

2014-04-16

# Validación de una escala breve para evaluar Personalidad tipo D

Echegoyen, María Carla

---

<http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/143>

*Descargado de RPsico, Repositorio de Psicología. Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Mar del Plata. Inni*



UNIVERSIDAD NACIONAL  
DE MAR DEL PLATA  
.....

Facultad de Psicología

*“Validación de una escala breve para evaluar Personalidad tipo D”*

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN – REQUISITO CURRICULAR**

**PLAN DE ESTUDIOS O.C.S 143/89**

**NOMBRE Y APELLIDO DE ALUMNAS:**

Echegoyen, María Carla: Mat. 07825/07 DNI 33912379

Layús, Julieta Susana: Mat.07878/07 DNI 34058646

**CÁTEDRA O SEMINARIO DE RADICACIÓN:**

Seminario de Orientación: Trastornos de personalidad. Diagnóstico, evaluación y pautas de tratamiento, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata.

**SUPERVISOR:**

Esp. Roberto Sanchez

**Fecha de presentación: 7 de marzo de 2014**

“Este Informe final corresponde al requisito curricular de investigación y como tal, es propiedad exclusiva de Echevoyen, M. Carla y Layús, Julieta Susana alumnas de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo, en sus partes o resumirse, sin previo consentimiento escrito de las autoras”.

El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por los alumnos: Echegoyen, María Carla mat. 07825/07; Layús, Julieta mat.07878/07; conforme con los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los 7 días del mes de marzo del año 2014.

Firma del Supervisor:

-----

Aclaración:

-----

### Informe de Evaluación de la Supervisión:

Las alumnas Echevoyen y Layús trabajaron con empeño y dedicación en el presente proyecto, excediendo lo que se espera para una tesis de grado. El trabajo incluyó tanto aspectos teóricos como prácticos incluyendo toma de datos de población general y de población específica (pacientes con Trastornos isquémicos cardiovasculares). Como resultado del trabajo se cuenta con una primera versión de un nuevo instrumento para evaluar un tipo de personalidad, la Tipo D, de particular incidencia en la población cardíaca. Este instrumento supone un aporte de relevancia para la disciplina en un área de vacancia en nuestro país. El trabajo de las alumnas, reflejado en este Informe, da por resultado una producción científica de interés teórico y práctico que enriquece a la Psicología, justificando la existencia de la Tesis dentro del Plan de estudios de la carrera no sólo como un requisito curricular sino además como la posibilidad de contribuir a la disciplina de la que ya forman parte por derecho propio.

## **Página de presentación ante la Comisión Asesora**

Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en la normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por los alumnos Echegoyen, María Carla mat. 07825/07, Layús, Julieta Susana mat. 07878/07.

Firma y aclaración de los miembros de la comisión asesora:

Fecha de Aprobación:

## **ÍNDICE GENERAL**

Resumen	pág.7-8
Marco teórico	pág.9-28
Metodología	pág.29-30
Procedimiento	pág.30-31
Resultados	pág.31-35
Discusión	pág.35-37
Referencias bibliográficas	pág.38-44
Apéndice 1	pág.45
Apéndice 2	pág.46
Agradecimientos	pág.47

**Apellido y Nombre de los alumnos:** Echegoyen, María Carla; Layús Julieta  
Susana

**Matricula/año:** 07825/07; 07878/07

**Cátedra o seminario de Radicación:** Seminario de Orientación. Trastornos de personalidad. Diagnóstico, evaluación y pautas de tratamiento, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata.

**Supervisor:** Esp. Sanchez, Roberto

## **TITULO**

“Validación de una escala breve para evaluar Personalidad tipo D”

## **RESUMEN:**

La personalidad Tipo D (de distrés, que es el estrés relacionado con la sobrecarga de preocupaciones, más que el estrés desencadenado por el esfuerzo físico) se define como un rasgo de personalidad caracterizado por la afectividad negativa [AN] y por la inhibición social [IS] (Pedersen & Denollet, 2003; Denollet & Brutsaert, 1998; Denollet et al., 1996; Denollet, Sys & Brutsaert, 1995). Estos investigadores estudiaron dichos rasgos y encontraron que la combinación de ambos factores, AN e IS, puede predecir la aparición de trastornos isquémicos cardiovasculares de manera independiente a los factores de riesgo tradicionales. Por otro lado, existe una relación a nivel teórico entre la Personalidad tipo D y los cinco grandes. En particular AN correlaciona con Neuroticismo e IS correlaciona negativamente con Extraversión. En Argentina no existe un instrumento para evaluar la personalidad tipo D. Es por esto que en este trabajo se propuso construir un instrumento para evaluar la personalidad tipo D, el Inventario Tipo D [ITD]. Los objetivos de este trabajo fueron realizar los primeros análisis del ITD, a partir de una muestra de población general y otra de población cardíaca, para indagar respecto a sus



cualidades psicométricas y a la calidad de sus reactivos; adicionalmente, se indagó respecto a la relación entre el Tipo D y los cinco grandes factores de personalidad. Se encontraron fuertes relaciones entre la Personalidad Tipo D y las dimensiones de los “cinco grandes”. En particular, resultan elevadas las relaciones esperadas entre AN y Neuroticismo (0,58) y entre IS y Extroversión (-0,69). A su vez, los análisis preliminares para el ITD resultan positivos si bien deben pulirse ciertos aspectos en el instrumento.

**Palabras claves:** Personalidad tipo D, Modelo de los Cinco Grandes Factores, trastornos isquémico cardiovasculares, AEP.

Marco teórico.

## 1. Psicología y Trastornos isquémicos cardiovasculares.

### 1.1 Aspectos psicológicos relacionados con los Trastornos isquémicos cardiovasculares

En la actualidad ya no existen dudas respecto de la relación entre las emociones y el corazón. Ya desde los primeros años del siglo XX se ha comprobado que las enfermedades cardiovasculares se vinculan con distintos aspectos psicológicos. Así es como empieza a tomar lugar la disposición psicológica considerándola como uno de los factores de riesgo más relacionados con la aparición de trastornos isquémicos cardiovasculares [TIC] (Marusic, 2000).

Los factores biológicos y su influencia sobre el sistema cardiovascular han sido más estudiados que los factores de riesgo psicológicos tales como ciertas características conductuales, o las estrategias de afrontamiento al estrés. Sin embargo estos últimos han sido reconocidos por su relación con la aparición de los TIC (Marusic, 2000).

En 2004, Clara informa acerca de la hipertensión como factor de riesgo de la patología cardiovascular y la consecuente importancia de su detección temprana. El tema resulta de suma importancia si se considera que las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en nuestro país. Los factores de riesgo biológico (como por ejemplo la citada hipertensión, el sedentarismo, el tabaquismo o el colesterol elevado) han sido ampliamente estudiados y tratados en los programas de prevención primaria y secundaria. Sin embargo son los factores de riesgo psicosociales los que no han recibido un tratamiento considerable (Sanchez, 2005).

Lo anterior resulta más importante si se considera que las enfermedades cardiovasculares son la razón de muerte más importante en el país. Según cifras oficiales del Ministerio de Salud de la Nación (2013) en los últimos doce años murieron 3.205.039 personas en nuestro país. Las enfermedades cardiovasculares se cobraron 824.290 vidas, en segundo lugar se ubican los tumores malignos con 730.096 personas, y en tercer lugar, las enfermedades cerebro vasculares (ACV)

que causaron la muerte de 266.498 personas. Cuando se mira la vida completa de las personas, la principal causa de muerte tanto en varones como en mujeres es la enfermedad cardiovascular. Las cifras oficiales muestran que en 2012 fallecieron 71.426 personas por esta causa, de las cuales 35.806 (50,13%), fueron mujeres. Aun así, según estimaciones del Ministerio de Salud, entre 2003 y 2011, la mortalidad por enfermedades cardiovasculares descendió un 15 por ciento en la Argentina, una tendencia atribuible a la creciente reducción en el consumo de tabaco y, en menor medida, al mayor control de la hipertensión arterial por parte de los equipos de salud, a las personas con factores de riesgo. Sin embargo, entre los factores de riesgo que merecen menos control y cuidado por parte de las personas, los profesionales, y los propios organismos oficiales son los cuadros psicopatológicos (principalmente ansiedad y depresión).

Distintas investigaciones han destacado y puesto en evidencia una serie de factores psicosociales que contribuyen a la expresión de trastornos cardiovasculares. Estos factores se expresan principalmente en cinco campos: 1) depresión, 2) ansiedad elevada, 3) personalidad patológica o rasgos disfuncionales de personalidad, 4) aislamiento social y 5) estrés crónico. Si bien los mecanismos por los cuales los factores de riesgo psicológico influyen sobre el sistema cardiovascular aún no están tan claros como en el caso de los factores biológicos, la propensión psicológica está considerada entre los factores de riesgo más relacionados con la aparición de trastornos cardiovasculares (Sanchez 2005).

Marusic (2000) plantea como uno de los datos más significativos a tener en cuenta el hecho de que estas influencias psicológicas pueden modificar los mecanismos biológicos y así ser determinantes para contraer o expresar una enfermedad coronaria.

Se ha comprobado también, que la propensión psicológica en los trastornos cardiovasculares tiene influencia no solo en la aparición de la enfermedad sino también en el curso de la misma. A su vez, en los pacientes que se encuentran en una situación de post-infarto se ha estudiado como la evaluación subjetiva que el paciente realiza (como el grado de preocupación por el estado de salud) tiene mayor influencia en los trastornos emocionales que pudieran aparecer, que la severidad misma de la enfermedad física (Sanchez, 2005).

## 1.2. Personalidad y TIC

Siguiendo esta línea de estudio, en el año 1959 se aísla el primer patrón de conductas que aludía a un tipo de personalidad específico, la “Personalidad Tipo A” (Sanchez, 2006). Los primeros en estudiar el tema fueron Meyer Friedman y Ray Rosenman, quienes formaban parte de un grupo de cardiólogos de San Francisco, EE.UU., preocupados por determinar los rasgos más característicos de las personas que sufrían afecciones cardíacas. Los primeros rasgos que hallaron fueron un intenso deseo de tener éxito y una elevada competitividad.

