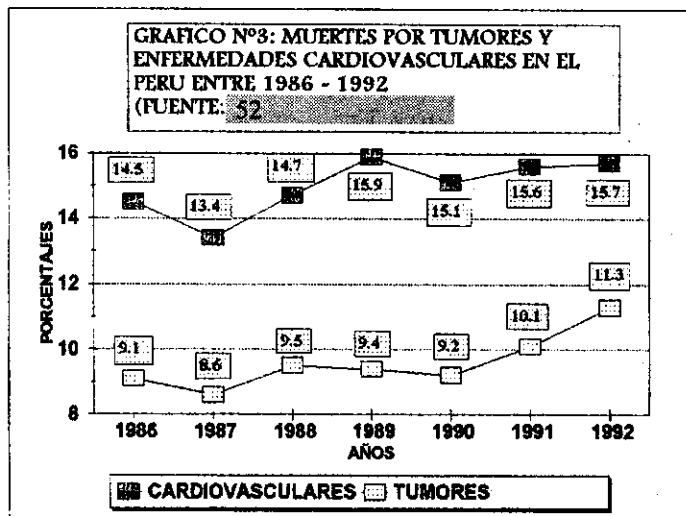
el reactivo posee posibilidades de aplicación tanto en el campo clínico cuanto en el terreno de la investigación.

El hecho de que trece items no hayan sido estadísticamente válidos en nuestro medio parece estar vinculado a complejos fenómenos que rodean a las respuestas de inventarios y cuestionarios. Así, por ejemplo, el ítem 1, "Cuando acepto un nuevo empleo, me gusta que se me indique a quien debo halagar", arroja un promedio muy bajo (.10), igual que el ítem 48, "La gente puede hacerme cambiar de opinión muy fácilmente, incluso en materias en las que creía tener ya criterio firme" (.14). Es de suponer que en estos dos ítems, que han sido descartados de la versión final, factores como la deseabilidad social han jugado un rol significativo: tanto como una imagen a ser ofrecida a los demás cuanto como hallazgo referido a aspectos de nuestra propia identidad, respuestas afirmativas a ambos ítems suponen rasgos negativos que no son aceptados con agrado por nosotros.

De otra parte, entre los ítems validados parece necesario establecer algunas

diferencias. Resulta de mucho interés observar que los ítems que con más precisión discriminan constituyen casi una adecuada muestra de cinismo y de suspicacia o hasta de alienación paranoide, que es lo que algunos estudiosos sugieren que realmente evalúa la Escala de Cook & Medley. Tal es el caso del ítem 23, "A menudo me ha dado la sensación de que gente extraña me estaba mirando con ojos críticos"; como también el del ítem 43, "Con frecuencia he encontrado personas envidiosas de mis buenas ideas, simplemente porque a ellas no se les habían ocurrido antes".

Una de las principales limitaciones de nuestro estudio estriba en el grupo etario con el cual se llevó a cabo: hemos trabajado básicamente con adolescentes y adultos jóvenes. En particular, en el caso de los primeros no parece apropiado hablar de la hostilidad como un rasgo estable de personalidad de ellos dado precisamente el hecho de que la adolescencia es una etapa de cambios que no siempre dan lugar a rasgos permanentes. Pero, como sabemos, la tendencia en el campo de la salud en general y



también en el de la psicología de la salud, se orienta a desarrollar programas de prevención que buscan entre uno de sus fines de mayor envergadura, la detección temprana de enfermedades y de factores predisponentes a ella. Habiendo trabajado, como lo hemos hecho, con una muestra de adolescentes y jóvenes hemos podido elaborar normas que permitirán comparar los resultados que se obtengan en aplicaciones futuras con los aquí obtenidos y, por medio de ellos, creemos que será posible identificar y seguir casos que puedan suponer riesgo. Esto nos parece de gran significación, pues también en nuestro país las enfermedades cardiovasculares van ganando importancia como causa de muerte.

