

N° CLASIFICACION	ADQUISICION
	Derivación
	N° INVENTARIO
	1026

Facultad de Psicología

T-P96

Universidad Nacional de Mar del Plata

*“Hostilidad Y Trastornos De Personalidad En Sujetos Con
Enfermedades Cardiovasculares”*

Informe Final del Trabajo de Investigación correspondiente al requisito
curricular conforme O.C.S.143/89

Alumnas:

González, Carolina. Mat. 4016/96. DNI 26.805.170

Liberati, Luciana. Mat. 3796/96. DNI 26.417.067

Martín, Julieta. Mat. 4027/96. DNI 26.346.299

Supervisora:

Lic. Richard`s, María

Co-supervisor:

Dr. Urquijo, Sebastián



Grupo de investigación en Psicología Cognitiva y Educacional

9 de Diciembre de 2005

“Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de las alumnas Carolina González, Julieta Martín y Luciana Liberati de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de las autoras”.

- trastornos de la personalidad
- personalidad (evaluación)
- personalidad
- trastornos de personalidad

"El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por las alumnas Carolina González, Mat. 4016/96; Julieta Martín, Mat. 4027/96 y Luciana Liberati, Mat. 3796/96, conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los 9 días del mes de Diciembre del año 2005".



Supervisora: Lic. María Richard's



S. Ungueto


Mar del Plata, 02 de noviembre de 2004

Sra. Decana,

Me dirijo a Ud., en mi carácter de Director del Proyecto de Investigación en el que participa la Lic. María Richard's, con el objeto de avalar su desempeño como Supervisora del Trabajo de Investigación de Pregrado presentado por los alumnos GONZALEZ, Carolina; MARTIN, Julieta y LIBERATI, Luciana.

Motiva esta presentación el cumplimiento de lo establecido por el Reglamento de Trabajo de Investigación de Pregrado aprobado por OCA N° 746/02, artículo 7 incisos d) y e).

Sin más, quedo a su disposición y aprovecho para saludarla atentamente.



Dr. Sebastián Urquijo

Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Psicología

ENTRADA	SALIDA
2/11/04	1/11/04
8796	

“Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por las alumnas Carolina González, Mat. 4016/96; Julieta Martín, Mat. 4027/96 y Luciana Liberati, Mat. 3796/96”.

Firmas de los miembros integrantes de la Comisión Asesora:

Fecha de aprobación:

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE PSICOLOGIA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

"Hostilidad y Trastornos de Personalidad en individuos con Enfermedades
Cardiovasculares"

ALUMNAS:


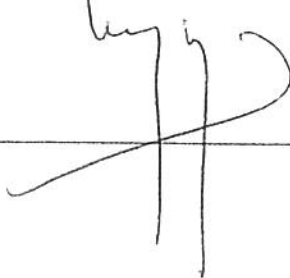
Carolina González Mat. 4016/96

Julieta Martín Mat. 4027/96

Luciana Liberati Mat. 3796/ 96

SUPERVISORA:

Lic. María Richard's

CO-SUPERVISOR:

Dr. Sebastián Urquijo

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

1. TITULO DEL PROYECTO

"Hostilidad y Trastornos de Personalidad en individuos con Enfermedades Cardiovasculares".

1.1 PALABRAS CLAVE

Hostilidad – Trastornos de Personalidad – Enfermedades Cardiovasculares.

2. UNIDAD ACADEMICA

Facultad de Psicología –Grupo de Investigación en Psicología Cognitiva y Educacional.

3. DESCRIPCIÓN RESUMIDA

La patología cardiovascular constituye una de las causas más frecuentes de muerte en el mundo occidental.

El objetivo de este trabajo es relacionar los conceptos de Hostilidad y Trastornos de Personalidad en pacientes cardíacos de la ciudad de Mar del Plata.

Hostilidad se define como el resultado de las influencias que puede haber recibido un sujeto por parte de su medio ambiente a lo largo de la vida, incidiendo el factor genético de forma reducida. Los sujetos que muestran Hostilidad se caracterizan por esperar lo peor de los demás y por ello, suelen estar siempre a la defensiva, creando ambientes en los que predomina la competitividad y la tensión.