Estos autores describieron ciertas características para dar cuenta del comportamiento de estos pacientes y a este conjunto lo denominaron “Patrón de conductas tipo A” (PCTA) y se caracteriza, entre otras cosas, por un esfuerzo intenso y mantenido hacia el logro de objetivos autoseleccionados y, por lo general, pobremente definidos; una elevada inclinación hacia la competitividad; el deseo de reconocimiento y prestigio; una baja tolerancia a la frustración; una constante implicación en diversas actividades que, generalmente, exceden la disponibilidad de tiempo del sujeto; impaciencia acentuada; una marcada tendencia a la respuesta hostil; un destacado nivel de alerta física y mental (Sanchez, 2006).

En uno de los estudios llevados a cabo por Friedman y Rosenman, se evaluó la frecuencia con que se presentaban los trastornos cardiovasculares en distintos grupos de personas con características distintas. El grupo de las personas que reunían los rasgos del PCTA reportó una frecuencia siete veces mayor que los demás grupos con características opuestas (personalidad tipo B) o con rasgos de ansiedad crónica, inseguridad crónica (personalidad tipo C).

Las personas con una personalidad Tipo A, en líneas generales, presentan una elevada preocupación por su trabajo o profesión y ponen este aspecto por sobre los demás. Esta sobre implicación se expresa en algunas o todas las características anteriormente descritas (esfuerzo intenso y mantenido hacia el logro de objetivos, elevada competitividad, etc.). Estas conductas se complementan con el descuido de otras áreas de su vida.

Del Pino (1998 citado en Sanchez 2005) ha planteado que se deben tener en cuenta tres aspectos que hacen a la personalidad tipo A. 1) las disposiciones

personales permanentes, 2) los desafíos y demandas que emanan de los distintos ambientes en que viven las personas y 3) las conductas o reacciones actuales que se manifiestan cuando los desafíos o demandas activan las disposiciones existentes.

En el caso de las disposiciones permanentes, las personas que poseen estas características no necesitarían de determinantes ambientales para manifestarse y actuarían regularmente conforme al estilo propio de los tipo A. En estos casos podríamos asimilarlas a rasgos de personalidad que se manifiestan, generalmente, con independencia de las situaciones que viven las personas. Si se conciben como menos consolidadas, serían asimilables a estilos de afrontamiento. Distintos investigadores se inclinan hacia uno u otro lado. Rosenman por ejemplo las concebía, como un estilo de comportamiento que se muestra de forma regular en función, no sólo de determinantes personales, sino que precisa para su expresión determinadas situaciones o contextos (Del Pino, 1998).

En relación a los desafíos y demandas que los distintos contextos proponen y aprueban el PCTA no han sido precisados en detalle, son muy variados, y difíciles de determinar.

La dificultad en determinarlo y el hecho de que haya contextos que promueven y aprueban este tipo de personalidad podría estar explicando por qué no se ha tomado en consideración al momento de estudiar el PCTA. Esto es, las personas con PCTA reciben validación social por su forma de ser, son implícitamente estimulados a cumplir con este tipo de patrón. Rosenman, en particular, ha insistido en que el modo de vida occidental da lugar a un contexto especialmente elicitor del PCTA. En consonancia con esto, se han realizado estudios con personas que no participan del estilo de vida occidental mostrando estas una presencia menor del PCTA (Del Pino, 1998 citado en Sanchez 2005).

Friedman y Rosenman plantearon que el Tipo A no es un trastorno psicológico sino una suerte de reacción que surge cuando ciertas características de personalidad de una persona se enfrentan a ciertos estímulos ambientales específicos (Sanchez, 2006).

Durante muchos años la investigación cardiovascular estuvo centrada exclusivamente sobre este patrón de conducta y los avances fueron mínimos

(Lesperance & Frasure-Smith, 1996). De todas formas el PCTA y su asociación con las enfermedades cardiovasculares siguió siendo estudiado en diversas investigaciones realizadas en los últimos años que sostienen esta relación (Kawachi et al., 1998; Kim et al., 1998; Munakata et al., 1999; Coelho, Ramos, Prata, Maciel & Barros, 1999; Carinci et al., 1997; Del Pino Pérez et al., 1992; Del Pino, 1990). Sin embargo 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 & Kaplan, 1999; Espnes & Opdahl, 1999; Schroeder et al., 2000; Myrtek, 2001; Friedman et al., 2001).

Se ha evidenciado en diversas investigaciones la pérdida de consistencia del PCTA lo que llevó a poner en duda su solidez como síndrome clínico. Se sugirieron algunas potenciales causales de esta discrepancia. Por ejemplo, parece ser una potencial variable de confusión, el apoyo social. Además, los investigadores (Rozanski et al., 1999) comenzaron a examinar los distintos componentes del tipo A, a partir de la sospecha de que no todos son patógenos. Uno de los principales componentes del patrón de conducta Tipo A por ejemplo, la hostilidad, al que Rosenman (1991) ha otorgado gran importancia, comenzó a considerarse como un elemento potencialmente "tóxico" de este constructo de la personalidad. Otros trabajos, han profundizado sobre otros componentes del PCTA, como la preocupación por la estima social y laboral (Del Pino et al., 1997; Del Pino et al., 1992) o la competitividad y la rapidez - impaciencia (Del Pino et al., 1997; Del Pino et al., 1992; Del Pino et al., 1990). En un trabajo sobre la efectividad del tratamiento cognitivo – conductual para el PCTA, surge una reducción significativa del componente rapidez – impaciencia, en un estudio de seguimiento a dos años, en el grupo que recibió tratamiento respecto al grupo de control (Del Pino et al., 2004).

Sumado a lo anterior, estudios recientes han dado a conocer un nuevo tipo de personalidad relacionada con el riesgo de contraer trastornos isquémicos cardiovasculares. Un grupo de investigadores de Bélgica sugirieron que la personalidad "Tipo D" puede ser una influencia importante en el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares y asociarse con una mayor frecuencia de las mismas (Denollet & Brutsaert, 1998; Denollet et al., 1996; Denollet, Sys & Brutsaert, 1995).

### 1.3. Personalidad tipo D y TIC

La falta de acuerdo y de consistencia del PCTA obligó a los estudiosos a orientar la investigación hacia otros factores de riesgo que podrían estar asociados a las enfermedades cardiovasculares (Sanchez, 2006).

Sanchez (2006) hace referencia a la abundante información respecto de la influencia negativa que puede tener ciertos estados psicológicos como la ansiedad, la angustia, la depresión, respecto de las afecciones cardíacas. Sin embargo, explica que las emociones negativas y dichas patologías pueden tener alcances más profundos, interfiriendo en la capacidad de los pacientes para afrontar la enfermedad física y derivando en una pobre calidad de vida. El autor menciona una serie de estudios, llevados a cabo desde fines de los ´70, donde se ha examinado la influencia de los factores sociales en el desarrollo de los TIC. Inicialmente esos estudios se enfocaron en los aspectos cuantitativos del apoyo social, tales como la presencia de lazos familiares, número de amigos y el grado de participación en grupos y otras actividades organizadas. En consonancia, algunos trabajos evaluaron la influencia del estado marital (vivir solo, estado civil, y/o interrupción matrimonial), y otros evaluaron aspectos tales como el acceso a prácticas comunitarias (Rozanski, Blumenthal & Kaplan, 1999).

Posteriormente, la naturaleza cualitativa de la noción de apoyo social fue objeto de investigación, vale decir, la calidad del apoyo emocional percibido. Rozanski, Blumenthal y Kaplan (1999) dan cuenta de cincuenta estudios que examinaron el impacto de los factores sociales sobre la incidencia futura de TIC en población inicialmente sana. En dichos estudios, se encontró una red relativamente pequeña, por regla general, como relacionada con un aumento de dos o tres veces en la posibilidad de sufrir TIC con el tiempo. Los investigadores (Berkman, Leo-Summers & Horowitz, 1992, citado en Sanchez, 2006) afirman que el aislamiento social y la falta de soportes afectivos constituyen factores de riesgo coronario independientes, aun estando controlados los factores de riesgo tradicionales y se relacionan con la repetición de los sucesos coronarios y con la mortalidad prematura. En consonancia, algunos años antes, Blazer (1982) encontró que bajos niveles de

apoyo emocional percibido confieren un riesgo aún mayor, aumentando el riesgo de padecer episodios cardíacos futuros.

Más recientemente, Schmidt Pedersen, Middel y LytkenLarsen (2002) encontraron en pacientes que habían tenido un infarto de miocardio, que bajos niveles de apoyo social se relacionaban con un aumento en el riesgo de sufrir depresión y trastorno por estrés postraumático. A su vez los pacientes menos satisfechos con su apoyo social tenían además un riesgo mayor de sufrir ansiedad y reportaban más quejas respecto a su salud. Estos autores encontraron que la mayoría de los efectos se relacionaban con la insatisfacción respecto al apoyo social más que con el apoyo social en sí mismo. Estos resultados proponen que ciertas variables relacionadas con la personalidad pueden mediar entre el apoyo social y sus efectos sobre la salud, por lo que deben incluirse cuando se investiga la relación entre apoyo social y el estrés negativo y la salud (Sanchez, 2006).

#### La personalidad Tipo D

Denollet y su grupo de investigación de la Universidad de Amberes han postulado un nuevo tipo de personalidad, la personalidad Tipo D (de *distress*), como factor de riesgo en la enfermedad cardiovascular (Pedersen et al., 2003; Denollet & Brutsaert, 1998; Denollet et al., 1996; Denollet et al., 1995). El estrés negativo, tiene serias implicaciones para el individuo como pueden ser 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); o tendencias comportamentales disfuncionales (como el desarrollo de hábitos perjudiciales para la salud).

El constructo "Personalidad Tipo D" primariamente fue desarrollado en una población de pacientes cardíacos en Bélgica y luego se encontró evidencia respecto a su validez en pacientes cardíacos de otros países como Dinamarca, Alemania, Hungría e Italia (Pedersen et al., 2003).

