

# Construcción de un modelo de predicción de riesgo psicopatológico de enfermedades cardiovasculares.

Richard´s María y Urquijo Sebastián.

Cita:

Richard´s María y Urquijo Sebastián (2006). *Construcción de un modelo de predicción de riesgo psicopatológico de enfermedades cardiovasculares*. ANALES DE PSIQUIATRIA (MADRID), 22 (4), 122-126.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/sebastian.urquijo/47>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pfN5/gPe>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.  
Para ver una copia de esta licencia, visite  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# Construcción de un modelo de predicción de riesgo psicopatológico de enfermedades cardiovasculares.

FUENTE: INTERPSIQUIS. 2006; (2006)

María M. Richard´s(\*); Sebastián Urquijo(\*\*).

\*Licenciada en Psicología. Becaria Doctoral. Docente de Estrategias Cualitativas y Cuantitativas para la Investigación Psicológica. Grupo de Investigación en Psicología Cognitiva y Educacional. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata - CONICET. Argentina.

\*\*Doctor en Psicología. Profesor Adjunto de Psicología Cognitiva y Psicología del Aprendizaje. Grupo de Investigación en Psicología Cognitiva y Educacional. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata - CONICET. Argentina.

## Resumen

El propósito de este trabajo fue establecer la existencia de relaciones entre la presencia de trastornos de personalidad y la probabilidad de padecer episodios agudos isquémicos cardiovasculares. Se trabajó con 286 sujetos, de ambos sexos (36 y 80 años), divididos en dos grupos: un grupo clínico de 143 sujetos internados a causa de episodios agudos isquémicos y un grupo control de 143 sujetos sin antecedentes de enfermedades cardiovasculares, pareados por sexo, edad, nivel socio-económico y educacional. Los resultados indican que el padecimiento de un trastorno de personalidad se relaciona con un aumento del riesgo de presentar un episodio isquémico en más de cuatro veces. Las estimaciones de riesgo permitieron obtener evidencias de que la presencia de un trastorno de personalidad por evitación, dependiente y/o autodestructivo aumentan el riesgo de padecer un episodio isquémico, en tanto que el trastorno de personalidad histriónico reduce la probabilidad de padecerlo.

## Abstract

The aim of this work was to prove the existence of the relationship between the personality disorders presence and the probability of the acute cardiac-vascular and ischemic episodes suffering. This was done with 36- and-80-year-old-male-and female 286subjects divided in two groups: a clinical group of 143 in-patients with acute ischemic episodes and a control group of 143 subjects with no cardiac-vascular illness record matched by sex, age, social-economic and educational levels. The outcomes point out that the personality disorder suffering is related to the risk increase of presenting a more –than- 4 times ischemic episode. The risk estimates brought together the evidence that the presence of a dependent, self-destructive and/or avoidance personality disorders increase the risk of suffering an ischemic episode as the histrionic personality disorder reduces the probability of its suffering.

## Antecedentes

La literatura científica sobre personalidad y variables psicológicas relacionadas a los accidentes cardiovasculares destaca que los factores psicológicos tienen un papel importante en el impacto, curso y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares. Numerosos estudios han demostrado la relación entre depresión, ansiedad, y otras variables psicológicas, así como incrementan la mortalidad y morbilidad cardiaca en pacientes con patologías isquémicas (Bennett, 1994; Bueno y Buceta, 1991; Littman, 1993; Helgeson y Taylor, 1993; Denollet, 1994; Fowers, 1994; Sykes, 1994; Steptoe, Fieldman, Evans y Perry, 1996; Lesperance y Frasure-Smith, 1996; Vertheim y Kohler, 1997; Holahan, Moos, Holahan y Brennan, 1997; Denollet y Brutsaert, 1998; Denollet, 2000; Denollet, Vaes y Brutsaert, 2000; Marusic, 2000; Welin, Lappas, y Wilhelmsen, 2000; Friedman et al., 2001; Myrtek, 2001; Follath, 2003; Brunckhorst, Holzmeister, Scharf, Binggeli & Duru, 2003; Kristofferzon, Lofmark & Carlsson, 2003; Newman, 2004; Davidson, Rieckmann & Lesperance, 2004; Zellweger, Osterwalder, Langewitz & Pfisterer, 2004; Yusuf et al., 2004).

