

Trastornos de personalidad y episodios isquémicos agudos. Determinación de perfiles de riesgo.

Richard´s María y Urquijo Sebastián.

Cita:

Richard´s María y Urquijo Sebastián (2006). *Trastornos de personalidad y episodios isquémicos agudos. Determinación de perfiles de riesgo.* *Revista Mexicana de Psicología*, 23 (2), 235-244.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/sebastian.urquijo/101>

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



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>.

**TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y EPISODIOS ISQUÉMICOS AGUDOS.
DETERMINACIÓN DE PERFILES DE RIESGO**

Personality disorders and ischemic acute episodes. Determination of risk profiles.

**TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y EPISODIOS ISQUÉMICOS AGUDOS.
DETERMINACIÓN DE PERFILES DE RIESGO**

Personality disorders and ischemic acute episodes. Determination of risk profiles.

Richard's María Marta y Urquijo Sebastián

Secretaría de Investigación y Postgrado. Facultad de Psicología.

Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Argentina.

Datos identificatorios de los autores:

Richard's Maria Marta

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.

Funes 3250. Cuerpo V. Nivel III.

Tel: (0223) 494-2788

E-mail: mmrichar@mdp.edu.ar

Urquijo Sebastián

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.

Funes 3250. Cuerpo V. Nivel III.

Tel: (0223) 475-2526/2266 int. 226.

E-mail: urquijo@mdp.edu.ar

Número de palabras del manuscrito: 5008

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 a 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 to 80 year-old male and female- 286 subjects 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.

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y EPISODIOS ISQUÉMICOS AGUDOS. DETERMINACIÓN DE PERFILES DE RIESGO

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, y como también estas variables incrementan la mortalidad y morbilidad cardíaca en pacientes con patologías isquémicas (Bennett, 1994; Brunckhorst, Holzmeister, Scharf, Binggeli y Duru, 2003; Bueno y Buceta, 1996; Davidson, Rieckmann y Lesperance, 2004; Denollet, 1994; Denollet y Brutsaert, 1998; Denollet, 2000; Denollet, Vaes, Dirk y Brutsaert, 2000; Follath, 2003; Fowers, 1994; Friedman et al., 2001; Helgeson y Taylor, 1993; Holahan, Moos, Holahan y Brennan, 1997; Kristofferzon, Lofmark y Carlsson, 2003; Lesperance y Frasure-Smith, 1996; Littman, 1993; Marusic, 2000; Myrtek, 2001; Newman, 2004; Steptoe, Fieldman, Evans y Perry, 1996; Sykes, 1994; Vertheim y Kohler, 1997; Welin, Lappas, y Wilhelmsen, 2000; Yusuf et al., 2004; Zellweger, Osterwalder, Langewitz y Pfisterer, 2004).

Todos ellos establecen, de formas diferentes, la influencia que ciertas variables psicológicas –entre ellas la personalidad- tienen en el infarto agudo de miocardio. Sin embargo, no existe acuerdo sobre cuales serían los rasgos, perfiles, estilos y/o trastornos de personalidad que se asociarían a los episodios 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, referidos a la personalidad o rasgos de ella que resultan de la interacción entre el individuo y su entorno, 4) aislamiento social y 5) estrés crónico.

La 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, a pesar de la inexistencia de acuerdos ya mencionada. Al parecer, los mecanismos biológicos podrían ser mediados por influencias psicológicas para determinar la enfermedad coronaria (Marusic, 2000).

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, donde se sostiene la asociación entre la personalidad tipo A y las enfermedades cardiovasculares (Coelho, Ramos, Prata, Maciel y Barros, 1999; Del Pino Pérez, Borges del Rosal, Díaz del Pino, Suárez Santana y Rodríguez Matos, 1990; Del Pino Pérez, Gaos Meizoso, Díaz del Pino, Díaz Cruz y Suárez Santana, 1992; Kawachi et al., 1998; Munakata et al., 1999;), 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 (Espnes y Opdahl, 1999; Friedman et al., 2001; Myrtek, 2001; Rozanski et al., 1999; Schroeder, Narkiewicz, Kato y Pesek, 2000).