Dichas enfermedades determinan un alarmante porcentaje de las muertes en el Perú. "Según los datos disponibles, las defunciones por enfermedades cardiovas-

culares aumentan con la edad, sobre todo a partir de los 45 años, grupo en el que ocupan el segundo lugar como causa de muerte. Lo resaltante es que en el grupo de departamentos en que sobresalen las enfermedades cardiovasculares y tumores como causas de muerte (Piura, Ica, Arequipa, Tumbes, Loreto, La Libertad, Lambayeque, Lima y Callao) no hay un ascenso significativo de las mismas, mientras que en departamentos con predominio de enfermedades infecto-contagiosas como Ancash o Huancavelica, la proporción de las cardiovasculares ha ido en aumento"⁵².

No cabe duda pues, que trabajos de investigación que exploren el mayor número de aspectos y circunstancias que rodean a dichas enfermedades poseen relevancia. Uno de ellos, de acuerdo con el estado actual de la investigación, es la hostilidad.

RÉSUMÉ

La validation, fiabilité et normalization de l'échelle d'hostilité de Cook et Medley est réportée, après application chez des étudiants universitaires de Lima Metropolitaine. Une révision théoretique des rapports entre hostilité et troubles cardiovasculaires est fait. Les caractéristiques de cette échelle sont présentés. L'échelle est appliquée parmi 1026 étudiant universitaires entre 16 et 24 ans, avec des réponses anonymes et colectives. 37 des 50 items sont validés, avec un alpha assez élevé. Une normalization pour la population étudiée est proposée.

ZUSAMMENFASSUNG

Der vorliegende Beitrag informiert über das Validations verfahren der Spanischen Fassung der Cook & Medley Skale, die Hostilität (Feindseligkeit) evaluiert. Die Verfasser unternehmen eine breite theoretische Darstellung der Beziehungen zwischen Feindseligkeit und Koronär- und Herzkrankheiten. Dann beschreiben sie die Skale und zum Schluss, informieren über das von ihnen unternommene Studium. 1026 Limaer Studenten (490 Männer und 536 Frauen im Alter zwischen 16 und 29 Jahren) antworteten die Spanische Fassung der Skale. 37 Items wurden validiert. Das *Alpha* von Cronbach der 37-Items Version war 0.80.