Todos ellos establecen, de formas diferentes, la incidencia que ciertas características psicológicas –entre ellas los rasgos de personalidad- tienen en el infarto agudo de miocardio. Sin embargo, no existe acuerdo sobre cuales serían los rasgos, perfiles, patrones o estilos de personalidad que se asociarían a los trastornos cardiovasculares.

Diversos estudios han evidenciado que ciertos factores psicosociales contribuyen significativamente en la patogénesis y en la expresión de los episodios isquémicos (EI). Estos factores se expresan principalmente en cinco campos (Rozanski, Blumenthal y Kaplan, 1999): 1) depresión, 2) ansiedad, 3) personalidad y rasgos de carácter, 4) aislamiento social y 5) estrés crónico.

Otras variables como los rasgos de personalidad, las características conductuales y las estrategias de afrontamiento al estrés son los factores psicológicos que han sido reconocidos por su relación con la aparición de los EI. Al parecer, los mecanismos biológicos podrían ser mediados por influencias psicológicas para determinar la enfermedad coronaria (Marusic, 2000).

En un estudio transcultural reciente (Rosengren y cols., 2004) donde se estudió la relación entre factores de riesgo psicosociales y el infarto agudo de miocardio en 11.119 casos clínicos y 13.648 controles se muestran los resultados en 52 países. Las personas con infarto de miocardio presentan una prevalencia mayor de los cuatro factores del estrés: laboral, doméstico, general y económico ( $p < .0001$ ). Del mismo modo, los sucesos de vida estresantes durante el último año y la depresión fueron más frecuentes en el grupo clínico de enfermedades cardiovasculares. Estas diferencias entre los grupos clínico y control se mantuvieron estables en todas las regiones, en los distintos grupos étnicos, y en hombres y mujeres. Los investigadores del estudio sostienen que la presencia de estresores psicosociales se encuentra asociada con un aumento del riesgo de un infarto agudo de miocardio, enfatizando sobre la necesidad del desarrollo de trabajos y programas dirigidos a la modificación de estos factores estresores.

Durante muchos años se pensó que la enfermedad cardiovascular se encontraba relacionada a un patrón de conductas caracterizado por un intenso deseo de tener éxito y una competitividad elevada, al que Friedman y Rosenman (1959) denominaron "Patrón de conductas tipo A" (PCTA), y lo describieron por: a) un esfuerzo intenso y mantenido hacia el logro de objetivos autoseleccionados y, por lo general, pobremente definidos; b) una elevada inclinación hacia la competitividad; c) un deseo persistente de reconocimiento y prestigio; d) baja tolerancia a la frustración; e) una constante implicación en múltiples y diversas actividades que, generalmente, exceden la disponibilidad de tiempo del sujeto; f) impaciencia acentuada; g) una marcada tendencia a la respuesta hostil; y h) un extraordinario nivel de alerta física y mental. Los trastornos cardiovasculares se presentaron con una frecuencia siete veces mayor en este grupo comparado tanto con otro grupo conformado con sujetos con características opuestas (Personalidad Tipo B) cuanto con otro grupo, que actuó como control, conformado por personas desempleadas, con ansiedad e inseguridad crónicas (Personalidad Tipo C).

Si bien el PCTA siguió recibiendo atención en diversos estudios realizados en los últimos años que sostienen la asociación entre la personalidad tipo A y las enfermedades cardiovasculares (Kawachi y otros, 1998; Munakata y otros, 1999; Coelho y otros, 1999; del Pino y otros, 1992; del Pino y otros, 1990), tal asociación también ha sido cuestionada por numerosas investigaciones que reportaron que no había correlación entre el patrón de conducta tipo A y el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares (Rozanski, Blumenthal y Kaplan, 1999; Espnes y Opdahl, 1999; Schroeder, Narkiewicz, Kato y Pesek, 2000; Myrtek, 2001; Friedman y otros, 2001).

Otros investigadores (Denollet, Sys y Brutsaert, 1995; Lesperance y Frasura-Smith, 1996; Denollet, Sys, Stroobant y Rombouts, 1996; Denollet y Brutsaert, 1998; Pedersen y Denollet, 2003) han postulado un nuevo tipo de personalidad (Tipo D, de distress), como factor de riesgo en la enfermedad cardiovascular.