Según Millon los estilos de personalidad reflejan en profundidad las características permanentes y omnipresentes del funcionamiento del paciente. Estas tienden a perpetuarse y agravar las dificultades cotidianas porque los pacientes están tan automatizados con ese modo de vida que con frecuencia son inconscientes de las consecuencias destructivas de su naturaleza y personalidad. Bajo condiciones de persistente adversidad, el estilo de funcionamiento desadaptado de los pacientes podría comenzar a descompensarse, adquiriendo aspectos que justifican la denominación de moderada o marcada gravedad.

A partir del supuesto que sustenta éste trabajo se supone que los individuos con Enfermedades Cardiovasculares poseen determinados niveles de Hostilidad y ciertas características de personalidad particulares. A tal fin, se aplicarán instrumentos de exploración psicológica a sujetos internados a causa de Trastornos Cardiovasculares en Unidades Coronarias de la ciudad de Mar del Plata. Para indagar los niveles de Hostilidad se utilizará un cuestionario basado en el SCL-90 de Derogatis (1997). También se empleará el Inventario de Expresión de Enojo Estado-Rasgo (STAXI de Spielberger, 1988). Para clasificar los Trastornos de Personalidad se aplicará el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II), Segunda versión (Millon, 1999). Asimismo se aplicarán estos instrumentos a un Grupo Control. La muestra será incidental y su tamaño variable, de acuerdo a la cantidad de pacientes ingresados durante un período de 2 meses. Se prevé que los niveles de Hostilidad serán mayores en los pacientes con Enfermedades Cardiovasculares que en el Grupo Control. Respecto de la variable Trastornos de Personalidad, se esperan hallar rasgos particulares en las personas que sufren éste tipo de patologías.

4. FECHA DE INICIACIÓN: 20/09/2004

FECHA DE FINALIZACION: 20/03/2005

5. SUPERVISORA: Lic. María Richard´s.

CO-SUPERVISOR: Dr. Sebastián Urquijo.

DESCRIPCION DETALLADA:

1. TITULO DEL PROYECTO:

"Hostilidad y Trastornos de Personalidad en individuos con Enfermedades Cardiovasculares".

2. MOTIVO, FUNDAMENTOS, ANTECEDENTES E HIPÓTESIS.

La elección que motiva éste trabajo está relacionada con la incidencia de las variables psicológicas en las enfermedades físicas y particularmente con los Trastornos Cardiovasculares, teniendo en cuenta que el conocimiento de estos factores psicológicos permitiría construir estrategias para la prevención. Las variables psicológicas elegidas para el presente trabajo serán Hostilidad y Trastornos de Personalidad.

Numerosos trabajos confirman la hipótesis de asociación entre las variables mencionadas y los trastornos isquémicos agudos (Breva A., Espinoza M. y Palmero F. -2000-; Esparter M. L., Diago J. L., Andrés J. y Palmero F. -1996-; Costa y cols. -1989-; Siegman y cols. -1987-; Crespo E., Benages S -1996-1997-; Urquijo S., Giles M. V., Richard's M., Pianzola E. L. -2003-; Matthews -1988-; Friedman y Rosenman -1959-; entre otros).

El supuesto que sustenta éste estudio es que determinados niveles de Hostilidad y ciertas características de personalidad son distintivos de los sujetos con enfermedades cardiovasculares.