REFERENCIAS

1. FRIEDMAN, H.S. (1994): "Psychological predictors of heart disease". En Rachamandran, V.S., ed. *Encyclopedia of human behavior* (vol.3), San Diego, Academic Press, 603-610.- 2. REDD, W.H. (1995): "Behavioral research in cancer as a model for health psychology". *Health Psychology*, 14: 99-100.- 3. Moscoso, M. (1994): "La psicología de la salud: un enfoque multidisciplinario acerca del estrés y cambio conductual". *Revista de Psicología*, 12: 47-71.- 4. LEVY, R.I. (1982): "Prevalence and epidemiology of cardiovascular disease". En: Wyngargen, J.B. & Smith, L.I.H., eds., *Cecil textbook of medicine* (vol. 1), Filadelfia, Saunders, 98-101.- 5. EAGLESTON, J.R.; CHESNEY, M.A. & ROSENMAN, R.H. (1988): "Factores psicosociales de riesgo en las enfermedades coronarias: el patrón de comportamiento tipo A como ejemplo". *Revista Latinoamericana de Psicología*, 20: 81-89.- 6. VON DUSCH, T. (1868): "*Lehrbuch der Herzkrankheiten*". Leipzig, Verlag von Wilhelm Engelmann.- 7. MENNINGER, K.A. & MENNINGER, W.C.(1936): "Psychoanalytic observations in cardiac disorders". *American Heart Journal*, 11,10.- 8. SOKOLOV, M. & McILROY, M.B (1979): *Cardiología clínica*. México, D.F., El Manual Moderno.- 9. SULLS, J. & RITTENHOUSE. J.D. (1987): "Personality and physical health: an introduction". *Journal of Personality*, 55: 155-167.- 10. DUNBAR, F. (1945): *Emotions and bodily changes*. New York, Columbia University Press.- 11. DUNBAR, F. (1948): *Psychosomatic diagnosis*. New York, Londres, Hoeber.- 12. LOLAS STEPKE, F. (1995): *La perspectiva psicósomática en medicina. Ensayos de aproximación*. Santiago (Chile), Editorial Universitaria.- 13. FUENTENEBO DE DIEGO, F.; SANTOS, J.L.; AGUD, J.L. & DE DIOS, C. (1991): "Medicina psicósomática". En: Fuentenebo de Diego, F. & Vásquez Valverde, C., eds., *Psicología médica, psicopatología y psiquiatría*, vol 1. Madrid, McGraw-Hill, Interamericana de España, 597-640.- 14. FRIEDMAN, M. & ROSENMAN, R.H. (1976). *Conducta tipo A y su corazón*. Barcelona, Grijalbo.- 15. SMITH, T.W. & WILLIAMS, P.G. (1992): "Personality and health: advantages and limitations of the five-factor model." *Journal of Personality*, 60: 395-423.- 16. HEARN, M.D.; MURRAY, D.M. & LUEPKER, R.V. (1989): "Hostility, coronary heart diseases and total mortality: a 33 year follow-up study of university students". *Journal of Behavioral Medicine*, 12: 105-121.- 17. SMITH, T.W. (1992): "Hostility and health: current status of a psychosomatic hypothesis". *Health Psychology*, 11: 139-150.- 18. DEMBROSKI, TH. M. & WILLIAMS, R.B. (1989): "Definition and assessment of coronary-prone behavior". En: Schneiderman, N.; Weiss, St. M. & Kauffmann, P.G., eds., *Handbook of research methods in cardiovascular behavioral medicine*, New York-Londres, Plenum Press, 553-569.- 19. BAREFOOT, J.C.; DODGE, K.A.; PETERSON, B.L.; DAHLSTROM, W.G.; & WILLIAMS, JR., R.B. (1989): The Cook-Medley hostility scale: item content and ability to predict survival. *Psychosomatic Medicine*, 51: 46-57.- 20. MCCRANIE, E.W.; WATKINS, L.O.; BRANDSMA, J.M. & SISSON, B.D. (1986): "Hostility, coronary heart disease (CHD) incidence, and total mortality: lack of association in a 25 year follow-up study of physicians". *Journal of Behavioral Medicine*, 9: 119-125.- 21. POPPLESTONE, J.A. & WHITE McPHERSON, M. (1988): *Dictionary of concepts in general psychology*. New York-Westport, Conn.- Londres, Greenwood Press.- 22. BAREFOOT, J.C. (1992): "Developments in the measurement of hostility". En: Friedman, H.S., ed., *Hostility, coping, and health*, Washington, D.C., American Psychological Association, 13-31.- 23. SMITH, T.W. & POPE, M.K. (1991): "Cynical Hostility as a health risk: current status and future directions". En: Strube, M.J., *Type A behavior*, Newbury Park, Londres, New Delhi, Sage, 77-88.- 24. LEPORE, St. J. (1995): "Cynicism, social support, and support, and cardiovascular reactivity". *Health Psychology*, 14: 210-216.- 25. KESSLER, R.C; PRICE, R.H. & WORTMAN, C.B. (1985): "Social factors in psychopathology: stress, social support, and coping processes". *Annual Review of Psychology*, 36: 531-572.- 26. COHEN, S.; KAPLAN, J. & MANUCK, S.B. (1994). "Social support and coronary heart disease: underlying psychosocial and biological mechanisms". En: Shumaker, S.A. &