El distrés, o estrés negativo, implica emociones displacenteras (como ansiedad, depresión u hostilidad), propensiones psicológicas desadaptativas (como dificultades en el plano de las relaciones interpersonales o en la percepción del apoyo social disponible) y tendencias comportamentales disfuncionales (como el desarrollo de hábitos perjudiciales para la salud).

Por su parte, la Personalidad Tipo D se define como un rasgo de personalidad caracterizado por la afectividad negativa y por la inhibición social (Pedersen y Denollet, op. cit.; Denollet y Brutsaert, op. cit.; Denollet y otros, op. cit.; Denollet, Sys y Brutsaert, op. cit.). La afectividad negativa se refiere a preocupación, visión pesimista, sentimientos de infelicidad o irritación, síntomas depresivos; tensión crónica y bajo nivel de bienestar subjetivo; en tanto que la inhibición social es definida como la tendencia a mantenerse distanciado de los demás, inhibir la expresión de los sentimientos y bajos niveles de soporte social percibido.

Un problema que influye notoriamente en la ausencia de acuerdo sobre los rasgos, perfiles, patrones, estilos o trastornos de personalidad que se asociarían a los trastornos cardiovasculares, puede encontrarse en las diferencias sobre los métodos y modelos teóricos utilizados para definir y evaluar las características de la personalidad.

La conceptualización de Millon respecto a la personalidad y sus trastornos (Millon, 1969 y 1981; Millon y Klerman, 1986; Millon y Everly, 1994) resulta adecuada para los fines propuestos porque permite un acercamiento teórico al tema de por qué las personas se comportan de la forma en que lo hacen y por qué, en ocasiones, este funcionamiento puede resultar disfuncional.

Millon (1969) sostiene que: "...la personalidad se concibe como un patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas, que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar y se expresan automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo. Estos rasgos intrínsecos y generales surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y aprendizajes, y en última instancia comprenden el patrón idiosincrásico de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse de un individuo..." (p.12).

Millon retoma las dimensiones básicas utilizadas para construir tipologías de personalidad desde principios de siglo: actividad-pasividad, placer-dolor y sujeto-objeto. A partir de este esquema tripartito derivó patrones de personalidad de afrontamiento que se corresponden detalladamente con cada uno de los trastornos de personalidad del DSM III. Estas estrategias reflejan: el tipo de refuerzo que las personas aprenden a perseguir o evitar (placer-dolor), dónde intentan obtenerlo (en sí mismos o en los otros) y, cómo han aprendido a comportarse para reducirlo o escapar de él (actividad-pasividad).

Esa primera versión de la teoría estaba dirigida hacia la personalidad normal y la anormal, enlazadas en un continuo. La diferencia principal es que los individuos normales demuestran flexibilidad adaptativa en respuesta a su ambiente, mientras que las personas con trastornos exhiben conductas rígidas y desadaptativas.

El DSM-IV (op. cit.) define los rasgos de personalidad como pautas duraderas en la forma de percibir, pensar y relacionarse con el ambiente y con uno mismo, y que se hacen presentes en una amplia gama de contextos personales y sociales. Estos rasgos sólo constituyen un trastorno de personalidad cuando resultan inflexibles y desadaptativos.

Una de las críticas más comunes de la clasificación de trastornos de personalidad que aparece en el DSM-IV es la ausencia de un modelo teórico unificado. En este sentido, la propuesta de Millon constituye uno de los aportes más sólidos y de mayor desarrollo para cubrir esa falencia. Su perspectiva teórica adquiere singular importancia en cuanto el autor ha sido un participante influyente en el desarrollo de varias ediciones de la nomenclatura de los trastornos de personalidad.

Por lo expuesto, resulta pertinente considerar una nueva perspectiva para evaluar las características de la personalidad en la identificación de los pacientes en riesgo de enfermedad cardiovascular.

El objetivo de este trabajo es establecer la existencia de relaciones entre rasgos de

personalidad y el padecimiento de episodios agudos isquémicos cardiovasculares para la identificación de perfiles de riesgo psicopatológicos de enfermedades cardiovasculares.

## Método

### Muestra

La muestra se conformó con 286 sujetos, de ambos sexos, con edades entre 36 y 80 años, divididos en un grupo clínico (incidental) compuesto por 143 sujetos (34 femeninos y 109 masculinos) internados a causa de episodios isquémicos agudos en la Unidad Coronaria del Hospital Interzonal General de Agudos de Mar del Plata, Argentina, y un grupo control de 143 sujetos pareados por sexo, edad y nivel socio-económico y educacional, sin antecedentes de enfermedades cardiovasculares.