Actualmente las enfermedades cardiovasculares suponen unos de los principales índices de mortalidad en los países industrializados. Los factores clásicos de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, dislipemia, tabaco) han resultado insuficientes para explicar porque se producen éste tipo de enfermedades, por consiguiente ha sido necesario investigar otros factores que impliquen la probabilidad de poner en riesgo la salud de los sujetos. Entre dichos factores psicológicos se puede encontrar el PCTA (Patrón de Conducta Tipo A) que fue descrito por Friedman y Rosenman en 1959; dos cardiólogos interesados en encontrar respuesta a todos aquellos casos en los que la etiología de una enfermedad no parecía estar vinculada con factores estrictamente físicos. Llegaron a la conclusión de que la mayoría de las personas con padecimientos coronarios tienen ciertos rasgos de conducta que llamaron PCTA y son aquellas personas que: a) Tienen a percibir las situaciones como amenazantes o de competencia, b) Parecen buscar activamente éste último tipo de situaciones a las que suponen como un reto personal, c) Procuran destacarse en las actividades que emprenden, d) Se quejan constantemente de que les falta tiempo para hacer todo lo que desean hacer, por lo que intentan hacer varias tareas simultáneamente, y e) En esa lucha constante por destacarse, reaccionan con ira, agresividad y hostilidad ante cualquier obstáculo que les impida (o simplemente amenace) alcanzar sus estándares conductuales.

Se considera a la Hostilidad como el componente más importante del PCTA (Kaplay y cols. 1994; Siegman 1994 a). Aunque investigaciones posteriores consideraron que no todas las características del patrón antes descrito correlacionaban positivamente con la posibilidad de padecer Trastorno Cardiovascular. A raíz de ello se llevaron a cabo numerosas investigaciones acerca del Síndrome AHI (agresión-hostilidad-ira). Este término fue acuñado a partir de la relación hallada entre la elevada incidencia de EC (enfermedad cardiovascular) y el número de sujetos clasificados como hostiles con tendencia a airarse fácilmente y reducir su actuación emocional mediante conductas agresivas (Spielberg, Johnson, Russel, Crane, Jacobs y Worden, 1985; Johnson 1990; Smith 1994). Se considera al componente cognitivo del Síndrome AHI (la hostilidad) como aspecto realmente importante para comprender la relación entre las EC y los procesos emocionales, ya que es el único componente que se presenta como factor estable y duradero en el tiempo (Houston, 1994). De ésta manera los sujetos hostiles tienen mayor probabilidad de padecer episodios de ira, los cuales si no son racionalizados y canalizados adecuadamente pueden ser reprimidos por el sujeto o pueden desembocar en conductas agresivas aumentando así el riesgo de llegar a sufrir un Trastorno Cardiovascular.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Benages S., Crespo E. Cursos Años 1996-1997 "El apoyo social como modulador del riesgo coronario". Fòrum de Recerca. N° 2. Pág. 7. Jornadas de fomento de la investigación. Universitat Jaume.
- Brea A., Chóliz E. G., Fernández- Abascal E. G., Martínez F., Palmero F. Septiembre 1996. "El Constructo Patrón de Conducta Tipo A. ¿Existe algo aprovechable?". 1º Congreso de la SEAS. Benidorm (Alicante).
- Brea A., Espinoza M., y Palmero F. "Ira y reactividad cardiaca. Adaptación en una situación de estrés real". Anales de psicología 2000. Universitat Jaume.
- Brea A., García-Brisach I., García-Verdugo M., Córdoba J., García-Piñana S., Pons Y., Marín A. M., Farraces A. Septiembre 1996. "Expresión vs. Experiencia de la Hostilidad y Propensión al Riesgo de Trastorno Cardiovascular". Universitat Jaume I de Castellón. 1º Congreso de la SEAS. Benidorm (Alicante).
- Crespo E., Benages S. Cursos Años 1996-1997. 2º Curso Psicología Básica. "Factores psicosociales de riesgo para la enfermedad cardiovascular". Fòrum de Recerca N° 2. Pág. 8. Jornadas de fomento de la investigación. Universitat Jaume.
- Esparter M. L., Diago J. L., Andrés J., Palmero F. Septiembre 1996. "La hostilidad en la cardiopatía isquémica". 1º Congreso de la SEAS. Benidorm (Alicante).
- Ortiz Viveros G. R., Ehrenzweig Sánchez Y. (1998). "La Relajación, la Modificación de Estilos de Afrontamiento y la Retroalimentación Biológica como Estrategia para el Manejo Psicológico del Paciente Hipertenso". Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad Veracruzana. En Revista Sonorense de Psicología. Volumen 12. N° 1. 16-29.
- Sánchez García J. M., Garzón de Paz M. A., Bueno Carrera G. M. y Vega E. D. (Septiembre 1999). Volumen 3 N° 3. Coordinador: Pérez Urdaniz P. (Salamanca). "Trastornos Psicósomáticos. Somatizaciones".
- Urquijo S., Giles M. V., Richard's M., Pianzolas E. L. 2003. "Variables psicológicas asociadas a las patologías isquémico-cardiovasculares. Un estudio de género".