- Czajkowski, S.M., eds., *Social support and cardiovascular disease*, New York, Plenum Press, 195-222.- 27. WILLIAMS, R.B., JR.; BAREFOOT, J.C. & SHEKELLE, R.B. (1985): "The health consequences of hostility". En: Chesney, M.A. & Rosenman, R.H., eds., *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders*, Washington, D.C., Hemisphere, 173-185.- 28. LEIKER, M. & HAILEY, B.J. (1988): "A link between hostility and disease: poor health habits?" *Behavioral Medicine*, 3: 129-133.- 29. HOUSTON, B.K. & VAVAK, C.R. (1991). "Hostility: developmental factors, psychosocial correlates, and health behaviors". *Health Psychology*, 10: 9-17.- 30. KOSVENKUO, M.; KAPIRO, J.; ROSE, R.J.; et al. (1988): "Hostility as a risk factor for mortality and ischemic heart disease in men". *Psychosomatic Medicine*, 50: 330-340.- 31. MATTHEWS, K.A.; GLASS, D.C.; ROSENMAN, R.H. & BORTNER, R.W. (1977): "Competitive drive, pattern A. and coronary heart disease. A further analysis of some data from the Western Collaborative Group Study". *Journal of Chronic Diseases*, 30:489-498.- 32. DEMBROSKI, T.M. & COSTA, P.T., JR. (1987): "Coronary-prone behavior: components of the Type A pattern and Hostility". *Journal of Personality*, 55: 211-235.- 33. HECKER, M.H.L.; CHESNEY, D.M. BLACK G.W. & FRAUTSCHI, N. (1988): "Coronary-prone behaviors in the Western Collaborative Group Study". *Psychosomatic Medicine*, 50: 153-164.- 34. COOK, W.W. & MEDLEY, D.M. (1954). Proposed hostility and pharisaic-virtue for the MMPL. *Journal of Applied Psychology*, 38: 414-418.- 35. HATHAWAY, S.R. (1971): "El MMPI: su uso profesional por gente profesional". En: Megargee, E.I., comp., *Métrica de la personalidad. Metodología general y evaluación clínica con pruebas estructuradas* (vol. 1), México, D.F., Trillas, 229-241.- 36. MEGARGEE, E.I. & MENDELSON, G.A. (1971): "Validación transversal de doce índices del MMPI de hostilidad y control". En: Megargee, E.I., comp., *Métrica de la personalidad. Metodología general y evaluación clínica con pruebas estructuradas* (vol.1), México, D.F., Trillas, 229- 241.- 37. DAHLSTROM, W.C. & WILSH, G.S. (1960): *An MMPI handbook: a guide to use in clinical research and practice*. Minneapolis: University of Minnesota Press.- 38. COSTA. P.T., JR.; ZONDERMAN, A.B.; MCCRAE, R.R. & WILLIAMS, R.B., JR. (1986): Cynicism and paranoid alienation in the Cook & Medley HO Scale. *Psychosomatic Medicine*, 48: 283-285.- 39. SMITH, T.W. & FROHM, K.D. (1985): "What's no unhealthy about hostility? Construct validity and psychosocial correlates of the Cook and Medley HO Scale". *Health Psychology*, 4:503-520.- 40. BAREFOOT, J.C.; DAHLSTROM, G. & WILLIAMS, R.B., JR. (1983): "Hostility, CHD incidence, and total mortality: a 25 year follow-up study of 255 physicians". *Psychosomatic Medicine*, 45: 59-63. - 41. SHEKELLE, R.D.; GALE, M.; OSTFELD, A.M. & OGELSBY, P. (1983): "Hostility, risk of coronary heart disease, and mortality". *Psychosomatic Medicine*, 45:109-114.- 42. LEÓN, R. & ROMERO, C. (1988): "Conducta tipo A en un grupo de adolescentes de una zona deprivada de Lima Metropolitana: un estudio con el inventario de Eysenck & Fulker. *Psicología y Sociedad*, 1:203-219.- 43. LEÓN, R.; ROMERO, C. & SIRLOPÚ, D. (1995): "Validación del Inventario de Autoreporte de Conducta Tipo A de Blumenthal et al.". *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 58:20-36.- 44. ROMERO, C. & LEÓN, R. (1989): "Conducta tipo A: un estudio en un grupo de adolescentes de una zona deprivada de Lima (Perú), con el Inventario de Eysenck y Fulker". *Revista Latinoamericana de Psicología*, 21:349-362.- 45. LEÓN, R. & SIRLOPÚ, D. (1995): "Factorial structure of the Type A Self-Rating Inventory in a Peruvian sample". En: *Die biopsychosoziale Einheit Measch-Begegnungen. Festschrift für Prof. Dr. K. -F. Wessel*. Berlin, Universidad Humboldt.- 46. LEÓN, R. & SIRLOPÚ, D. "Diferencia de género en el patrón de conducta tipo A en un grupo de estudiantes universitarios de Lima Metropolitana". *Revista de Psicología (PUCP, Lima)*.- 47. BRANNON, L. & FEIST, J. (1992): *An introduction to behavior and health*. Belmont; Calif, Wadsworth.- 48. MITTAG, O. (1991): "Patientenschulung in der kardiologischen Rehabilitation". *Prävention und Rehabilitation [Zeitschrift für umfassende Vorbeugung und Behandlung chronischer Krankheiten]*, 3: 77-83.- 49. GOLDMAN, N.L. & COOK, K.E.F. (1984): "Decline in ischemic heart disease mortality rates". *ANN. INT. MED.*