### Instrumentos y variables

Para la evaluación de los trastornos de la personalidad se utilizó el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II -MCMI-II- segunda versión (Millon, 1999), adaptación española de TEA. Este inventario está compuesto por 22 escalas clínicas y 4 escalas de validez y de tendencia de respuestas medidas a través de 175 ítems dicotómicos. La presencia de trastorno se determinó cuando la tasa base (TB del MCMI-II) de las puntuaciones ajustadas fuera superior o igual a 85 y, por lo tanto, configurara una disfuncionalidad patológica; mientras que la ausencia de trastorno se determinó cuando la TB era inferior a 85.

Los datos sociobiográficos se midieron a través de una entrevista estructurada para relevar información demográfica, nivel socio-económico, cultural y educacional.

### *Variables consideradas*

Un episodio agudo isquémico-cardiovascular es una formación de placas de ateroma (acumulación de depósitos de lípidos y otros tejidos) en las arterias coronarias, restringiendo el paso de la sangre y, por tanto, del oxígeno, al miocardio.

Un trastorno de personalidad, de acuerdo al DSM-IV "...es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto..."

### Procedimiento

Se evaluó a los sujetos del grupo clínico, siempre y cuando las condiciones lo permitieran, durante los dos días posteriores a su ingreso a la Unidad Coronaria. Los criterios de exclusión fueron los siguientes: pacientes sin patología coronaria aguda, específicamente Angina Inestable o Infarto Agudo de Miocardio (por ejemplo: valvulares, arritmias, etcétera), y aquellos que no podían ser entrevistados a causa de su estado (asistencia respiratoria, shock, etcétera).

Para controlar diferencias de niveles culturales y el estado de los pacientes, los reactivos de los instrumentos fueron leídos por los administradores. El mismo procedimiento se utilizó con los sujetos del grupo control.

### Resultados

A continuación, en la tabla 1, se presentan los resultados de los trastornos de personalidad de los sujetos de ambos grupos.

TRASTORNOS	Ausencia/Presencia	GRUPO	
		CONTROL	CLÍNICO
		%	%
1. Esquizoide	Sin trastorno	89,4%	80,4%
	Con trastorno	10,6%	19,6%
2. Evitativo	Sin trastorno	95,3%	78,3%
	Con trastorno	4,7%	21,7%
3. Dependiente	Sin trastorno	82,9%	60,1%
	Con trastorno	17,1%	39,9%
4. Histriónico	Sin trastorno	90,0%	92,3%
	Con trastorno	10,0%	7,7%
5. Narcisista	Sin trastorno	81,8%	67,8%
	Con trastorno	18,2%	32,2%
6A. Antisocial	Sin trastorno	91,8%	80,4%
	Con trastorno	8,2%	19,6%
6B. Agresivo-sádico	Sin trastorno	74,7%	74,1%
	Con trastorno	25,3%	25,9%
7. Compulsivo	Sin trastorno	57,6%	47,6%
	Con trastorno	42,4%	52,4%
8A. Pasivo-agresivo	Sin trastorno	83,5%	65,0%
	Con trastorno	16,5%	35,0%
8B. Autodestructivo	Sin trastorno	94,1%	76,9%
	Con trastorno	5,9%	23,1%
Trastorno	Sin trastorno	26,7%	6,00%
	Con trastorno	73,3%	94,00%

TABLA 1 - Distribución de los trastornos de personalidad de los sujetos según grupo de episodios agudos isquémico-cardiovasculares y de control.

Con el objeto de determinar si las diferencias del porcentaje de aparición de los trastornos de la personalidad entre grupos son estadísticamente significativas, se realizó una prueba de Chi cuadrado. Los resultados se presentan en la tabla 2.