La personalidad Tipo D se define como un rasgo de personalidad caracterizado por la afectividad negativa y por la inhibición social (Sanchez, 2005; Pedersen et al., 2003; Denollet et al., 1998; Denollet et al., 1996; Denollet et al., 1995).



- Afectividad negativa[AN] (Sanchez, 2005; Pedersen et al., 2003; Denollet, 2000; Denollet et al., 1998; Denollet et al., 1996): 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 [IS] (Sanchez, 2005; Pedersen et al., 2003; Denollet, 2000; Denollet et al., 1998; Denollet et al., 1996): 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.

En el siguiente cuadro, se resume el concepto de "personalidad tipo D":

Cuadro 1. Personalidad Tipo D (adaptado de Sanchez, 2005)

	Estilo de personalidad	
	Afectividad negativa	Inhibición social
Definición	Tendencia a experimentar emociones negativas en todo momento y situación.	Tendencia a inhibir emociones y conductas en la interacción social.
Cuadro clínico	La persona se siente infeliz a menudo, tiende a preocuparse, es pesimista, se irrita fácilmente, tiene baja autoestima y poca asertividad, tiene síntomas depresivos y de ansiedad.	La persona se siente insegura en la interacción social, tiende a mantener distancia con los otros, tiende a ser cerrada y reservada, reporta bajos niveles de apoyo social percibido.
Prognosis	La personalidad tipo D, definida por altos valores de afectividad negativa e inhibición social, resulta un predictor independiente de mortalidad a largo plazo en pacientes con trastornos cardiovasculares. En las investigaciones originales de Denollet se encontró una mortalidad del 23% en pacientes con personalidad tipo D y del 7% en pacientes con otros tipos de personalidad en un estudio de seguimiento a seis años en pacientes con TIC.	

La afectividad negativa.

Por AN se entiende la tendencia a preocuparse y a tener una visión pesimista de las cosas, acompañada a menudo de sentimientos de infelicidad o irritación, síntomas depresivos, tensión crónica y un bajo nivel de bienestar subjetivo. Las personas con elevada afectividad negativa son más propensas a experimentar emociones negativas de manera estable, a lo largo del tiempo e independientemente de las situaciones. Estas personas se muestran incapaces de enfrentar los estresores de la vida, tienen una visión negativa de sí mismos, presentan más síntomas somáticos y tienen un sesgo atencional hacia los estímulos adversos (Denollet et al.,1998). Parecen estar permanentemente buscando el estímulo amenazante (Denollet, 2000). La AN ha logrado el interés en diferentes investigaciones por su relación con las enfermedades cardíacas (Smith & Ruiz, 2002).

La depresión, ansiedad y angustia-hostilidad fueron estudiadas por Suls y Bunde (2005), y estas disposiciones psicológicas son las que más han sido relacionadas como factores de riesgos de los TIC. Estos autores encontraron cierto solapamiento entre estas tres disposiciones negativas lo que los lleva a asumir la posibilidad de que una disposición hacia la AN pueda ser más importante como factor de riesgo de la enfermedad cardiovascular que cualquier afecto negativo específico.

La inhibición social.

La IS se define por una tendencia a mantenerse distanciado de los demás, por inhibir a menudo la expresión de emociones y conductas en la interacción social, y por bajos niveles de soporte social percibido. En abundantes investigaciones se ha relacionado el aislamiento social y bajo niveles de apoyo social percibido (componentes de la inhibición social) con el incremento en el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares (Smith et al., 2002). Este rasgo implica la inhibición

de las expresiones emocionales y cierta interferencia en las conductas de interacción social (Denollet, 2000). Décadas de investigación han relacionado el aislamiento social y el bajo nivel de apoyo social percibido con el incremento en el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares (Sanchez, 2005).

Las personas con alta IS son más propensas a inhibir sus sentimientos y a sentirse tensos e inseguros en presencia de otros, a menudo presentan poca asertividad, usan estrategias de afrontamiento de evitación, y tienen pocas capacidades comunicativas. Además, inhiben la expresión de emociones negativas (Denollet et al., 1995).

Este rasgo ha sido vinculado con la evitación de peligros potenciales que tengan lugar en la interacción social como pueden ser la desaprobación, o el no reconocimiento por parte de los otros. Aunque algunas personas inhibidas son bastante tranquilas en la superficie, en realidad, pueden evitar los conflictos interpersonales mediante un control excesivo de su auto-expresión (Denollet, 2000).

#### 1.4. Personalidad Tipo D y trastornos cardiovasculares.

La personalidad Tipo D podría ser un factor de riesgo independiente para las enfermedades cardiovasculares por dos motivos (Sanchez, 2005):

- a) la inhibición de la expresión emocional podría ayudar al desarrollo y desencadenamiento de la enfermedad;
- b) la mayor propensión a la depresión y al aislamiento social podrían aumentar la mortalidad en pacientes con TIC.

La personalidad Tipo D podría predecir los trastornos cardíacos y además podría subsumir conceptos anteriormente dispersos como la depresión, la ira y la ansiedad (afectividad negativa) o el aislamiento y la falta de apoyo social (inhibición social).

Denollet y Brutsaert (1998) estudiaron estos rasgos y encontraron que la combinación de ambos factores, AN e IS, puede predecir la aparición de TIC de manera independiente a los factores de riesgo tradicionales. La personalidad tipo D resultó ser un predictor de mortalidad a largo plazo en pacientes con TIC,

independientemente de los factores de riesgo biomédicos. Existe evidencia empírica que sugiere que una combinación de alta afectividad negativa y alta inhibición social suele estar presente en pacientes en riesgo de TIC (Denollet, 2000; Denollet, Vaes & Brutsaert, 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 et al., 2003). A su vez, los pacientes con personalidad Tipo D también presentan un mayor riesgo de sufrir estrés psicosocial negativo, de tener una calidad de vida más pobre y de beneficiarse menos con los tratamientos médicos.

En sus estudios originales, Denollet y sus colaboradores (1996) encontraron diferencias significativas, en un estudio de seguimiento a seis años, en los índices de mortalidad en un grupo de pacientes con personalidad Tipo D (23%) en comparación con el grupo con otras características de personalidad (7%). La relación se mantenía tanto en hombres cuanto en mujeres. La conclusión fue que la personalidad Tipo D era un predictor de mortalidad en pacientes cardíacos, independiente de los predictores biomédicos.

Anteriormente (Denollet et al., 1995), estos investigadores habían reportado mayor mortalidad en pacientes con personalidad Tipo D en un estudio a cinco años del accidente cardiovascular, en hombres de mediana edad que habían sobrevivido a un infarto de miocardio.

Resulta interesante el hallazgo de dos maneras distintas de influencia. Según Denollet y sus colaboradores (1996), el estrés negativo, propio de la personalidad tipo D, puede provocar la enfermedad cardiovascular en forma directa a través de mecanismos fisiológicos, es decir habría influencia directa de los factores psicológicos, sobre el funcionamiento fisiológico. El estrés al que está expuesto el sujeto influiría en los mecanismos fisiológicos que determinan la enfermedad. A su vez, los autores reportan que el Tipo D también podría relacionarse con la enfermedad cardiovascular en forma indirecta por su influencia en comportamientos relacionados con la salud como por ejemplo en una pobre adherencia al tratamiento o fallas al momento de cambiar los factores de riesgo; también podría influir negativamente en la comunicación que los pacientes mantengan con los médicos.

Todo esto incidiría en la gravedad de la enfermedad cardiovascular y en un incremento en el riesgo de mortalidad de estos pacientes.

Pedersen y su grupo (2004) en un estudio de seguimiento de nueve meses investigaron los efectos negativos de la personalidad tipo D en pacientes con TIC luego de una intervención coronaria percutánea. Este estudio fue el primero en investigar la influencia de los factores de riesgo psicológicos en la prognosis de pacientes que habían pasado una intervención coronaria percutánea. El tipo D resultó un predictor de efectos adversos en pacientes que estaban recibiendo un tratamiento óptimo. El tipo D incrementó significativamente la probabilidad de muerte o de infarto de miocardio en el grupo estudiado.

La relación entre personalidad tipo D y ciertos índices de laboratorio de salud cardiovascular (como la presión sanguínea) también ha sido demostrada (Habra, Linden, Anderson & Weinberg, 2003).

El hallazgo del constructo teórico de la personalidad tipo D resulta de suma importancia ya que es un factor de predicción en las enfermedades cardiovasculares mientras que los dos rasgos por separado no reflejan la misma influencia. Esto quiere decir que es la interacción entre las emociones negativas y el aislamiento social lo que resulta predictor en el pronóstico de los pacientes con enfermedades cardiovasculares, no teniendo mayores efectos la presencia de cada uno de estos de manera individual (Denollet et al., 1996).

Denollet y su equipo (Pedersen et al., 2003; Denollet & Van Heck, 2001), hacen hincapié en la urgente necesidad de que se adopte un enfoque que tenga en consideración la personalidad en los pacientes en riesgo de sufrir trastornos cardíacos. Para estos autores, la personalidad Tipo D es un constructo estable que puede ser de especial interés en todo el campo de las enfermedades cardiovasculares.

Esta relación presentada entre personalidad tipo D y trastornos cardiovasculares debe ser considerada tanto por los psicoterapeutas como por los cardiólogos. Los primeros deben tener en cuenta la posible influencia de la personalidad tipo D sobre la salud de sus pacientes, presenten o no un trastorno cardiovascular en el momento de la consulta. Los cardiólogos deben tener en cuenta dichos aspectos psicológicos en sus diagnósticos, tratamientos y pronósticos.

Esto es así ya que, como se dijo, la personalidad tipo D es un factor independiente en el surgimiento y evolución de los trastornos cardiovasculares; por tanto, aun estando controlados los factores de riesgo biológicos, el paciente puede tener una mala evolución según las características de su personalidad (Sanchez, 2005). La AN y la IS son rasgos preocupantes y son susceptibles a la modificación mediante las herramientas que la psicología aporta. La consulta a tiempo puede ayudar a prevenir los efectos negativos de la personalidad tipo D sobre la salud física en particular y sobre la calidad de vida en general. Y en el caso de pacientes que ya presentan una patología cardíaca, un tratamiento psicológico adecuado puede ayudarlos a una mejor recuperación y a un mayor bienestar psicológico.