Otros investigadores (Denollet, Sys y Brutsaert, 1995; Denollet, Sys, Stroobant, Rombouts, Gillebert y Brutsaert, 1996; Denollet y Brutsaert, 1998; Lesperance y Frasere-Smith, 1996; 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 (Denollet et al., 1995; Denollet et al., 1996; Denollet y Brutsaert, 1998; Pedersen y Denollet, 2003). 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 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 habilidades manifiestas para relacionarse, conocer e interactuar con el ambiente de manera flexible y adaptativa, mientras que las personas con trastornos exhiben dos componentes básicos: la *escasa flexibilidad* del individuo para adaptarse (conductas rígidas y desadaptativas), y la tendencia a organizar *patrones comportamentales repetitivos* (patrones de personalidad desajustados y con mayor severidad patológica).

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, producto del consenso y la negociación. 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 sujetos con mayor probabilidad de aparición de episodios agudos isquémicos cardiovasculares. Esta nueva perspectiva –al entender los prototipos de la personalidad como los extremos ideales de las dimensiones de la misma- presenta un modo de integración y acercamiento entre los modelos basados en

categorías (propios de los trastornos de personalidad) y los modelos dimensionales (propios de las teorías sobre individuos normales).

El objetivo de este trabajo es establecer la existencia de relaciones entre trastornos de personalidad y el padecimiento de episodios agudos isquémicos cardiovasculares, para la identificación de perfiles de riesgo psicopatológicos de estos episodios cardiovasculares agudos.

METODO

MUESTRA

La muestra se conformó con 286 sujetos adultos, sin antecedentes de patologías psiquiátricas y con un nivel de comprensión equivalente al nivel de 8 años de escolarización. Esta muestra fue dividida en dos grupos intactos: 1) *Grupo Clínico* (n= 143), conformado de forma incidental por sujetos -varones (72.7%) y mujeres (27.3%)- que habían sufrido episodios agudos isquémicos cardiovasculares, con edades entre 36 y 80 años (Media= 55,95 años), internados en la Unidad Coronaria del Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) de la ciudad de Mar del Plata, Argentina, clínicamente diagnosticados de acuerdo a los criterios de Marso, Griffin y Topol (2002) por el Servicio de Cardiología del HIGA; y 2) *Grupo Control* (n= 143), conformado por sujetos de población general que no cumplían ninguno de los criterios considerados para tal diagnóstico, seleccionados en forma intencional, sin antecedentes de haber padecido enfermedades cardiovasculares, y emparejados con los sujetos del grupo clínico por edad (Media= 55,40 años), género y nivel socio-económico y educacional.

Los criterios de inclusión para el grupo clínico fueron que hubieran sido diagnosticados por Servicio de Cardiología del HIGA con Angina Inestable y/o Infarto Agudo de

Miocardio, es decir dentro de los síndromes coronarios agudos, y en base a los criterios de Marso et al. (2002) por su grado de severidad. Por otro lado, se excluyeron todos aquellos pacientes internados por otras patologías cardiovasculares, por ejemplo valvulares o arritmias, y aquellos que no pudieron ser entrevistados a causa de su estado (asistencia respiratoria, *shock*, negación de los sujetos a responder).

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 puntos. La validez y confiabilidad de este instrumento pueden consultarse en Millon (1999) y/o en Choca y Van Denburg (1998).

Los datos sociobiográficos, de nivel socio-económico, cultural y educacional se evaluaron a través de una entrevista estructurada, construida por los autores a tal fin.

Variables consideradas

La Enfermedad Coronaria, también conocida como Cardiopatía Isquémica, es el proceso patológico que implica déficit de riego sanguíneo en sectores del músculo cardíaco (miocardio) en forma permanente o transitoria. Este déficit circulatorio, que pone en juego diversos mecanismos de compensación, dispara síntomas y puede concluir en la muerte celular de porciones del miocardio (isquemia).