TRASTORNOS	CHI 2	GRUPO
1. Esquizoide	Chi2	5,009
	Sig.	,025(*)
2. Evitativa	Chi2	20,512
	Sig.	,000(*)
3. Dependiente	Chi2	20,264
	Sig.	,000(*)
4. Histriónica	Chi2	8,128
	Sig.	,004(*)
5. Narcisista	Chi2	8,605
	Sig.	,003(*)
6A. Antisocial	Chi2	14,199
	Sig.	,000(*)
6B. Agresivo-sádica	Chi2	19,377
	Sig.	,000(*)
7. Compulsiva	Chi2	6,865
	Sig.	,009(*)
8A. Pasivo-agresiva	Chi2	16,073
	Sig.	,000(*)
8B. Autodestructiva	Chi2	17,106
	Sig.	,000(*)

Significación estadística (\*)  $p \leq .05$

TABLA 2 – Resultados del análisis de Chi cuadrado para determinar asociación entre el hecho de presentar trastornos de personalidad y de padecer episodios isquémicos agudos.

Finalmente, se calcularon las razones de las ventajas (odds-ratio) de padecer un episodio isquémico agudo en función de los trastornos de personalidad. En la tabla 3 se presentan los resultados.

Escala	Odd Ratio	CI 95%
1- Esquizoide	2,06	1,08 – 3,90
<b>2- Fóbica (Evitativa)</b>	<b>5,60</b>	<b>2,48 – 12,65</b>
<b>3- Dependiente (Sumisa)</b>	<b>3,22</b>	<b>1,91 – 5,43</b>
4- Histriónica	0,75	0,34 – 1,66
5- Narcisista	2,13	1,26 – 3,60
6a- Antisocial	2,71	1,37 – 5,39
6b- Agresivo-sádica	1,03	0,62 – 1,72
7- Compulsiva	1,50	0,96 – 2,35
8a- Pasivo-agresiva	2,73	1,60 – 4,64
<b>8b- Autodestructiva</b>	<b>4,80</b>	<b>2,27 – 10,14</b>
<b>Presencia de Trastorno de personalidad</b>	<b>4,26</b>	<b>2,10 – 8,61</b>

TABLA 3 – Razón de las ventajas (odds-ratio) de padecer un episodio isquémico agudo en función de los trastornos de personalidad

Resumiendo, los resultados indican que los sujetos internados en unidades coronarias por episodios isquémicos agudos, específicamente AI o IAM presentan, con relación a la muestra de control:

- Una tasa llamativamente elevada de trastornos de personalidad o de rasgos de personalidad exacerbados (94%) en la población clínica. (MCMI-II)
- Diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones, que indican que los sujetos de la muestra clínica presentan una frecuencia mayor de todos los Trastornos de la Personalidad con excepción de los Histriónicos, Agresivo-Sádicos y Compulsivos.
- Diferencias más acentuadas en los trastornos de personalidad Fóbico, Dependiente y Autodestructivo.
- Menor frecuencia de presencia de trastornos histriónicos que en la muestra de control.

## Discusión

El supuesto básico de este estudio considera que pueden existir ciertos trastornos de personalidad asociados al aumento del riesgo de padecer episodios isquémico-cardiovasculares agudos.

Por un lado, los resultados de este estudio permiten observar que la presencia de rasgos de personalidad exacerbada o disfuncionales se relacionaría con un aumento de la probabilidad (OR 4,26) de sufrir episodios isquémicos agudos que requieran internación en unidades coronarias.

Por otra parte, el análisis detallado de los resultados, indica que la presencia de trastornos de la personalidad evitativo (fóbico), autodestructivo (masoquista) y dependiente se asocia a un aumento significativo de la probabilidad de padecer episodios isquémicos agudos. Se debe destacar que estos tres trastornos de personalidad son adyacentes en el modelo circunplejo de Millon y, por lo tanto, presentan gran similitud caracterizándose por un patrón de afiliación dependiente y un patrón de expresión neutro. También comparten el grupo C de trastornos de personalidad del DSM-IV, basados en la similitud de sus características, en este caso, la ansiedad y el temor. Por otra parte, se debe destacar el hecho de que la descripción de estos tres trastornos muestra una similitud teórica con los supuestos de la personalidad tipo D.

El concepto de personalidad Tipo D refleja un subgrupo homogéneo y estable de rasgos de personalidad claramente basados en teorías psicológicas, a diferencia de la personalidad Tipo A que se basa en una definición aditiva y heterogénea de síntomas conductuales (Pedersen y Denollet, 2003; Denollet, 2000). La evidencia acumulada hasta el momento indica que los pacientes cardíacos con personalidad Tipo D tienen un incremento significativo en el riesgo de morbilidad y mortalidad cardiovascular, de manera independiente a los factores de riesgo tradicionales (Pedersen y Denollet, 2003). De todas maneras, Denollet y su equipo (Pedersen y Denollet, 2003), sostienen que hay una necesidad urgente en adoptar un enfoque que considere a la personalidad en los pacientes en riesgo de sufrir trastornos cardíacos.