## 2. EL modelo de los Cinco Grandes Factores de Personalidad [MCF].

### 2.1. Los “cinco grandes”.

Hacia fines de los años ´80 y comienzos de los ´90, se observa un resurgimiento de la psicología de la personalidad centrado en el desarrollo de los modelos de los rasgos y en el creciente interés en el estudio factorial de la personalidad, a partir del uso de términos del lenguaje, en particular adjetivos considerados como descriptores de los rasgos y de las características individuales de la personalidad (Sanchez & Ledesma, 2007). Dentro de este panorama, el MCF se ha establecido de manera preponderante. Este movimiento teórico encuentra su máxima expresión en los desarrollos llevados a cabo por Costa y McCrae junto a un importante número de investigadores, logrando integrar diferentes líneas de trabajo en un marco teórico unificado (Costa & McCrae, 1999; John & Srivastava, 1999; McCrae & Costa, 1990; Sanchez & Ledesma, 2007).

McCrae y Costa (1990), padres del modelo, sostienen que el MCF ha ordenado los distintos modelos respecto a la estructura de la personalidad al mostrar cómo cinco dimensiones, de base biológica, pueden abarcar la mayoría de los rasgos de personalidad. Amabilidad, Responsabilidad, Extraversión, Neuroticismo, y Apertura a la experiencia resultan los “cinco grandes factores” dimensionales a partir de los cuales se constituye nuestra personalidad (Ledesma, Sanchez & Díaz-Lázaro, 2011).

La preocupación por los estudios transculturales ha resultado ser uno de los pilares del modelo (Allik & McCrae, 2004; Church, 2001; Church & Lonner, 1998; Hofstede & McCrae, 2004; McCrae, 2000; Schmitt, Allik, McCrae, & Benet-Martínez, 2007; Schmitt, Realo, Voracek, & Allik, 2008). La personalidad, según el MCF, se basa en procesos universales que trascienden las improntas culturales, por tanto la estructura de cinco factores debería replicarse en diferentes culturas.

Otra de las características del MCF es la importancia dada a la operacionalización de los constructos teóricos. Es por esto que se ha diseñado una amplia variedad de instrumentos para evaluar la personalidad de acuerdo a los lineamientos del modelo (Ledesma, Sanchez & Díaz-Lazaro, 2011; Paunonen, Jackson, Trzebinski & Forsterling, 1992; Sanchez & Ledesma, 2013 y 2007; Widiger & Trull, 1997), siendo el más destacado de dichos instrumentos, el Inventario de Personalidad NEO-PI-R (Costa & McCrae, 1985, 1992 y 1999).

El MCF se ha convertido en un modelo hegemónico dentro de la psicología de la personalidad en general y dentro del paradigma de los rasgos en particular. Su crecimiento se basa, en gran medida, en los estudios realizados en diferentes culturas y en el énfasis otorgado a la evaluación, tanto en lo que respecta a la fuente de datos para las diversas investigaciones, vale decir diferentes poblaciones, cuanto al desarrollo de instrumentos de medición de las dimensiones del modelo.

El MCF postula la existencia de cinco amplias dimensiones de personalidad que abarcan la mayor parte de los rasgos de personalidad que existen. Para McCrae y Costa (1990), el MCF ha ordenado los sistemas rivales de la estructura de la personalidad al mostrar que la mayoría de los rasgos pueden entenderse en términos de cinco dimensiones básicas. Esto resulta tanto independiente de la cultura cuanto del lenguaje de las personas, y los rasgos se mantienen relativamente estables a lo largo de la vida. Lo que plantean estos autores, es que desde el nacimiento, cada persona tendría una “orientación genética” que predispone lo que va a ser, o lo que puede llegar a ser su personalidad.

Debe señalarse que las cinco dimensiones no son un *a priori* de los investigadores sino que surgen de diversos análisis realizados sobre los datos existentes. Los cinco factores tomados por Costa y McCrae se consideran como una solución adecuada y como el punto justo entre modelos o muy amplios o muy

escuetos como son el de los tres exiguos factores de Eysenck y los exagerados dieciséis factores de Cattell. Los autores han defendido con énfasis la consistencia transituacional de los rasgos, su base genética, estabilidad temporal y estructura universal (Romero, 2005).

Los Cinco Grandes representarían la estructura común de la personalidad humana, que trascendería las diferencias culturales. El modelo de los Cinco Grandes comprende los siguientes factores (entre paréntesis se agrega el polo opuesto de la dimensión): Extraversión (Introversión), Amabilidad (Oposicionismo), Responsabilidad (Negligencia), Neuroticismo (Estabilidad emocional), y Apertura a la experiencia (Convencionalismo).

Amabilidad evalúa la capacidad para establecer vínculos psicosociales y la disposición a preocuparse por los demás. En casos extremos, el polo negativo se asocia a la psicopatía. Esta dimensión no aparece en todos los modelos factoriales de personalidad, tal vez por su marcado carácter valorativo. Responsabilidad evalúa la capacidad para actuar de acuerdo propósitos o metas claras, para poder organizar y llevar adelante proyectos e ideas. El polo negativo es propio de personas que andan sin rumbo u objetivo, o resultan indolentes. Esta dimensión, también ausente en otros modelos, incluye el control de impulsos tanto como una clara disposición a ser escrupuloso y obediente. Extraversión evalúa la sociabilidad, como la facilidad para comunicarse con los demás, la asertividad y la facilidad para iniciar y mantener conversaciones. El polo negativo es propio de personas con tendencia al aislamiento o el retraimiento. Neuroticismo incluye aspectos ligados al bienestar o malestar psicológico, al afecto y las emociones negativas. Evalúa inestabilidad emocional, la tendencia a experimentar emociones negativas como miedo, sentimiento de culpa, tristeza o enojo. No necesariamente implica patología sino la tendencia a sufrir trastornos antiguamente conocidos como “neuróticos”. Finalmente, Apertura a la experiencia evalúa la presencia de una imaginación activa, sensibilidad estética, capacidad de introspección y curiosidad intelectual. El polo opuesto se relaciona con el convencionalismo, el dogmatismo y el apego a lo tradicional (Sanchez & Ledesma, 2007).

El MCF ha entrado al Siglo XXI como un modelo hegemónico, no sólo dentro de los modelos factorialistas en particular sino para la Psicología de la Personalidad en general. Hoy día, la personalidad tiene una fuerte impronta factorial y el MCF es su



representante más distinguido, tal como se refleja en la nueva propuesta de los trastornos de la personalidad del DSM-5 (APA, 2013).

## 2.2. El Listado de Adjetivos para Evaluar la Personalidad.

De acuerdo a lo referido anteriormente respecto del MCF y de la importancia del desarrollo de instrumentos que evalúen sus cinco dimensiones, se ha construido en nuestro contexto un instrumento, el Listado de Adjetivos para Evaluar la Personalidad [AEP] (Ledesma, Sanchez & Díaz-Lazaro, 2011; Sanchez & Ledesma, 2007 y 2013). Los autores refieren que las diferencias culturales y lingüísticas justifican y vuelven necesaria la utilización de instrumentos que se adapten a contextos y poblaciones específicas, y sostienen que no basta con traducir los instrumentos ya existentes en otros idiomas ni tampoco suponer la equivalencia del instrumento en distintas culturas aunque se hable el mismo idioma. Por tanto, defienden que la construcción de instrumentos para cada cultura resulta opción más adecuada y que reflejaría mayor validez.

El formato instrumental del AEP consiste en un listado de adjetivos descriptivos de rasgo para las cinco dimensiones del MCF. El formato de adjetivos (en lugar del tradicional de frases) ya había sido utilizado por distintos autores. Por ejemplo, Goldberg (1990, 1992) construyó un instrumento para evaluar la personalidad según el MCF, un inventario de 100 adjetivos unipolares, el “*Trait Descriptive Adjectives*” (TDA, “adjetivos descriptivos de rasgos”), el cual brinda una representación óptima del MCF. Goldberg (1990, 1992) desarrolló también una versión de 50 adjetivos bipolares. Posteriormente, Saucier (1994) desarrolló un instrumento de 40 reactivos a partir del listado de Goldberg. En otro trabajo, Saucier y Goldberg (1996) seleccionaron 435 adjetivos de rasgos evaluados por los participantes como términos altamente familiares. Un análisis factorial de esos adjetivos reprodujo de manera muy convincente la estructura de los cinco grandes. En la actualidad, Goldeberg (Goldberg, 1999; Goldberg et al., 2006) se encuentra trabajando en la creación de un banco *on line* de ítems de personalidad (IPIP, *International*

*Personality Item Pool*, <http://ipip.ori.org/>). Su objetivo es fomentar la investigación sobre el MCF en todo el mundo.

Ledesma, Sanchez y Díaz-Lázaro (2011) sostienen que los instrumentos contruidos a partir de adjetivos resulta una opción válida al momento de evaluar la personalidad desde el marco del MCF. Sin embargo, resaltan las dificultades que pueden existir al momento de traducir los adjetivos cuando se quiere adaptar un instrumento desarrollado en otro idioma, debido a las diferencias entre culturas. Del mismo modo, y más aun tratándose de adjetivos, diferentes culturas pueden requerir diferentes traducciones de un mismo término. Como destacan Sanz, Silva y Avia (1999) estas discrepancias entre diferentes traducciones de conceptos teóricos, se extiende incluso a los propios nombres de los factores. Por tales motivos, para la construcción del AEP se optó por desarrollar un instrumento adaptado a nuestro contexto, con términos corrientes de uso coloquial, y a partir de una muestra de nuestra población. Para la construcción del AEP se tuvieron en cuenta las recomendaciones de Saucier y Goldberg (2002): (a) evitar adjetivos poco claros o ambiguos, (b) seleccionar los adjetivos con cargas factoriales altas en su propia dimensión, (c) maximizar la consistencia interna de cada escala, y (d) desarrollar un instrumento que fuera lo más corto posible. Se tomaron adjetivos procedentes de diversas fuentes, principalmente traducción de ítems de otros instrumentos, búsqueda en bases de adjetivos en función de la definición teórica de los factores y análisis de instrumentos existentes en nuestro idioma.