Para la realización del trabajo completo se recurrirá a otras fuentes bibliográficas además de las ya expuestas.

La propuesta está bien planteada, por lo que es ACEPTADA
Observaciones: Se solicita explicar con más claridad
la obtención y tamaño de la muestra
Se solicita de referencias argumentaciones de la
descripción realizada:

Felisa Melamed.



INTRODUCCIÓN

Actualmente las Enfermedades Cardiovasculares (EC) suponen uno de los principales índices de mortalidad en los países industrializados.

El objetivo de este trabajo es evaluar la relación entre la Hostilidad y los Trastornos de Personalidad en sujetos con Enfermedades Cardiovasculares de la ciudad de Mar del Plata.

Los factores clásicos de riesgo cardiovascular han resultado insuficientes para explicar porque se producen éste tipo de enfermedades, por consiguiente ha sido necesario investigar otros factores que impliquen la probabilidad de poner en riesgo la salud de los sujetos. Entre dichos factores psicológicos se puede encontrar el PCTA (Patrón de Conducta Tipo A) que fue descrito por Friedman y Rosenman en 1959.

Diversos autores (Kaplay y cols. 1994; Siegman 1994) postulan a la hostilidad como el componente más importante de PCTA, aunque investigaciones posteriores consideraron que no todas las características del patrón antes descrito correlacionaban positivamente con la posibilidad de padecer una EC. A raíz de ello se llevaron a cabo numerosas investigaciones acerca del Síndrome AHI (agresión – hostilidad - ira). Se propone al componente cognitivo del Síndrome AHI (la hostilidad) como aspecto realmente importante para comprender la relación entre las EC y los procesos emocionales, ya que es el único componente que se presenta como factor estable y duradero en el tiempo (Houston, 1994). De esta manera los sujetos hostiles tienen mayor probabilidad de padecer episodios de ira, los cuales si no son racionalizados y canalizados adecuadamente

pueden ser reprimidos por el sujeto o pueden desembocar en conductas agresivas aumentando así el riesgo de llegar a sufrir una EC.

En los últimos años, diversas investigaciones han propuesto un tipo de personalidad relacionada con el riesgo de contraer EC (Lesperance y Frasure-Smith, 1996). Postularon que la Personalidad Tipo D (de “distress”) mantiene una alta relación con la probabilidad de desarrollar una EC. Los autores definieron al Tipo D como un rasgo de personalidad caracterizado por la afectividad negativa y por la inhibición social.

La elección que motiva este trabajo está relacionada con la incidencia de las variables psicológicas en las enfermedades físicas, y particularmente en las EC. El conocimiento de estos factores psicológicos permitiría construir estrategias para la prevención.

A partir de la década del '50 comienza a cobrar importancia la influencia de los factores psicológicos sobre la salud física de los individuos y no sólo sobre la salud mental. En 1978, la O.M.S. contribuye al fortalecimiento de esta idea, considerando la salud como "un estado complejo de bienestar físico, mental y social y no como ausencia de enfermedad". Desde esta perspectiva, el funcionamiento del ser humano resulta excesivamente complejo para ser explicado únicamente atendiendo a los aspectos biológicos. En la actualidad, una de las premisas más consistentemente aceptadas tiene que ver con la constatación de la influencia que poseen los aspectos comportamentales y emocionales sobre el bienestar del individuo (Breva et al., 2000).

Las sociedades primitivas pensaban que la enfermedad estaba causada por espíritus malignos; posteriormente la enfermedad siempre ha estado muy ligada a las creencias religiosas. Los griegos y romanos adoptaron un enfoque más racional, pero en general hasta el Renacimiento predominó el enfoque religioso o mágico. Desde entonces empezó a surgir el pensamiento científico que alcanzó su autonomía con respecto a la religión con la Ilustración, en el siglo XVIII.