A su vez, los síndromes coronarios se dividen en agudos y crónicos; dentro de los agudos se encuentran la Angina Inestable (AI) y el Infarto Agudo de Miocardio (IAM) como los más representativos. En el presente artículo se considera el grupo de los *Episodios Agudos Isquémicos Cardiovasculares* englobando en ellos a la Angina Inestable y al Infarto Agudo de Miocardio, de acuerdo a los criterios basados en el grado de severidad (Marso et al., 2002), y excluyendo así el tiempo de aparición de estos episodios.

La *Angina Inestable* engloba un amplio espectro que va desde el agravamiento de una angina estable, hasta la angina postinfarto. Se manifiesta como un dolor retroesternal, opresivo, desencadenado por esfuerzos, que cesa con el reposo, y que puede tener irradiación a cuello o brazos, principalmente el izquierdo. Generalmente se debe a la lenta progresión de obstrucciones en una o más arterias coronarias, conforme se produce el crecimiento de las placas de ateroma. Por su fisiopatología, su evolución y sus posibles complicaciones, presenta una elevada probabilidad de complicaciones y altas tasas de mortalidad.

El *Infarto Agudo de Miocardio* ocurre cuando la interrupción crítica o total del flujo a través de la arteria afectada provoca una serie encadenada de eventos que terminan con la muerte de una porción del músculo cardíaco.

Un *trastorno de personalidad*, de acuerdo a la teoría funcional-interpersonal de Millon, se conforma de dos componentes básicos: la *escasa flexibilidad* del individuo para adaptarse (conductas rígidas y desadaptativas), y la tendencia a organizar *patrones comportamentales repetitivos* (patrones de personalidad desajustados y con mayor severidad patológica).

PROCEDIMIENTO

Se evaluó a todos los sujetos del grupo clínico, siempre y cuando las condiciones lo permitieran, durante los dos días posteriores a su ingreso a la Unidad Coronaria. El diagnóstico de estos pacientes fue realizado por el Servicio de Cardiología del Hospital Interzonal General de Agudos de la ciudad de Mar del Plata, Argentina. Con cada sujeto se explicitó y acordó el propósito del trabajo, así como la confidencialidad de las respuestas. Para controlar las diferencias de niveles culturales y el estado de los pacientes, los reactivos del instrumento fueron leídos por los administradores. A cada sujeto se le solicitó que emitiera su respuesta (Verdadero/Falso) para cada uno de los 175 ítems del MCMI-II. Se les indicó que se les iban a leer una serie de frases usuales que las personas suelen utilizar para describirse a sí mismas, solicitándoles que sean lo más sinceros posibles, que respondan a todas las frases aunque no estén totalmente seguros, y que no hay límite de tiempo aunque lo mejor es que lo hagan con rapidez. Seguidamente se les leyeron dos ejemplos del cuadernillo de administración, para asegurarse de la correcta comprensión de la consigna. El mismo procedimiento se utilizó con los sujetos del grupo control.

Finalmente, se destacan las limitaciones del diseño retrospectivo transversal de este trabajo. En los diseños retrospectivos transversales, el investigador observa la manifestación de algún fenómeno (variable dependiente) en un momento único e intenta identificar retrospectivamente sus antecedentes (variable independiente). Como se observa en este artículo, se parte de la variable dependiente *grupo de pertenencia* – clínico o control- donde los episodios isquémicos cardiovasculares ya han ocurrido o no, y se realiza la medición de las variables independientes –*trastornos de personalidad del MCMI-II*.

En el presente trabajo se intenta predecir el grupo de pertenencia de los sujetos a partir de sus trastornos de personalidad; en este sentido presenta la estructura de un estudio prospectivo longitudinal, pero debido a la imposibilidad de implementar un diseño de esta naturaleza por la dificultad de contar con un grupo clínico de gran tamaño, el elevado coste monetario y de tiempo hasta conseguir resultados, es que se adopta un estudio retrospectivo transversal con las consecuentes ventajas. Estas limitaciones nos obligan a ser cautos a la hora de discutir los resultados.