Ledesma, Sanchez y Díaz-Lázaro (2011) ofrecen evidencias de validez y confiabilidad para los puntajes del AEP. En particular, validez aparente (mediante el acuerdo de jueces expertos respecto a la pertenencia de cada adjetivo al factor correspondiente), validez de contenido (el AEP logró cubrir 27 de las 30 facetas consideradas por el modelo), una estructura pentafactorial acorde al modelo, medidas satisfactorias de consistencia interna para las escalas, y validez convergente con una versión argentina del *Big Five Inventory* [BFI] (Castro Solano, 2002; Castro Solano & Casullo, 2001). En un trabajo posterior (Sanchez & Ledesma, 2013) ofrecen normas diferenciadas por sexo y por edad, en base a una amplia muestra de participantes.

En el siguiente cuadro se muestran los adjetivos que conforman cada factor (entre paréntesis se agrega la cantidad de adjetivos por factor).

Cuadro 2. Adjetivos del AEP por factor.

Amabilidad (16)	Responsabilidad (13)	Extroversión (10)	Neuroticismo (18)	Apertura (10)
Amable Bondadoso Generoso Comprensivo Cordial Considerado Solidario Conciliador Confiable Modesto Cálido Pacífico Egoísta Arrogante Sincero Esperanzado	Responsable Haragán Organizado Desordenado Descuidado Perseverante Desprolijo Precavido Previsor Productivo Inconstante Activo Controlado	Callado Tímido Simpático Sociable Retraído Conversador Alegre Solitario Distante Espontáneo	Nervioso Calmó Ansioso Melancólico Inseguro Depresivo Quejoso Celoso Impulsivo Tenso Relajado Triste Desconfiado Emocionalmente estable Agresivo Vulnerable Indeciso Sensible, frágil	Imaginativo Creativo Fantasioso Aventurero Convencional Original Tradicional Curioso Rutinario Conservador

El AEP ha demostrado ser un instrumento válido y confiable para evaluar la personalidad de acuerdo al MCF en nuestro contexto y luego de sus etapas de construcción (Ledesma, Sanchez & Díaz-Lazaro, 2011) y normalización (Sanchez & Ledesma, 2013) ha entrado en un período de desarrollo e inclusión respecto a la evaluación psicológica y a la investigación (Álvarez, López y Pérez, 2011; Andrés,

Richards & Aymune, 2012; Arribillaga, Gómez & Testoni, 2009; Cibanal, 2013; Sanchez, Ledesma, De Carli, & Novelli, 2009; Urquijo & Del Valle, 2012).

### 3. Evaluación de la personalidad tipo D.

#### 3.1. El Inventario Tipo D.

Existe un instrumento breve para operacionalizar el constructo Tipo D: la Escala DS14 (Denollet, 2005). La DS14 se utiliza para identificar con precisión el tipo de personalidad tipo D y también evaluar el grado de riesgo que puede representar para los pacientes cardíacos. Consta de 14 ítems distribuidos en dos escalas, Afectividad Negativa e Inhibición Social, puntuados en una escala tipo Likert desde 0 (Falso) a 4 (Verdadero) siendo 1, 2 y 3 respuestas intermedias. La escala mostró elevada estabilidad test-retest, con índices de 0,72 para AN y de 0,82 para IS, en un período de tres meses. Se han realizado estudios en los que se reportan altos niveles de consistencia interna de 0,88 para AN y de 0,86 para IS. El análisis factorial mostró dos factores dominantes y los ítems cargaron entre 0,62 y 0,82 en su correspondiente factor.

En Argentina no existe una versión de esta escala adaptada a nuestro contexto, lo que implica la ausencia de un instrumento esencial para detectar personas en riesgo de sufrir una enfermedad cardíaca o de ver su recuperación comprometida, en el caso de personas que ya padecen un TIC. Por tratarse de una medida breve resulta conveniente proceder a la construcción de un nuevo instrumento, a partir del marco teórico de la Personalidad Tipo D, y adaptado a nuestro contexto. Por ello el objetivo del presente estudio es presentar una versión preliminar de una nueva escala para evaluar la personalidad Tipo D: el Inventario Tipo D [ITD].

Para la concreción del objetivo definido en el párrafo anterior, se diseñó una versión preliminar del instrumento en base a los ítems de la DS14 y a los conceptos de la personalidad Tipo D, en particular, la AN y la IS. La escala fue administrada a una muestra de población general y a otra de pacientes cardíacos de la ciudad de Mar del Plata.

### 3.2. Relación entre la personalidad Tipo D y los Cinco Grandes Factores de Personalidad.

Existe una relación, a nivel teórico, entre la personalidad Tipo D y los “cinco grandes”. En particular, AN correlaciona con Neuroticismo e IS correlaciona negativamente con Extraversión. En el estudio original de la DS14 se encontró que AN correlacionó positivamente con neuroticismo (0,68) e IS negativamente con extroversión (-0,65), evaluados con el NEO-FFI.

Trabajos anteriores (De Fruyt & Denollet, 2002; Denollet, 2000) encontraron una alta correlación (0,68, en participantes sanos) de AN con la escala de neuroticismo del NEO-PI-R y con la escala de Neuroticismo del Cuestionario de Personalidad de Eysenck (0,64, en pacientes con enfermedades cardiovasculares). Además, personas con alta IN obtuvieron un alta correlación negativa con la escala de Extraversión del cuestionario NEO-PI-R (-0,52, en participantes sanos) y con la escala de extraversión del Cuestionario de Personalidad de Eysenck (-0,65, en pacientes con enfermedades cardiovasculares). En un trabajo reciente, Svansdottir y otros (2013) también encontraron una fuerte relación entre ambos pares de conceptos: 0,82 para la relación AN y Neuroticismo, y -0,67 para IN y Extraversión. El trabajo se basó en una muestra de 498 estudiantes universitarios de Islandia, evaluados con versiones locales de la DS14 y del NEO-FFI.

Las correlaciones halladas en estos estudios dan cuenta de la superposición entre ambos pares de conceptos (afectividad negativa / neuroticismo, e inhibición social / extraversión). Por tal motivo, en este trabajo se administró al AEP a ambas muestras de participantes para indagar respecto dichas relaciones en nuestra población.

La importancia de detectar la AN y su relación con el Neuroticismo es mayor aún si se considera que ambos constructos serían predictores de depresión y que ésta ha sido recientemente considerada como un factor de riesgo para resultados médicos adversos en pacientes con síndrome coronario agudo, en una declaración científica de la *American Heart Association* (Lichtman et al., 2014). En el trabajo se realizó una revisión sistemática de la literatura sobre depresión y resultados médicos adversos tras un síndrome coronario agudo que incluyó mortalidad por cualquier causa, mortalidad cardíaca, y resultados de acontecimientos no fatales. Se

evaluaron 53 estudios individuales y cuatro meta análisis. La revisión encontró asociaciones consistentes entre depresión y resultados adversos para esa población.

En resumen, los objetivos de este trabajo fueron realizar los primeros análisis psicométricos del Inventario Tipo D, a partir de una muestra de población general y otra de población cardíaca, para indagar respecto a sus cualidades psicométricas y la calidad de sus reactivos; adicionalmente, se indagó respecto a la relación entre el Tipo D y los “cinco grandes”.

## Metodología.

### Participantes.

Se trabajó con dos muestras, una de población general y otra de pacientes cardíacos.

Muestra general: De forma no probabilística y por conveniencia 247 participantes formaron parte de esta muestra de población general de la ciudad de Mar del Plata, con edades comprendidas entre 18 y 70 años (media 35,3; d.e. 14,1). 157 fueron mujeres (63,6%) y 90 hombres (36,4%). 20 de estos participantes (8,1%) referenciaron alguna enfermedad cardiovascular, siendo la más destacada la hipertensión (14 de ellos). Los cuestionarios fueron autoadministrados de manera individual.

Muestra pacientes cardíacos: Muestra no probabilística de 24 participantes con algún TIC, con edades comprendidas entre 42 y 78 años (media 60,6; d.s. 9,3). 7 fueron mujeres (29,2%) y 17 hombres (70,8%). Los trastornos más referenciados fueron infarto (6 participantes; 25%), hipertensión (5; 20,8%), y preinfarto (5; 20,8%).

### Instrumentos.

#### Inventario Tipo D.

Para este trabajo se construyó un instrumento de acuerdo al marco teórico de la Personalidad Tipo D: el Inventario Tipo D [ITD]. El ITD consta de 20 ítems, 10 corresponden a AN y 10 a IS. Dentro de cada escala 5 ítems preguntan en la dirección de la escala (por ejemplo, “Me irrito con frecuencia” en la escala de AN) y 5 preguntan en sentido inverso (por ejemplo, “Soy una persona optimista” en la misma escala). Los ítems se puntúan en una escala Likert de 5 puntos que va de 0 (falso) a 4 (verdadero). La consigna sostiene: *“A continuación se presentan una serie de afirmaciones que las personas pueden utilizar para describirse a sí mismas. Por favor, lea cada frase y luego marque con una X el número que más se acerque a su propia descripción. No hay respuestas correctas o incorrectas: su propia impresión es lo único que importa”*. El puntaje de cada escala se obtiene sumando los ítems correspondientes (previa inversión de los que preguntan en sentido inverso). En el Apéndice se muestra el inventario.

Listado de Adjetivos para Evaluar la Personalidad.