Según el recorrido histórico que exponen Sánchez García et al. (1999); en 1818, Heinroht, es quién plantea que la relación entre cuerpo y mente designaba la influencia de ciertos estados emocionales en la evolución de algunas enfermedades crónicas. Durante el siglo XIX hubo un

auge de lo orgánico debido a las influencias de Pasteur y Virchow, se pensaba que todas las enfermedades estaban causadas por alteraciones celulares. Freud estudió la histeria teorizando que alteraciones psíquicas daban lugar a manifestaciones fisiológicas.

En 1910, Ferenczi comenta que la histeria de conversión también puede tener lugar en órganos inervados por el sistema nervioso autónomo. En los años veinte, Cannon explica la importancia de los efectos de la psique en el sistema nervioso autónomo mediante el modelo de afrontamiento-huída, estando relacionado el sistema nervioso simpático con la lucha y el sistema nervioso parasimpático con la inhibición de los movimientos. Posteriormente, en los años treinta, Dumber describe distintos tipos de personalidad que se relacionan con ciertas enfermedades y defiende que los mecanismos de defensa utilizados eran el factor etiológico fundamental. Alexander en 1950, postula que un determinado conflicto psicológico crea un estrés prolongado que actuando a través del sistema nervioso autónomo produce, en función de la vulnerabilidad específica de cada individuo, un trastorno médico específico; así explica la aparición de la úlcera péptica, la hipertensión arterial esencial, entre otras. Friedman y Rosenman, en 1959 relacionan un tipo de personalidad llamado Personalidad Tipo A con la predisposición a padecer patología coronaria (Sánchez García et. al. ,1999).

El patrón de conducta de un sujeto reúne rasgos de personalidad, actitudes, creencias, conducta manifiesta y una determinada activación psicofisiológica (Venaccia, 2003). Estos autores describen al Patrón de Personalidad Tipo A como a un sujeto ambicioso, impaciente, competitivo,

hostil, deseoso de éxito y de reconocimiento por los demás, con necesidad de resolver las cosas con urgencia y con gran dificultad de relajarse.

En los años sesenta, Holmes y Rahe, realizan estudios donde relacionan ciertas variables psicosociales con cambios fisiológicos, elaborando una escala de sucesos asociados a cantidades variables de estrés. Durante los años sesenta y setenta, Selye describe el Síndrome de Adaptación General, que consiste en una respuesta al estrés desarrollada en tres fases secuenciales: fase de alarma, fase de activación sostenida y fase de agotamiento, a la cual se llega si el estrés no cesa. Se produce porque el estrés induce cambios en el eje cortico – hipotalámico - suprarrenal, que aumenta, entre otras sustancias, la noradrenalina, responsable de los efectos autonómicos. En estos mismos años, a partir de los estudios de Miller sobre el aprendizaje del control de las funciones mediadas por el sistema nervioso vegetativo, se empieza a sentir sobre la relación mente-cuerpo la influencia de la psicología conductista, sobre todo en los EEUU, que conduciría a la aplicación de los descubrimientos de la psicología del aprendizaje al campo de la salud (Sánchez García et. al. ,1999).

Interesantes fueron las contribuciones de Engel y col., que realizaron un Modelo Biopsicosocial en el que se contemplan factores externos (socioculturales y ecológicos) junto con factores internos (emocionales, genéticos, somáticos, constitucionales y biográficos) en la etiología de los trastornos psicosomáticos. Estos factores se han tenido muy en cuenta en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders en su cuarta edición (DSM IV, 1995); en el mismo, el término psicosomático ha sido reemplazado