101: 825-836.- 50. ADLER, N. & MATTHEWS, K. (1994): "Health psychology: why do some people get sick and some stay well? *Annual Review of Psychology*, 45: 229-259.- 51. RHODEWALT, F. & SMITH, T.W. (1991): "Current issues in type A behavior, coronary

proneness, and coronary heart disease". En: Snyder, C.R. & Forsyth, D.R., eds., *Handbook of social and clinical psychology*, New York, Pergamon Press, 197-220.-52. *Lineamientos de salud (1996)*. Lima, Ministerio de Salud.

APENDICE No. 1

LA ESÇALA DE HOSTILIDAD DE COOK & MEDLEY

Estamos llevando a cabo un trabajo de investigación acerca de algunas características de personalidad entre jóvenes universitarios. Es por ese motivo que rogamus su colaboración.

A continuación usted encontrará un conjunto de 50 ítems que se refieren a algunas características de personalidad. La prueba es totalmente anónima; no hay respuestas correctas ni incorrectas; sólo nos interesa que usted responda marcando con un aspa (x) y con sinceridad "verdadero" o "falso", según el caso, a todos los ítems. Sólo cuando tenga demasiadas dudas marque Ud. el signo de interrogación (?).

Por favor, no deje de responder a ítem alguno.

01. Cuando acepto un nuevo empleo, me gusta que se me indique a quién debo halagar. (V)
02. Cuando alguien me hace un mal, siento deseos de devólvrselo si me es posible; y esto por cuestión de principios. (V)
03. Prefiero hacerme el desentendido con amigos del colegio o personas conocidas que no veo desde hace tiempo, a menos que ellos me hablen primero. (V)
04. A menudo he recibido órdenes de alguien que no sabía tanto como yo. (V)
05. Pienso que una gran mayoría de gente exagera sus desgracias para lograr la simpatía y ayuda de los demás. (V)
06. Se necesita discutir mucho para convencer a la mayor parte de la gente de la verdad. (V)
07. Creo que la mayor parte de la gente mentiría para conseguir lo que busca. (V)
08. Alguien me tiene mala voluntad. (V)
09. La mayoría de la gente es honrada por temor a ser descubierta. (V)
10. Para no perder un beneficio o ventaja, la mayoría de la gente utilizaría medios algo injustos. (V)
11. Generalmente me pregunto qué razón oculta puede tener otra persona cuando me hace un favor. (V)
12. Me molesta que me pidan consejo o que me interrumpen cuando estoy trabajando en algo importante. (V)
13. Creo que frecuentemente he sido castigado sin causa. (V)
14. Estoy en contra de dar dinero a los mendigos. (V)
15. Algunos de mis familiares tienen costumbres que me molestan y fastidian muchísimo. (V)
16. Casi todos mis familiares simpatizan conmigo. (F)