El AEP consta con 67 adjetivos descriptores de los rasgos del modelo de los Cinco Grandes Factores de Personalidad. La persona debe responder calificando cada adjetivo de acuerdo a cuanto lo describa en una escala Likert de 5 puntos que va desde (1) “no me describe en absoluto” a (5) “me describe tal como soy”. La consigna indica lo siguiente: *“Por favor, utilice la siguiente lista de cualidades para describirse a sí mismo tan exactamente como sea posible. Describase como se ve actualmente, no como desearía ser en el futuro. Describase como es generalmente, comparado con otras personas que conozca del mismo sexo y aproximadamente de su edad. Detrás de cada palabra o frase, escriba el número que indique cuánto lo describe a Ud. usando la siguiente escala (cuanto más alto el número, más reconoce como propia la característica)”*. El puntaje en cada factor se obtiene promediando los adjetivos que lo componen, previa inversión de los adjetivos que son marcadores negativos de la dimensión (por ejemplo, “Relajado” del factor Neuroticismo). Así, se obtiene un puntaje entre 1 y 5 para cada escala.

Procedimiento.

Los participantes de población general fueron reclutados por las autoras de manera individual, en diferentes momentos y contextos. Una vez contactados e

informados de los propósitos de la investigación, todos los participantes dieron su consentimiento. Ningún tipo de compensación fue ofrecida por participar en el estudio. Los participantes respondieron el IPD, el AEP y un breve cuestionario con datos socio-descriptivos, en una toma que insume alrededor de 20/55 minutos.

La muestra de participantes con TIC fue tomada en el Instituto Clínico Cardiológico de Mar del Plata entre los pacientes que estaban concurriendo regularmente al gimnasio para hacer rehabilitación, previa autorización de sus médicos de cabecera. Se colocaron dos urnas en el gimnasio, una con los protocolos en blanco y otra cerrada donde iban dejando los protocolos completados. Se utilizó esta metodología para asegurar el anonimato de los pacientes.

Los datos fueron gestionados y analizados con los programas SPSS 15.0 y Vista-CITA (Ledesma & Molina, 2009). Respecto al IPD se realizó un análisis factorial exploratorio sobre el total de la muestra y se estimaron los coeficientes de fiabilidad Alfa de Cronbach para las dos escalas del Inventario. Se obtuvieron los valores mínimos y máximos para cada escala, se realizaron comparaciones de medias por existencia o no de trastorno cardiovascular, incluyendo la medida del tamaño del efecto mediante la  $d$  de Cohen. Posteriormente, se analizaron las correlaciones entre las escalas del ITD y del AEP.

## Resultados.

### Análisis del ITD.

#### *Análisis factorial.*

Al realizar un análisis factorial con el método Factorización del eje principal aparece una solución inicial con un primer factor que explica el 21,2% de la varianza e incluye 18 de los 20 ítems del instrumento. Sólo quedan afuera los ítems 4 y 18 (“Prefiero que los demás no sepan cómo me siento” y “Me siento capaz de enfrentar los diferentes problemas de la vida”). En la siguiente tabla se muestra dicho factor con la carga factorial de cada ítem.

Tabla 1. Factor e ítems con carga factorial

Ítem	Carga
1	,250



2	,513
3	,576
4	
5	,395
6	,437
7	,352
8	,609
9	,253
10	,491
11	,579
12	,463
13	,507
14	,472
15	,495
16	,544
17	,526
18	
19	,604
20	,395

Al realizar una rotación con el método Normalización Quartimax aparecen tres factores principales que explican el 34,5% de la varianza. El primer factor se corresponde con IS, excepto el ítem 4 que carga en el factor 3; los ítems 13 y 17 de AN aparecen en este factor con cargas factoriales moderadas. AN se reparte entre los factores 2 y 3, correspondiendo los ítems invertidos (o de “afectividad positiva”, por ejemplo el 2 “A menudo me siento feliz”) al factor 2 y los ítems directos (ejemplo el 1 “A menudo puedo hacer un escándalo por cosas sin importancia”) al factor 3. En el factor 2 cargan 4 de los 5 ítems invertidos de AN; el ítem 18 de AN no carga en ningún factor; el ítem 3 de IS carga en este factor pero con menor carga que en el factor 1.

En la Tabla 2 se muestran los 3 factores con sus ítems y sus cargas respectivas.

Tabla 2. Factores e ítems por factor.

Ítem	Escala	Factor 1	Factor 2	Factor 3
1	AN			,615
2	AN		,718	
3	IS	,604	,326	
4	IS			,383
5	AN			,790
6	AN		,477	

7	IS	,493		
8	IS	,582		
9	AN			,463
10	AN		,700	
11	IS	,658		
12	IS	,454		
13	AN	,311		,255
14	AN		,595	
15	IS	,439		
16	IS	,622		
17	AN	,424		,303
18	AN			
19	IS	,683		
20	IS	,437		

*Estadísticos descriptivos y diferencias de medias.*

En la Tabla 3 se presentan estadísticos descriptivos para las dos escalas del ITD.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos del ITD (N=271)

	Min.	Máx.	Media	d.e.	Alfa
Afectividad Negativa	0,10	3,00	1,35	0,60	0,72
Inhibición social	0,00	3,60	1,33	0,69	0,78

En la tabla anterior se observa que las dos escalas del ITD muestran valores aceptables de consistencia interna. El Alfa de la escala completa resultó 0,82. En el caso de AN, la eliminación del ítem 18, “Me siento capaz de enfrentar los diferentes problemas de la vida”, subiría el coeficiente Alfa a 0,74. Similar situación se daría con el ítem 4, “Prefiero que los demás no sepan cómo me siento”, de la escala de IS, cuya eliminación subiría el Alfa de la escala a 0,79.

Tabla 4. Diferencias de medias en el ITD según TIC

	Población general (N=227)		Cardíacos (N=44)		p	d
	Media	D.S.	Media	D.S.		
Afectividad Negativa	1,33	0,58	1,49	0,69	0,114	0,25
Inhibición social	1,28	0,68	1,57	0,67	0,010	0,39

En la tabla anterior se observa que la población con TIC obtuvo valores superiores en AN e IS, sin embargo dichas diferencias no son significativas y el tamaño del efecto dado por la d de Cohen resulta de pequeña magnitud, si bien IS muestra una magnitud más elevada.

Análisis de la relación Tipo D / Cinco grandes factores.

En la siguiente tabla se presentan los coeficientes de correlación entre las escalas del ITD y los factores del AEP.

Tabla 5. Correlaciones convergentes entre el ITD y el AEP (muestra total)

	AfNe	InSo	Amab	Resp	Extr	Neur	Aper
Afectividad negativa	1	,469**	-,341**	-,237**	-,401**	<b>,579**</b>	-,142*
Inhibición social	,469**	1	-,297**	-,224**	<b>-,691**</b>	,267**	-,246**

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

\* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

AfNe: Afectividad negativa; InSo: Inhibición social; Amab: Amabilidad; Resp:

Responsabilidad; Extr: Extraversión; Neur: Neuroticismo; Aper: Apertura a la experiencia

En la tabla anterior se observan las altas correlaciones esperadas entre AN y Neuroticismo, y entre IS y Extraversión. Adicionalmente, aparecen correlaciones inversas entre ambas escalas y Amabilidad (principalmente AN), correlaciones ya

observadas en la literatura (Denollet, 2005; Svansdottir et al., 2013). También se registró una moderada correlación inversa entre AN y Extraversión, lo que indicaría cierta tendencia a la introversión en las personas con alta AN. Finalmente se obtuvo una alta correlación entre las dos escalas del ITD, AN e IS, lo que significaría que existe cierta superposición entre ambos constructos. Los conceptos AN e IS aparecen como independientes respecto a Apertura a la experiencia.

Finalmente, se obtuvieron las mismas correlaciones para la muestra de pacientes con TIC, bajo el supuesto de que las relaciones esperadas serían más fuertes en esta población. Los resultados se muestran en la Tabla 6.

Tabla 6. Correlaciones convergentes entre el ITD y el AEP (muestra TIC)

	AfNe	InSo	Amab	Resp	Extr	Neur	Aper
Afectividad negativa	1	,483**	-,376**	-,214**	-,454**	<b>,613**</b>	-,135*
Inhibición social	,483**	1	-,192**	-,486**	<b>-,618**</b>	,309**	-,249**

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

AfNe: Afectividad negativa; InSo: Inhibición social; Amab: Amabilidad; Resp:

Responsabilidad; Extr: Extraversión; Neur: Neuroticismo; Aper: Apertura a la experiencia

Como se observa en la Tabla 6, en el caso de las personas con TIC la correlación inversa entre IS y Responsabilidad resulta más marcada. En esta población, entonces, puede sostenerse que la IS va de la mano de la menor Responsabilidad.

## Discusión.

Los análisis preliminares resultan positivos para el ITD si bien aparecen ciertos aspectos que deben pulirse en el instrumento. Sin embargo, estos resultados

resultan prometedores por lo que habilitan a continuar con estos desarrollos para contar con un instrumento válido y confiable para evaluar la Personalidad Tipo D.

El análisis factorial muestra en principio un factor que se correspondería con el constructo Tipo D; 18 de los 20 ítems del Inventario cargan en este factor, con cargas que van de 0,70 a 0,25. Al analizar la rotación aparecen tres factores que se corresponden con las escalas del instrumento, si bien la escala de AN aparece desdoblada en dos factores, uno con los ítems que preguntan en sentido positivo de la escala ("Me irrito con frecuencia") y otro con los ítems que preguntan en sentido negativo respecto a la escala ("Soy una persona optimista"). En el factor 1 aparecen 9 de los 10 ítems de IS, con cargas de 0,68 a 0,44; dos ítems de AN aparecen en este factor (con cargas de 0,42 y 0,31). En el segundo factor aparecen 4 de los 5 ítems invertidos de AN con altas cargas en general (de 0,48 a 0,72); el ítem 3 (de IS) también aparece en este factor pero con menor carga. En el factor 3 cargan los 5 ítems directos de AN con cargas que van de 0,26 a 0,79; el ítem 4, que no cargaba en su escala, IS, aparece aquí.