En este sentido, recordemos que la personalidad de Tipo D (de distress) (Pedersen y Denollet, 2003; Denollet y Brutsaert, 1998; Denollet y otros, 1996) supone que el estrés, o estrés negativo, implica para el individuo emociones displacenteras (como ansiedad, depresión u hostilidad), propensiones psicológicas desadaptativas (como dificultades en el plano de las relaciones interpersonales o en la percepción del apoyo social disponible) y tendencias comportamentales disfuncionales (como el desarrollo de hábitos perjudiciales para la salud). Estas características resultan compatibles con los resultados de nuestro estudio que indican que la presencia de trastornos de personalidad o de patrones desadaptativos se asocia a un aumento de la probabilidad de padecer episodios isquémicos agudos.

Por otra parte, la personalidad Tipo D se define como un rasgo de personalidad caracterizado por la afectividad negativa y por la inhibición social (Pedersen y Denollet, 2003; Denollet y Brutsaert, 1998; Denollet y otros, 1996; Denollet, Vaes y Brutsaert, 2000):

- Afectividad negativa: se define por la tendencia a preocuparse y a tener una visión pesimista de las cosas, acompañada a menudo de sentimientos de infelicidad o irritación, de síntomas depresivos y de tensión crónica y de un bajo nivel de bienestar subjetivo.

- Inhibición social: se define por una tendencia a mantenerse distanciado de los demás, por inhibir a menudo la expresión de los sentimientos y por bajos niveles de soporte social percibido.

Una caracterización descriptiva de cada una de las tres escalas de personalidad asociadas a una mayor probabilidad de aparición de episodios isquémicos, nos permite mostrar la clara similitud que existe con nuestros resultados:

-> Personalidad Fóbica o evitativa (OddRatio 5,6): Son cautelosos, aversivos, frenéticos, fantasiosos, angustiados, alienados, molestos y frágiles. Experimentan pocos refuerzos positivos, son vigilantes, están permanentemente en guardia por miedo a sus impulsos. Sus estrategias reflejan el temor y la desconfianza de los demás. El anhelo de afecto provoca la repetición del dolor y la agonía experimentada con otros, protegiéndose a través de la renuncia activa. A pesar de los deseos de relación consideran que es mejor negar los sentimientos y mantener distancia interpersonal.

-> Personalidad Autodestructiva o masoquista (OddRatio 3,2): Son sobrios, deferentes, inconsistentes, depreciativos, tristes, indignos, degradados, y desviados. Se relacionan de forma obsequiosa y autosacrificada con los demás, fomentando que los exploten o se aprovechen de ellos. Recuerdan el pasado para integrar el dolor y angustia que experimentan como reconfortante. Actúan de forma modesta y tratan de pasar desapercibidos.

-> Personalidad Dependiente o sumisa (OddRatio 3,3): Son incompetentes, sumisos, ingenuos, pacíficos, ineptos, inmaduros, y rudimentarios. Se vuelven hacia otros como una forma de protección y esperan pasivamente que los protejan. Buscan relaciones con personas que les brinden apoyo, afecto, seguridad y consejo. Carecen de iniciativa y de autonomía, sometiéndose a los deseos de otros para mantener su afecto.

En función de lo expuesto, estamos en condiciones de aportar evidencia que confirma los supuestos de la asociación entre la personalidad de Tipo D y la ocurrencia de trastornos cardiovasculares.

Otro hallazgo interesante, es que la escala Histriónica se presenta como la única que aparece relacionada significativamente con una disminución del riesgo de padecer episodios isquémicos agudos. Esta escala se caracteriza de la siguiente forma:

-> Personalidad Histriónica (OR 0,75): afectados, coquetos, frívolos, disociados, inconstantes, sociables, superficiales, e inconexos. Son activos y tratan de aumentar el número de favores y la cantidad de atención que reciben, al mismo tiempo que evitan el desinterés o la desaprobación de los demás. Muestran una búsqueda de estimulación y afecto insaciable e indiscriminada. Tienen comportamientos sociales inteligentes y astutos que dan apariencia de autoconfianza y serenidad, que esconden la necesidad de aceptación y la baja autoestima.