RESULTADOS

Las características generales de los pacientes evaluados fueron las siguientes: 143 sujetos - varones (72.7%) y mujeres (27.3%)- que habían sufrido episodios agudos isquémicos cardiovasculares, con edades entre 36 y 80 años (Media= 55,95 años), con un grado de comprensión equivalente al nivel de 8 años de escolarización (Mediana= nivel Primario), un nivel socio-económico bajo (Mediana= medio-bajo / bajo) y estado civil mayoritariamente casados. Las características clínicas de estos sujetos fueron que hubieran sido diagnosticados de acuerdo a los criterios de Marso et al. (2002) por el Servicio de Cardiología del HIGA por su grado de severidad (padecimiento de un cuadro de Angina Inestable y/o Infarto Agudo de Miocardio), y que no tuvieran antecedentes de patologías psiquiátricas. Con el objeto de determinar si las diferencias del porcentaje de aparición de los trastornos de la personalidad entre grupos eran estadísticamente significativas, se realizó una prueba de Chi cuadrado.

A continuación, en la tabla 1, se presentan los resultados de la distribución porcentual de la presencia de los diez trastornos básicos de personalidad de los sujetos discriminados según grupo clínico y control, junto con la prueba de Chi cuadrado para determinar asociación

entre el hecho de presentar estos trastornos de personalidad y de padecer episodios isquémicos agudos.

TABLA 1

Posteriormente, para evaluar las diferencias entre las distribuciones de género según los trastornos de personalidad y teniendo en consideración la naturaleza categórica de los datos, se aplicó la Prueba U de Mann-Whitney para la muestra total de sujetos y discriminados según grupo clínico y control. Los resultados se presentan en la tabla 2.

TABLA 2

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

TABLA 3

Resumiendo, y a modo de puntos clave del trabajo, los resultados indican que los sujetos internados en unidades coronarias por episodios isquémicos agudos, específicamente AI o IAM presentan, con relación al grupo control:

- | Una tasa elevada de trastornos de personalidad (en tres o más escalas del MCMI-II) o de rasgos de personalidad exacerbados (63,2%) en la población clínica.
- | 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.
- | Menor frecuencia de presencia de trastornos histriónicos que en el grupo control, independientemente del género.
- | Diferencias más acentuadas en los trastornos de personalidad Fóbico, Dependiente y Autodestructivo, independientemente del género de los sujetos de la muestra total. El

resto de los trastornos básicos de personalidad del MCMI-II presentan diferencias estadísticamente significativas en función del género (mayor presencia de trastornos esquizoide, narcisista, antisocial, agresivo-sádico y pasivo-agresivo en los hombres).

! En el grupo control mayor frecuencia de trastornos de personalidad esquizoide, narcisista, antisocial y agresivo-sádico entre los hombres. Con relación a las mujeres de este grupo, sólo se presentan diferencias significativas para el trastorno autodestructivo.

! En el grupo clínico mayor frecuencia de trastornos de personalidad narcisista, antisocial y agresivo-sádico entre los hombres. Las mujeres sólo presentaron diferencias significativas para el trastorno compulsivo.

DISCUSION

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

Por un lado, los resultados de este estudio aportan evidencia a favor de que la presencia de trastornos de personalidad se relacionaría con un aumento de la probabilidad (razón de momios= 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, independientemente del género de los sujetos de esta muestra. Se debe destacar que estos tres trastornos de personalidad son adyacentes en el modelo circumplejo 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 et al., 1996) supone que el distrés, 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 et al., 1996; Denollet et al., 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 uno de los tres trastornos de personalidad asociados a un mayor riesgo de padecimiento de episodios isquémicos, nos permite mostrar la clara similitud que existe con nuestros resultados:

Personalidad Fóbica o evitativa (razón de momios 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 (razón de momios 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 (razón de momios 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 a favor de la asociación entre la personalidad de Tipo D y la ocurrencia de episodios agudos isquémicos cardiovasculares, destacando las limitaciones del presente diseño retrospectivo transversal y la necesidad de futuros estudios orientados en esta dirección.