Los coeficientes Alfa fueron satisfactorios (mayores a 0,70 en las dos escalas y de 0,82 para el instrumento total), si bien dos ítems, uno de cada escala, bajan los coeficientes respectivos. Ambos ítems, además, no cargan en los factores correspondientes en el análisis factorial. El ítem 4, "Prefiero que los demás no sepan cómo me siento", de la escala de IS, y el 18, "Me siento capaz de enfrentar los diferentes problemas de la vida", de la escala de AN. Estas dos circunstancias, baja relación del ítem con el resto de la escala y carga en otro factor distinto al teóricamente esperado, indicarían que ambos ítems deberían ser reemplazados o modificados. Quizá, las respuestas al ítem 4 apunten más a cómo se siente la persona (rasgo de la AN) que a no comunicarlo a los demás (rasgo de IS) como se esperaba. Respecto al ítem 18, por otro lado, quizá no resulta tan clara la relación entre AN y enfrentar los problemas de la vida, de hecho, este ítem no tuvo carga factorial en ningún factor apareciendo como único ítem en un quinto factor del análisis factorial que explica sólo el 2,8% de la varianza.

Las diferencias entre las medias de ambas escalas entre población general y población con TIC estuvieron por debajo de lo esperado, si bien en ambos casos la muestra de pacientes cardíacos puntuó más alto, con una diferencia moderada de acuerdo al tamaño del efecto. Hay que recordar que no todos los pacientes

cardíacos podrían tener Personalidad Tipo D ya que otras personalidades también se relacionan con la aparición y curso de los TIC (por ejemplo, la Personalidad Tipo A).

Contar con una muestra mayor de personas con TIC permitirá avanzar en esta cuestión, sobre todo si se cuenta con información adicional de la personalidad del paciente brindada por personas cercanas o por los cardiólogos intervinientes.

De acuerdo a la literatura, se encontraron fuertes relaciones entre la Personalidad Tipo D y las dimensiones de los “cinco grandes”. En particular, resultan elevadas las relaciones esperadas entre AN y Neuroticismo (0,58) y entre IS y Extroversión (-0,69). Estas relaciones se condicen con las reportadas en la literatura. En el Apéndice 2 se incluye una tabla donde se muestran esos hallazgos. También se hallaron correlaciones inversas moderadas entre AN e IS con Amabilidad, hallazgo también reportado en la literatura. En particular, la evidencia es más convincente respecto a la relación entre AN y Oposicionismo (De Fruyt et al., 2002), si bien en este trabajo ambas escalas se relacionaron con dicho factor (AN 0,34 e IS 0,30) coincidiendo con los resultados reportados por Svansdottir y otros (2013; AN 0,35 e IS 0,27). Respecto a la muestra con TIC la relación inversa entre AN y Amabilidad se muestra un poco más fuerte (-0,38), no resultando así con IS (-0,19). En resumen, este trabajo reporta evidencia respecto a la falta de Amabilidad en las personas con alta AN. Podría sostenerse, en principio, que la combinación AN, IS y Oposicionismo resulta un posible predictor de la enfermedad cardiovascular. Esta muestra, además, mostró una elevada correlación inversa entre IS y Responsabilidad (-0,49), lo que posiblemente signifique que la presencia del propio trastorno cardiovascular dificulta la expresión de la Responsabilidad, si bien esta hipótesis debería chequearse en otros trabajos. Adicionalmente, se encontró una correlación moderada entre AN e IS (0,47) lo que estaría dando cuenta de una superposición entre ambas dimensiones y la existencia de un único constructo (Tipo D). Finalmente, y también de acuerdo a la literatura se observó una relativa independencia entre AN e IS con Apertura a la experiencia.

En resumen, los resultados resultan satisfactorios para el instrumento, si bien deberían realizarse algunos ajustes. En particular, los ítems 4 y 18 deberían modificarse ajustándolos al marco teórico a los efectos de una mejor inclusión en sus respectivas escalas.

Este trabajo debería completarse evaluando a una muestra más amplia de población general cuidando de que la media de edad de los participantes se aproxime más a la media de edad de la población con TIC. Del mismo modo, debería ampliarse la muestra de esta última población contando además con datos extras (informes de informantes clave) que permitan detectar a aquellos pacientes con probable personalidad Tipo D. Contar con estos datos permitiría afianzar el funcionamiento del instrumento, paso previo para su uso en tareas de investigación y de evaluación psicológica con esta población en particular. Así, la disciplina contará con un instrumento válido y confiable para utilizar en un área de sumo interés dada su relación con la salud de la población en general.

#### Referencias bibliográficas.

- Allik, J., & McCrae, R. (2004). Toward a Geography of Personality Traits. Patterns of Profiles Across 36 Cultures. *Journal of Cross-cultural Psychology, 35*, 13-28.
- Álvarez, R.; López, C. & Pérez, C. (2011). Estudio de la relación entre los Cinco Grandes Factores de la Personalidad y los Trastornos de la Personalidad. Tesis de Licenciatura, Fac. de Psicología, UNMdP.
- Andrés, M.; Richards, M. & Aydmune, Y. (2012). Relaciones entre estrategias de regulación emocional y factores de personalidad. Actas de Resúmenes de la XIV Reunión Nacional y III Encuentro Internacional de la Asociación Argentina de Ciencias del Comportamiento.
- Arribillaga, P.; Gómez, A. & Testoni, E. (2009). Análisis psicométrico de la versión de Internet del Listado de Adjetivos para Evaluar la Personalidad [AEP]. Tesis de Licenciatura, Fac. de Psicología, UNMdP
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 (DSM-5)*. American Psychiatric Publishing, Arlington.
- Berkman, L.; Lev-Summers, L. & Horowitz, R. (1992). Emotional support and survival after myocardial infarction. A prospective population based study of the elderly. *Annals of Internal Medicine, 117*, 1003-1009.
- Blazer, D. (1982). Social support and mortality in an elderly community population. *American Journal of Epidemiology, 115*, 684-694.

- Carinci, F.; Nicolucci, A.; Ciampi, A.; Labbrozzi, D.; Bettinardi, O.; Zotti, A. & Tognoni, G. (1997). Role of interactions between psychological and clinical factors in determining 6-month mortality among patients with acute myocardial infarction. *European Heart Journal*, 18, 5, 835-845.
- Castro-Solano, A. (2002). *Técnicas de evaluación psicológica en los ámbitos militares*. Buenos Aires, Paidós.
- Castro-Solano, A. & Casullo, M. (2001). Rasgos de personalidad, bienestar psicológico y rendimiento académico en adolescentes argentinos. *Interdisciplinaria*, 18, 65–85.
- Church, A. (2001). Personality measurement in cross-cultural perspective. *Journal of Personality*, 69, 979–1006.
- Church, A. & Lonner, W. (1998). The cross-cultural perspective in the study of personality: Rationale and current research. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 29, 32–62.
- Cibanal, N. (2013). Perfiles psicológicos de Estudiantes Universitarios. Relaciones entre la Personalidad, la presencia de psicopatologías y el Bienestar Psicológico. Tesis de Licenciatura, Fac. de Psicología, UNMdP.
- 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, 157-162
- Costa, P. & McCrae, R. (1985). *The NEO Personality Inventory manual*. Odessa, FL, Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. & McCrae, R. (1992). Revised NEO Personality Inventory (NEO–PI–R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO–FFI) professional manual. Odessa, FL, Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. & McCrae, R. (1999). *NEO-PI-R: Inventario de la personalidad NEO revisado (NEO-PI-R) e Inventario NEO Reducido de Cinco Factores (NEO-FFI)*. Manual profesional. Madrid: TEA Ediciones.
- De Fruyt, F. & Denollet, J. (2002). Type D Personality: A Five-Factor Model Perspective. *Psychology and Health*, 17, 5, 671-673.
- Del Pino Pérez, A., GaosMeizoso, M., Díaz del Pino, S., Díaz Cruz, F. & 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. & Rodríguez Matos, I. (1990). Propiedades psicométricas de la escala tipo A de Framingham (ETAF). *Psiquis, 11, 1*, 47-58.
- Del Pino Pérez, A.; GaosMeizoso, M. & Dorta González, R. (1997). Validación cruzada de la Escala Tipo A de Framingham y de la escala Breve de Bortner en una muestra de varones canarios. *Psicología Conductual, 5, 3*, 377-390.
- Del Pino, A. (1998). *Tratamiento cognitivo-conductual para modificar el patrón de conducta tipo A*. En Caballo, V.E. (Dir.), Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos Vol. 2. (pp. 359-383). Madrid, Siglo Veintiuno de España Editores.
- Del Pino, A.; Gaos, M.; Dorta, R. & García, M. (2004). Modificación de conductas pronocoronarias en pacientes de estatus socio-económico bajo. *European Journal of Psychiatry, 18, 4*, 235-248.
- Denollet, J. (2005). DS14: Standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. *Psychosomatic Medicine, 67*, 89-97.
- 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, diseases severity, and the risk of long-term cardiac events in patients with a decrease ejection fraction after myocardial infarction. *Circulation, 97*, 167-173.
- Denollet, J., Sys, S. & Brutsaert, D. (1995). Personality and mortality after myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine, 57*, 582-591.
- 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. (2000). Inadequate response to treatment in coronary heart disease: adverse effects of type D personality and young age on 5-year prognosis and quality of life. *Circulation, 102*, 630-635.
- Denollet, J. & Van Heck, G. (2001). Psychological risk factors in heart disease. What Type D personality is (not) about. *Journal of Psychosomatic Research, 51*, 465-468.
- Espnes, G. & 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.