con la categoría diagnóstica de “Factores Psicológicos que Afectan a Problemas Médicos”, haciendo hincapié en los factores psicológicos, mientras que en el DSM-III-R (1987) se refería a Estímulos Ambientales (Sánchez García et. al.1999). Según Baró Aylón (1998), la relación mente-cuerpo se incluía también en el DSM-II (1968) como Trastornos Psicofisiológicos Vegetativos y Viscerales, y en el DSM-I (1952), bajo el epígrafe Trastornos Psicósomáticos. Las categorías del DSM-I y del DSM-II que fueron suprimidas en el DSM-III (1980) y DSM-III-R implican una regresión, en tanto describe la interacción mente-cuerpo de forma excesivamente vaga. Actualmente (Sánchez García et. al. , 1999), el DSM-IV destaca la importancia de la cercanía temporal entre los factores psicológicos y la exacerbación o el retraso de la recuperación del estado general. Dentro de los factores psicológicos incluye los trastornos mentales, los síntomas psicológicos, los trastornos de personalidad y las conductas maladaptativas, excluyendo a los trastornos mentales clásicos cuyos síntomas físicos son parte del trastorno; como los trastornos de somatización, la hipocondría, las quejas físicas asociadas a trastornos mentales y las quejas físicas asociadas a trastornos asociados con las drogas. El CIE-10 no utiliza los términos “psicógeno” ni “psicosomático”, definiendo en el código F54 la categoría de “Factores Psicológicos o del Comportamiento en Trastornos o Enfermedades clasificados en otro lugar” y en código F68.0 la categoría de “Elaboración Psicológica de Síntomas Somáticos”.

desplazamiento de la ansiedad por parte de una emoción básica que parece ser un factor sistemáticamente encontrado en la base de distintos trastornos: la ira. De este modo, cuando ésta emoción básica pierde connotaciones adaptativas y funcionales puede convertirse en un factor que incrementa el riesgo de disfunción, enfermedad y muerte (Breva et. al., 2000).

No existe un rasgo de personalidad específico en los pacientes con patologías coronarias, pero se ha definido un patrón de comportamiento característico (Sánchez García et. al., 1999). Este patrón es el resultado de la observación de determinadas características psicológicas y conductuales en pacientes con cardiopatías isquémicas (A) y en neoplasias (C). Estas observaciones llevaron a Price, en 1982, a definirlo como la predisposición de determinados sujetos en cuanto a sus actitudes y el modo de afrontar situaciones condicionados por la escala de valores en uso en una sociedad determinada (Venaccia, 2003).

Según Sánchez García et. al. (1999), se ha demostrado que los sujetos con esta personalidad tienen un riesgo dos veces superior al resto de la población de padecer patología coronaria. La más grave se ha observado en pacientes que presentaban puntuaciones elevadas de hostilidad y además tendían a reprimir sus expresiones de ira, de manera que la combinación de estos dos rasgos parece ser el factor psicológico más nocivo. En 1974, Friedman y Rosenman, interesados en encontrar respuesta a todos aquellos casos en los que la etiología de una enfermedad no parecía estar vinculada con factores estrictamente físicos observaron la manera de actuar de un grupo numeroso de pacientes, llegando a la conclusión de que

la mayoría de las personas con padecimientos coronarios tienen ciertos rasgos de conducta a los que llamaron PCTA y son aquellas personas que según Bermúdez (1989):

1. Tienden a percibir las situaciones como amenazantes o de competencia.

2. Parecen buscar activamente este último tipo de situaciones, a las que suponen como un reto personal.

3. Procuran destacar en las actividades que emprenden.

4. Se quejan constantemente de que les falta tiempo para hacer todo lo que desean hacer por lo que intentan varias tareas simultáneamente.

5. En ésta lucha constante por destacar, reaccionan con ira, agresividad y hostilidad ante cualquier obstáculo que les impida (o simplemente amenace) alcanzar sus estándares conductuales.