Con relación a la asociación entre el género y los trastornos de personalidad, se destaca que se encontraron diferencias significativas entre los hombres y mujeres de esta muestra con los trastornos de personalidad Esquizoide, Narcisista, Antisocial, Agresivo-sádica y Pasivo-agresiva. Es decir, que los tres trastornos de personalidad asociados con un aumento del riesgo de padecimiento de episodios agudos isquémicos cardiovasculares se distribuyen de forma similar en los hombres y mujeres de esta muestra.

Otro hallazgo interesante, es que el trastorno de personalidad Histriónico se presenta como el único que aparece relacionado significativamente con una disminución del riesgo de padecer episodios isquémicos agudos, pero también de forma independiente con el género para la muestra total y por grupo. Este trastorno se caracteriza de la siguiente forma:

Personalidad Histriónica (razón de momios 0,75): son sujetos 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 indiscriminado. 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, 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 episodios cardiovasculares- permitirían pensar en un aporte significativo para la prevención de este tipo de trastornos desde la perspectiva de la psicología clínica y de la salud.

Agradecimientos

Este trabajo se pudo llevar a cabo gracias a los subsidios económicos de la Universidad Nacional de Mar del Plata, el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas –CONICET- y la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica a través del FONCyT – PiCTo.

Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association (1995). Evaluación Multiaxial (pp. 27-37) y Trastornos de la Personalidad (pp. 645-690). En *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales – Cuarta edición*. Barcelona: Masson. (Orig. 1994).
- Bennett, P. (1994). Psychological care of the coronary patient. Special Section: Psychological care in physical illness. *Journal of Mental Health*, 3, 477-484.
- Brunckhorst, C. B., Holzmeister, J., Scharf, C., Binggeli, C. y Duru, F. (2003). Stress, depression and cardiac arrhythmias. *Therapeutische Umschau*, 60, 673-681.
- Buceta, J. M. y Bueno, A. M. (1996). *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades* (cap. 1, pp.21-104). Madrid: Pirámide.
- Choca, J. y Van Denburg, E. (1998). Teoría de la personalidad. En *Guía para la interpretación del MCMI* (Cap. 2, pp. 43-57). Barcelona: Paidós.

- Coelho, R., Ramos, E., Prata, J., Maciel, M. J. y Barros, H. (1999). Acute myocardial infarction: psychosocial and cardiovascular risk factors in men. *Journal of Cardiovascular Risk*, 6, 157-162.
- Davidson, K. W., Rieckmann, N. y Lesperance, F. (2004). Psychological theories of depression: potential application for the prevention of acute coronary syndrome recurrence. *Psychosomatic Medicine*, 66, 165-173.
- Del Pino Pérez, A., Gaos Meizoso, M., Díaz del Pino, S., Díaz Cruz, F. y Suárez Santana, D. (1992). Propiedades psicométricas de la escala de Bortner para la medida del patrón de conducta tipo "A". *Psiquis*, 13, 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, 47-58.
- Denollet, J. (1994). Health complaints and outcome assessment in coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*, 56, 463-474.
- Denollet, J. (2000). Type D personality: A potential risk factor refined. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 255-266.
- Denollet, J. y 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. U. y Brutsaert, D. L. (1995). Personality and mortality after myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, 57, 582-591.
- Denollet, J., Sys, S. U., Stroobant, N., Rombouts, H., Gillebert, T. C. y Brutsaert, D. L. (1996). Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease. *The Lancet*, 347, 417-421.
- Denollet, J., Vaes, J., Dirk, L. y 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*, 102, 630-635.
- Espnes, G. A. y 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, 505-517.
- Follath F. (2003). Depression, stress and coronary heart disease--epidemiology, prognosis and therapeutic sequelae. *Therapeutische Umschau*, 60, 697-701.
- Fowers, B. J. (1994). Perceived control, illness status, stress, and adjustment to cardiac illness. *Journal of Psychology*, 128, 567-576.
- Friedman, M. y 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. y Pickering, T. G. (2001). Psychological variables in hypertension: Relationship to casual or ambulatory blood pressure in men. *Psychosomatic Medicine*, 63, 19-31.
- Helgeson, V. S. y Taylor, S. E. (1993). Social comparisons and adjustment among cardiac patients. *Journal of Applied Social Psychology*, 23, 1171-1195.
- Holahan, C. J., Moos, R. H., Holahan, C. K. y Brennan, P. L. (1997). Social context, coping strategies, and depressive symptoms: an expanded model with cardiac patients. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 918-928.
- Kawachi, I., Sparrow, D., Kubzansky L.D., Spiro, A., Vokonas, P. S. y 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*, 98, 405-412.