- Friedman, R.; Schwartz, J. ;Schnall, P. ; Landsbergis, P. ; Pieper, C.; Gerin, W. et al. (2001). Psychological variables in hypertension: Relationship to casual or ambulatory blood pressure in men. *Psychosomatic Medicine*, *63*, 1, 19-31
- Goldberg, L. (1990). An alternative "description of personality". The Big Five factor structure. *Journal of Personality and Social Psychology*, *59*, 1216–1229.
- Goldberg, L. (1992). The development of markers for the Big-Five factor structure. *Psychological Assessment*, *4*, 26-42.
- Goldberg, L. (1999). *A Broad-Bandwidth, Public-Domain, Personality Inventory Measuring the Lower-Level Facets of Several Five-Factor Models*. En I. Mervielde, I. Deary, F. De Fruyt, & F. Ostendorf (Eds.), *Personality Psychology in Europe*, Vol. 7. (pp. 7-28). Tilburg, Holanda, Tilburg University Press.
- Goldberg, L., Johnson, J., Eber, H., Hogan, R., Ashton, M., Cloninger, R. & Gough, H. (2006). The international personality tem pool and the future of public-domain personality measures. *Journal of Research in Personality*, *40*, 84–96.
- Habra, M.; Linden, W.; Anderson, J. & Weinberg, J. (2003). Type D personality is related to cardiovascular and neuroendocrine reactivity to acute stress. *Journal of Psychosomatic Research*, *55*, 235– 245.
- Hofstede, G., & McCrae, R. (2004). Personality and culture revisited: Linking traits and dimensions of culture. *Cross-Cultural Research*, *38*, 52–88.
- John, O. & Srivastava, S. (1999). *The Big Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives*. En L. A. Perviny O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 102-138). New York, Guilford.
- Kawachi, I.; Sparrow, D.; Kubzansk L.; Spiro, A.; Vokonas, P. & Weiss, S. (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*, 5, 405-12.
- Kim J.; Yoon S.; Lee S.; Yoo H.; Kim C.; Choi-Kwon S. & Lee B. (1998). Type A behavior and stroke: high tenseness dimension may be a risk factor for cerebral infarction. *European Neurology*, *39*, 3, 168-173.
- Ledesma, R., Sanchez, R. & Díaz-Lázaro, C. (2011). Adjective Checklist to Assess the Big Five Personality Factors in the Argentine Population. *Journal of Personality Assessment*, *93*, 46-55.
- Ledesma R. & Molina, G. (2009). Classical item and test analysis with graphics: The ViSta-CITA program. *Behavior Research Methods*, *41*, 4, 1161-1168.

- Lesperance, F. & Frasura-Smith, N. (1996). Negative emotions and coronary heart disease: Getting to the heart of the matter. *The Lancet*, *47*, 414-416. Analyses for its improvement. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *4*, 639-648.
- Lichtman, J. et al. (2014). Depression as a Risk Factor for Poor Prognosis Among Patients With Acute Coronary Syndrome: Systematic Review and Recommendations. A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, *129*, publicado online antes de su impresión, <http://circ.ahajournals.org/content/early/2014/02/24/CIR.000000000000019.full>.
- Marusic, A. (2000). Psychological factors associated with coronary heart disease. *Irish Journal of Psychological Medicine*, *17*, *4*, 135-139.
- McCrae, R. (2000). Trait psychology and the revival of personality and culture studies. *American Behavioral Scientist*, *44*, 10-31.
- McCrae, R. & Costa, P. (1990). *Personality In Adulthood. A Five-Factor Theory Perspective*. New York: Guilford Press.
- Ministerio de Salud de la Nación (2013). Estadísticas sobre fallecimientos en la Argentina. <http://www.msal.gov.ar/>
- Munakata, M.; Hiraizumi, T.; Nunokawa, T.; Ito, N.; Taguchi, F.; Yamauchi, Y. et al. (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.
- Paunonen, S., Jackson, D., Trzebinski, J., & Forsterling, F. (1992). Personality structure across cultures: A multi method evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, *62*, 447-456.
- Pedersen, S. & Denollet, J. (2003). Type D personality, cardiac events, and impaired quality of life: a review. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, *10*, *4*, 241-248.
- Pedersen, S.; Lemos, P.; van Vooren, P.; Liu, T.; Daemen, J.; Erdman, R.; Smits, P.; Serruys, P. & Van Domburg, R. (2004). Type D Personality Predicts Death or Myocardial Infarction After Bare Metal Stentor Sirolimus-Eluting Stent Implantation. *Journal of the American College of Cardiology*, *44*, *5*, 997-1001.

- Romero, E. (2005). ¿Qué unidades debemos emplear? Las “dos disciplinas” de la psicología de la personalidad. *Anales de Psicología*, 21, 244-258.
- Rosenman, R.H. (1991). Type A behavior pattern and coronary heart disease: The hostility factor. *Stress and Illness*, 7, 245-253.
- 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.
- Sanchez, R. (2006). *Personalidad y Trastornos Isquémicos Cardiovasculares*. En Factores psicológicos y trastornos isquémicos cardiovasculares. Urquijo, S. (comp). Editorial UNMdP, Mar del Plata (inédito).
- Sanchez, R. (2005). La Personalidad tipo D y el riesgo cardiovascular. *Nexos*, 20, 22-2
- Sanchez, R. & Ledesma, R. (2013). Listado de Adjetivos para Evaluar Personalidad: Propiedades y normas para una población argentina. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 22,2, 147-160.
- Sanchez, R. & Ledesma R. (2007). *Los cinco grandes factores: cómo entender la personalidad y cómo evaluarla*. En A. Monjeau (Ed.), Conocimiento para la transformación. Serie Investigación y Desarrollo (pp. 131-160). Mar del Plata, Ediciones Universidad Atlántida Argentina.
- Sanchez, R.; Ledesma, R.; De Carli, M. & Novelli, O. (2009). Evaluación de la personalidad según el modelo de los cinco grandes factores: presentación de una versión preliminar informatizada del listado de Adjetivos para Evaluar la Personalidad (AEP). IV Congreso Marplatense de Psicología.
- Sanz, J., Silva, F. & Avia, M. (1999). *La evaluación de la personalidad desde el modelo de los “Cinco Grandes”: El Inventario de Cinco-Factores NEO (NEO-FFI) de Costa y McCrae*. En F. Silva (Ed.), Avances en Evaluación Psicológica (pp. 171-234). Valencia: Promolibro.
- Saucier, G. (1994). Mini-Markers: A Brief Version of Goldberg's Unipolar Big-Five Markers. *Journal of Personality Assessment*, 63, 506-516.
- Saucier, G. & Goldberg, L. (1996). Evidence for the Big Five in analyses of familiar English personality adjectives. *European Journal of Personality*, 10, 61-77.
- Saucier, G. & Goldberg, L. (2002). *Assessing the Big Five: Applications of 10 psychometric criteria to the development of marker scales*. En B. de Raad y M. Perugini (Eds.), Big Five assessment (pp. 30–54). Ashland, OH: Hogrefe y Huber.

- Schmidt Pedersen, S.; Middel, B. & LytkenLarsen, M. (2002). The role of personality variables and social support in distress and perceived health in patients following myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research, 53*, 1171– 1175
- Schmitt, D., Allik, J., McCrae, R. & Benet-Martínez, V. (2007). The geographic distribution of Big Five personality traits: Patterns and profiles of human self-description across 56 nations. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 38*, 173–212.
- Schmitt, D., Realo, A., Voracek, M. & Allik, J. (2008). Why can't a man be more like a woman? Sex differences in Big Five personality traits across 55 cultures. *Journal of Personality and Social Psychology, 94*, 168–182.
- Schroeder, K., Narkiewicz, K., Kato, M., Pesek, C., et al. (2000). Personality type and neural circulatory control. *Hipertensión, 36, 5*, 830-833.
- Smith, T. & Ruiz, J. (2002). Psychosocial Influences on the Development and Course of Coronary Heart Disease: Current Status and Implications for Research and Practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70, 3*, 548–568.
- Svansdottir, E.; C. van den Broek, K.; Karlsson, H., Olason, D., Thorgilsson, H; & Denollet, J. (2013). The distressed (Type D) and Five-Factor Models of personality in young, healthy adults and their association with emotional inhibition and distress. *Personality and Individual Differences, 55*, 123-128.
- Urquijo, S. & del Valle, M. (2012). Diferencias de género en las relaciones entre regulación emocional, personalidad y bienestar psicológico de estudiantes universitarios. XIV Reunión Nacional y III Encuentro Internacional de la Asociación Argentina de Ciencias del Comportamiento.
- Widiger, T., & Trull, T. (1997). Assessment of the Five-Factor model of personality. *Journal of Personality Assessment, 68*, 228–250.

Apéndice 1  
Inventario Tipo D

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que las personas pueden utilizar para describirse a sí mismas. Por favor, lea cada frase y luego marque con una X el número que más se acerque a su propia descripción. No hay respuestas correctas o incorrectas: su propia impresión es lo único que importa. Utilice la siguiente escala:

0) falso 1) más bien falso 2) neutral 3) más bien verdadero 4) verdadero

Nº		0	1	2	3	4
1	A menudo puedo hacer un escándalo por cosas sin importancia					
2	Casi siempre me siento feliz					
3	Me resulta fácil hacer contacto cuando conozco a alguien					
4	Prefiero que los demás no sepan cómo me siento					
5	Me irrito con frecuencia					
6	Soy una persona optimista					
7	A menudo hablo con personas que no conozco					
8	Soy una persona retraída					
9	Con frecuencia me encuentro preocupándome por algo					
10	Casi siempre estoy de buen humor					
11	Siempre me resultó fácil hacer amigos					
12	Prefiero poner distancia con las demás personas					
13	Frecuentemente me encuentro deprimido por algo					
14	A menudo me siento de buen ánimo					
15	En reuniones sociales suelo sentirme cómodo					
16	Cuando estoy con gente, no encuentro temas para hablar					
17	Suelo sentirme tenso con frecuencia					
18	Me siento capaz de enfrentar los diferentes problemas de la vida					
19	Me resulta fácil iniciar una conversación					
20	Cuando estoy con gente me cuesta mostrarme tal como soy					

## Apéndice2

### Relaciones entre la Personalidad Tipo D y los cinco grandes factores

	Este trabajo	Svansdottir y otros, 2013	Denollet, 2005	De Fruyt y Denollet, 2002	Denollet, 2000
AN / Neuroticismo	0,58	0,82	0,68	0,68 / 0,74	0,64
IS / Extraversión	-0,69	-0,67	-0,65	-0,52 / -0,61	-0,61

## Agradecimientos

Queremos agradecer especialmente al Esp. Roberto Sanchez quien nos acompañó y apuntaló durante todo el proceso de investigación. Agradecemos su excelente predisposición, su paciencia y su dirección.