Estas características también resultan compatibles con los supuestos de la personalidad de Tipo D, a la vez que le aportan mayor poder explicativo, ya que la posesión de una visión excesivamente optimista de las cosas, con un elevado sentimiento de bienestar subjetivo, además de un fluido contacto con otras personas y una tendencia a expresar los sentimientos, características diametralmente opuestas a las asociadas a los accidentes cardiovasculares, permitirían definir metas u objetivos terapéuticos orientados a la prevención de este tipo de trastornos.

## Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association (1988). DSM-III-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.
- Bennett, P. (1994) Psychological care of the coronary patient. Special Section: Psychological care in physical illness. *Journal of Mental Health UK*; 3(4), 477-484.
- Brunckhorst CB, Holzmeister J, Scharf C, Binggeli C, Duru F. (2003) Stress, depression and cardiac arrhythmias. *Ther Umsch*; 60(11):673-81.
- Bueno, A. M., Buceta, J. M. (1991) Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades. Madrid: Editorial Pirámide.
- Choca, J.; Van Denburg, E. (1998) Guía para la interpretación del MCMI. Barcelona: Paidós.
- Coelho, R.; Ramos, E.; Prata, J.; Maciel, M. J.; Barros, H. (1999) Acute myocardial infarction: psychosocial and cardiovascular risk factors in men. *Journal of Cardiovascular Risk*, 6(3), 157-62.
- Davidson KW, Rieckmann N, Lesperance F. (2004) Psychological theories of depression: potential application for the prevention of acute coronary syndrome recurrence. *Psychosom Med*; 66(2):165-73.
- del Pino Pérez, A., Gaos Meizoso, M., Díaz del Pino, S., Díaz Cruz, F. y Suarez Santana, D. (1992). Propiedades psicométricas de la escala de Bortner para la medida del patrón de conducta tipo "A". *Psiquis*, 13(1): 11-26.
- del Pino Pérez, A.; Borges del Rosal, A., Díaz del Pino, S., Suárez Santana, D. y Rodríguez Matos, I. (1990). Propiedades psicométricas de la escala tipo A de Framingham (ETAF). *Psiquis*, 11(1): 47-58.
- Denollet, J. (1994) Health complaints and outcome assessment in coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*; 56(5), 463-474.
- Denollet, J. (2000) Type D personality: A potential risk factor refined. *Journal of Psychosomatic Research*, 49(4), 255-266.
- Denollet, J.; Brutsaert, D. (1998) Personality, disease severity, and the risk of long-term cardiac events in patients with a decreased ejection fraction after myocardial infarction. *Circulation*, 97, 67-173.
- Denollet, J.; Sys, S.; Stroobant, N.; Rombouts, H., et al. (1996) Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease. *The Lancet*, 347, 417-421.
- Denollet, J.; Vaes, J.; Brutsaert, D. L. (2000) Inadequate response to treatment in coronary heart disease: adverse effects of type D personality and younger age on 5-year prognosis and quality of life. *Circulation*, 8,102(6), 630-5.
- Espnes, G.A. & Opdahl A. (1999) Associations among behavior, personality, and traditional risk factors for coronary heart disease: a study at a primary health care center in mid-Norway. *Psychological Reports*, 85(2), 505-17
- Follath F. (2003) Depression, stress and coronary heart disease--epidemiology, prognosis and therapeutic sequelae. *Ther Umsch*; 60(11):697-701.
- Fowers, B. J. (1994) Perceived control, illness status, stress, and adjustment to cardiac illness. *Journal of Psychology*; 128(5), 567-576.

Friedman, M.; Rosenman, R. H. (1959) The type A behavior and your heart. New York: Knof.

Friedman, R.; Schwartz, J. E.; Schnall, P. L.; Landsbergis, P. A.; Pieper, C.; Gerin, W.; Pickering, T. G. (2001) Psychological variables in hypertension: Relationship to casual or ambulatory blood pressure in men. *Psychosomatic Medicine*, 63(1), 19-31.

Helgeson, V. S.; Taylor, S. E. (1993) Social comparisons and adjustment among cardiac patients. *Journal-of-Applied-Social-Psychology*; 23(15), 1171-1195.