- Kristofferzon, M. L., Lofmark, R. y Carlsson, M. (2003). Myocardial infarction: gender differences in coping and social support. *Journal of Advances in Nursery*, 44, 360-374.
- Lesperance, F. y Frasure-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 Psychosomatic*, 60, 148-167.
- Marso, S., Griffin, B. y Topol, E. (2002). *Cardiología*. Madrid: Marban, 670-870.
- Marusic, A. (2000). Psychological factors associated with coronary heart disease. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 17, 135-139.
- Millon, T. (1969). *Modern Psychopathology: A biosocial approach to maladaptive learning and functioning*. Philadelphia: Saunders (Edición en español: 1976. *Psicopatología moderna: Un enfoque biosocial de los aprendizajes erróneos y de los disfuncionalismos*. Barcelona: Salvat).
- Millon, T. (1981). *Disorders of personality: DSM-III, Axis II*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Millon, T. (1999). *MCMI-II Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II*. Madrid: TEA Publicaciones de Psicología Aplicada.
- Millon, T. y Everly, G. S. (1994). Naturaleza y clasificación de la personalidad. En *La personalidad y sus trastornos* (Parte I, pp. 15-44). Barcelona: Martínez Roca. (Orig. 1985).
- Millon, T. y Klerman, G. L. (Eds.). (1986). *Contemporary directions in psychopathology: Toward the DSM-IV*. New York: Guilford.
- Munakata, M., Hiraizumi, T., Nunokawa, T., Ito, N., Taguchi, F., Yamauchi, Y. 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, 115-120.
- Myrtek, M. (2001). Meta-analyses of prospective studies on coronary heart disease, type A personality, and hostility. *International Journal of Cardiology*, 79, 245-251.
- Newman S. (2004). Engaging patients in managing their cardiovascular health. *Heart*, 90 Supl. 4, 9-13.
- Pedersen S. S. y Denollet, J. (2003). Type D personality, cardiac events, and impaired quality of life: a review, *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 10, 241-248.
- Rosengren, A., Hawken S., Ôunpuu S., Sliwa K., Zubaid M., Almahmeed W.A., Blackett K.N., Sitthi-amorn C., Sato H. y Yusuf, S. (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, 953-962.
- Rozanski, A., Blumenthal, J. y 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., Phillips, B., Davison, D. y Somers, V. K. (2000). Personality type and neural circulatory control. *Hypertension*, 36, 830-833.
- Steptoe, A., Fieldman, G., Evans, O. y Perry, L. (1996). Cardiovascular risk and responsivity to mental stress: the influence of age, gender and risk factors. *Journal of Cardiovascular Risk*, 3, 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, 54-66.
- Verthein, U. y Kohler, T. (1997). The correlation between everyday stress and angina pectoris: a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*, 43, 241-245.
- Welin, C., Lappas, G. y Wilhelmsen, L. (2000). Independent importance of psychosocial factors for prognosis after myocardial infarction. *Journal of Internal Medicine*, 247, 629-639.
- Yusuf, S., Hawken, S. P., Ôunpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., McQueen, M., Budaj, A., Pais, P., Varigos, J. y Lisheng, L. (2004). Para the INTERHEART study: Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries: case-control study. *The Lancet*, 364, 937-952.
- Zellweger, M. J., Osterwalder, R. H., Langewitz, W. y Pfisterer, M. E. (2004). Coronary artery disease and depression. *European Heart Journal*, 25, 3-9.