17. Mi modo de hacer las cosas tiende a ser mal interpretado por los demás. (V)
18. No culpo a nadie por tratar de apoderarse de todo lo que pueda en este mundo. (V)
19. Nadie se preocupa mucho por lo que le sucede a otro. (V)
20. Puedo mostrarme amistoso con la gente que hace cosas que yo considero incorrectas. (F)
21. Es más seguro no confiar en nadie. (V)
22. No culpo a aquel que se aprovecha de otro que se expone a ello. (V)
23. A menudo me ha dado la sensación de que gente extraña me estaba mirando con ojos críticos. (V)
24. La mayor parte de la gente hace amigos porque es probable que les sean útiles. (V)
25. Estoy seguro de que la gente habla de mí. (V)
26. Por lo general no le hablo a personas hasta que ellas me hablan a mí. (V)
27. A la mayor parte de la gente le desagradaría interiormente dejar lo suyo para ayudar a los demás. (V)
28. Tiendo a ponerme en guardia con aquellos que se muestran algo más amables de lo que yo esperaba. (V)
29. A veces me he alejado de otra persona porque temía hacer o decir algo de lo que luego tendría que lamentarme. (V)
30. La gente me decepciona con frecuencia. (V)
31. Me gusta tener a los demás intrigados acerca de lo que voy a hacer. (V)
32. Frecuentemente pido consejos a otros. (V)
33. No me enoja fácilmente. (F)
34. Con frecuencia me he encontrado con personas con reputación de expertas, pero que no eran mejores que yo. (V)
35. Me gustaría mucho vencer a un pillo con sus mismas armas. (V)
36. Me siento un fracasado cuando me hablan del éxito de alguien que yo conozco bien. (V)
37. A veces he tenido que ser rudo con personas groseras e inoportunas. (V)
38. Normalmente, la gente pide para sus propios derechos más respeto que el que le concede a los de otras personas. (V)
39. Me desagradan tanto algunas personas, que me alegro interiormente cuando las sorprenden en algo que han hecho. (V)
40. Con frecuencia me esfuerzo para triunfar sobre alguien que se enfrenta a mí. (V)
41. Normalmente no participo en los chismes y habladurías del grupo al que pertenezco. (V)
42. El hombre que más se ocupó de mí cuando era niño (como mi padre, mi padrastro, etc.) fue muy rígido. (V)
43. Con frecuencia he encontrado personas envidiosas de mis buenas ideas, simplemente porque a ellas no se les habían ocurrido antes. (V)
44. Cuando un hombre está con una mujer, generalmente está pensando cosas relacionadas con el sexo de ella. (V)
45. No trato de encubrir la pobre opinión a lástima que me merece una persona

- hasta tal punto que ésta desconozca mi modo de sentir. (V)
46. Frecuentemente, he trabajado a las órdenes de personas que parecen haber arreglado las cosas de tal modo que ellos son los que reciben el reconocimiento de una buena labor y, en cambio, son capaces de atribuir los errores a sus subordinados. (V)
47. Por regla general defendiendo con tenacidad mis opiniones. (V)
48. La gente puede hacerme cambiar de opinión muy fácilmente incluso en materias en las que creía tener ya criterio firme. (V)
49. Algunas veces estoy seguro de que otro puede decir lo que estoy pensando. (V)
50. Muchas personas son culpables de mala conducta sexual. (V)

CALIFICACION

Si las respuestas que se encuentran al final del ítem corresponden con las que da el entrevistado, se le otorga un punto. Cualquier respuesta distinta, es considerada como cero.

AGRADECIMIENTO.

Los autores expresan su agradecimiento a la Fundación Konrad Adenauer (Alemania Federal) por el apoyo económico prestado para la realización de este trabajo. Asimismo, desean agradecer al Prof. Dr. Wolfgang MERTENS, del Instituto de Psicología de la Ludwig-Maximilian-Universität (Munich, Alemania Federal), que ofreció numerosas facilidades al primer autor durante su estancia en Munich en el invierno europeo de 1994-1995 para la búsqueda y obtención de mucho del material bibliográfico que sirve de base para este trabajo. *Last but not least*, los autores reconocen la deuda contraída con el Sr. Jorge Bazán, Profesor de la Universidad Agraria de La Molina (Lima, Perú), por su invaluable asesoramiento estadístico.