Holahan, C.J.; Moos, Holahan, C.K. & Brennan, P.L. (1997) Social context, coping strategies, and depressive symptoms: an expanded model with cardiac patients. *J Pers Soc Psychol.* 72(4), 918-28.

Kawachi, I.; Sparrow, D.; Kubzansky L.D.; Spiro, A. 3RD; Vokonas, P. S.; Weiss, S. T. (1998) Prospective study of a self-report type A scale and risk of coronary heart disease: test of the MMPI-2 type A scale. *Circulation*, 4; 98(5), 405-12

Kristofferzon ML, Lofmark R, Carlsson M. (2003) Myocardial infarction: gender differences in coping and social support. *J Adv Nurs.*; 44(4):360-74.

Lesperance, F.; Frasere-Smith, N. (1996) Negative emotions and coronary heart disease: Getting to the heart of the matter. *The Lancet*, 47, 414-416.

Littman, A.B. (1993) Review of psychosomatic aspects of cardiovascular disease. *Psychotherapy-and-Psychosomatics*; 60(3-4), 148-167

Marusic, A. (2000) Psychological factors associated with coronary heart disease. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 17(4), 135-139.

Millon, T. & Everly, G. (1994) La personalidad y sus trastornos. Barcelona: Martinez Roca.

Millon, T. & Klerman, G. L. (Eds.) (1986) Contemporary directions in psychopathology: Toward the DSM-IV. New York: Guilford.

Millon, T. (1969) Modern Psychopathology. Philadelphia: Saunders.

Millon, T. (1981) Disorders of personality: DSM-III, Axis II. New York: Wiley.

Millon, T. (1999) MCMI-II Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II. Madrid: TEA Publicaciones de Psicología Aplicada.

Munakata, M.; Hiraizumi, T.; Nunokawa, T.; Ito, N.; Taguchi, F.; Yamauchi, Y.; Yoshinaga, K. (1999) Type A behavior is associated with an increased risk of left ventricular hypertrophy in male patients with essential hypertension. *Journal of Hypertension*,17(1), 115-20

Myrtek, M. (2001) Meta-analyses of prospective studies on coronary heart disease, type A personality, and hostility. *International Journal of Cardiology*, 79(2-3), 245-51

Newman S. (2004) Engaging patients in managing their cardiovascular health. *Heart*; 90 Suppl 4:iv 9-13

Pedersen S. S. & Denollet, J. (2003) Type D personality, cardiac events, and impaired quality of life: a review, *Eur J Cardiovasc Prev Rehab* 10: 241-248.

Rosengren, A. y cols. (2004). Para the INTERHEART study: Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11 119 cases and 13 648 controls from 52 countries: case-control study. *The Lancet*; 364: 953-62

Rozanski, A., Blumenthal, J. & Kaplan, J. (1999). Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*, 99, 2192-2217.

Schroeder, K., Narkiewicz, K., Kato, M., Pesek, C., et al. (2000) Personality type and neural circulatory control. *Hypertension*, 36(5), 830-833.

Steptoe, A.; Fieldman, G.; Evans, O. & Perry, L. (1996). Cardiovascular risk and responsivity to mental stress: the influence of age, gender and risk factors. *J Cardiovasc Risk*, 3(1), 83-93.

Sykes, D. H. (1994) Coping with a heart attack: Psychological processes. Special Issue: Heart disease: The psychological challenge. *Irish-Journal-of-Psychology*, 15(1), 54-66

Verthein, U. & Kohler, T. (1997) The correlation between everyday stress and angina pectoris: a longitudinal study. *J Psychosom Res.*, 43(3), 241-5.

Welin, C.; Lappas, G. & Wilhelmsen, L. (2000). Independent importance of psychosocial factors for prognosis after myocardial infarction. *J Intern Med.*, 247(6), 629-39.

Yusuf, S.; Hawken, SP; Ôunpuu, S.; Dans, T.; Avezum, A.; Lanas, F.; McQueen, M.; Budaj, A.; Pais, P.; Varigos, J. & Lisheng, L. (2004) Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *The Lancet*; 364(9438): 937-952

Zellweger MJ, Osterwalder RH, Langewitz W, Pfisterer ME. (2004) Coronary artery disease and depression. *European Heart Journal*; 25(1):3-9.