TABLA 1 - Distribución de la presencia de los trastornos de personalidad de los sujetos según grupo clínico y control, y asociación entre el hecho de presentar trastornos de personalidad y de padecer episodios isquémicos agudos en función de la prueba de independencia de Chi cuadrado.

TRASTORNOS	Presencia	GRUPO CONTROL	GRUPO CLÍNICO	Chi2	p
		%	%		
1. Esquizoide	Con trastorno	10.6%	19.6%	5.009	.025(*)
2. Evitativo	Con trastorno	4.7%	21.7%	20.512	.000(**)
3. Dependiente	Con trastorno	17.1%	39.9%	20.264	.000(**)
4. Histriónico	Con trastorno	10.0%	7.7%	8.128	.004(**)
5. Narcisista	Con trastorno	18.2%	32.2%	8.605	.003(**)
6A. Antisocial	Con trastorno	8.2%	19.6%	14.199	.000(**)
6B. Agresivo-sádico	Con trastorno	25.3%	25.9%	19.377	.000(**)
7. Compulsivo	Con trastorno	42.4%	52.4%	6.865	.009(**)
8A. Pasivo-agresivo	Con trastorno	16.5%	35.0%	16.073	.000(**)
8B. Autodestructivo	Con trastorno	5.9%	23.1%	17.106	.000(**)
Presencia de Trastorno (***)	Con trastorno	36.8%	63.2%	23.221	.000(**)

(*) $p \leq .05$

(**) $p \leq .01$

(***) La presencia de los trastornos de personalidad (sin discriminar por escala) fue estimada en función de poseer tres o más escalas del MCMI-II con puntuaciones Tasa Base ≥ 85 y sobre el total de sujetos con trastornos de personalidad de la muestra.

TABLA 2 – Diferencias entre las distribuciones de género por trastornos de personalidad para la muestra total y discriminadas por grupo, en función de la Prueba U de Mann-Whitney.

ESCALA	Muestra total		Grupo Control		Grupo Clínico	
	Valor U	Valor p	Valor U	Valor p	Valor U	Valor p
1- Esquizoide	10319.500	.001(**)	3132.500	.011 (*)	1768.000	.086
2- Fóbica (Evitativa)	11945.500	.917	3347.500	.066	1917.500	.483
3- Dependiente (Sumisa)	11338.500	.285	3155.000	.050 (*)	1709.500	.089
4- Histriónica	11365.000	.109	3265.000	.072	2028.000	1.000
5- Narcisista	9494.500	.000 (**)	3025.000	.012 (*)	1560.000	.009 (**)
6a- Antisocial	10118.000	.000 (**)	3237.500	.032 (*)	1625.000	.008 (**)
6b- Agresivo-sádica	8511.000	.000 (**)	2455.000	.000 (**)	1378.000	.000 (**)
7- Compulsiva	10730.500	.065	3327.500	.389	1488.500	.005 (**)
8a- Pasivo-agresiva	10679.500	.027 (*)	3532.500	.883	1696.500	.069
8b- Autodestructiva	11929.000	.892	3187.500	.004 (**)	1956.500	.657

Estadísticos de contraste Variable de agrupación: Género

(*) $p \leq .05$

(**) $p \leq .01$

Nota: Las celdas sombreadas en gris corresponden a las escalas con diferencias significativas a favor de los hombres en la muestra total y según grupo de pertenencia. Las celdas sombreadas en amarillo corresponden a las escalas con diferencias significativas a favor de las mujeres en la muestra total y según grupo de pertenencia.

TABLA 3 – Razón de momios de padecer un episodio isquémico agudo en función de los trastornos de personalidad

Escala	Razón de momios	CI 95%
1- Esquizoide	2.06	1.08 – 3.90
2- Fóbica (Evitativa)	5.60	2.48 – 12.65
3- Dependiente (Sumisa)	3.22	1.91 – 5.43
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
8b- Autodestructiva	4.80	2.27 – 10.14
Presencia de Trastorno de personalidad	4.26	2.10 – 8.61