6. Esfuerzo intenso y mantenido hacia el logro de objetivos autoseleccionados y por lo general pobremente definidos.

7. Extraordinario nivel de alerta física y mental (Urquijo et. al., 2003).

Estudios recientes (Barbero García et. al., n/d s/f) parecen concluir que dicho patrón no constituye un todo monolítico, sino que está formado por factores diversos que contribuyen de manera diferencial al desarrollo de patología coronaria. De ésta manera, Powell (1987, citado en Barbero García et. al.) señala que se pueden considerar dos dimensiones en torno al PCTA, las cuales contribuyen de forma diferente a la explicación de la patología coronaria. La primera, definiría lo que podría catalogarse como Patrón de Comportamiento Tipo “Sano” y estaría relacionada con aspectos

(1976), los sujetos con PCTA se fijan objetivos más elevados que la población en general, sin aprender de sus fracasos eventuales, ya que estos últimos, conducen a menudo a estas personas a una negación de las dificultades encontradas y a actitudes de sobrecompensación, fijan nuevos objetivos todavía más elevados. Por otro lado, Williams y col. (1982), plantean que las modificaciones hemodinámicas y humorales ligadas al estrés son diferentes en los sujetos de Tipo A que en los de Tipo B. De este modo, aunque la elevación del ritmo cardíaco y de la tensión arterial (sistólica y/o diastólica) en situaciones de estrés no establece diferencias entre las dos categorías de sujetos, la secreción de adrenalina, noradrenalina y la disminución de la resistencia arterial muscular; son en las mismas condiciones, más notorias en los A que en los B. Asimismo, se diferencian igualmente por los estilos de acomodación que aparecen ante el estrés: mientras que los sujetos de Tipo A utilizan más frecuentemente una represión de las emociones penosas y la negación (no reconocimiento de los sentimientos experimentados o la negación del peligro que representan ciertas situaciones fuertemente contrariadoras), tienen más que los otros, tendencia a rechazar la ayuda que puede proponérseles cuando se encuentran ante una dificultad y adoptar actitudes que testimonian su voluntad de transformar activamente a la situación frustrante. Finalmente, y según Dantchev (1989); Vingerhoets y Flohr (1984); existe en los sujetos de Tipo A una tendencia a la responsabilización en caso de fracaso, que va hasta la autoacusación. Relacionan el fracaso con una causa interna (incompetencia, falta de preparación, falta de combatividad) más que a

causas externas (dificultad de la tarea, mala suerte, etc.). De esta manera, los sujetos Tipo A tienden a considerar el "lugar de control" como interno. Este concepto permite según Rotter (1986); clasificar a las personas según atribuyan el determinismo de los acontecimientos felices o desgraciados de su existencia a causas internas o externas.

A su vez, y siguiendo con la comparación, Benages & Crespo (1996 – 1997) plantean que fisiológicamente existe una relación entre el PCTA y el riesgo de padecer EC: los individuos de Tipo A expresan una mayor actividad del eje simpático - adrenomedular y adrenohipofisario - adrenocortical cuando se enfrentan a situaciones amenazantes, y experimentan mayor actividad simpática que los individuos de Tipo B ante situaciones estresantes.

Se han realizado múltiples estudios (Godeleva & Sánchez et. al., n/d s/f) desde que Friedman y Rosenman describieron originalmente la vinculación entre PCTA y los trastornos coronarios, desde los que sugieren que los procesos cognoscitivos implicados en el PCTA pueden hacer que las personas ignoren con más facilidad las señales internas relacionadas con EC y acudan a los servicios de atención médica cuando ya es tarde (Bermúdez, 1989) o que el mismo patrón pueda conducir a la adquisición de hábitos y estilos de vida, que a su vez constituyen factores de riesgo, como el fumar e ingerir alcohol en exceso (Fernández & Vila, 1991). También se ha estimulado la investigación sobre el PCTA, específicamente sobre los componentes que han mostrado una relación más significativa con las EC,

dentro de los que se destaca la hostilidad, el cinismo, el sarcasmo, la lucha contra el tiempo y el afán de competencia (Gatchel, Baum y Krantz, 1989).

Sánchez y Urquijo, plantean que en los últimos años, diversas investigaciones han propuesto un nuevo tipo de personalidad relacionada con el riesgo de contraer EC (Lesperance & Frasura-Smith, 1996). Diferentes investigaciones postularon que la Personalidad Tipo D (de “distress”) mantiene una alta relación con la probabilidad de desarrollar una EC. Los autores de este estudio definieron al Tipo D como un rasgo de personalidad caracterizado por la afectividad negativa (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) y por la inhibición social (tendencia a mantenerse distanciado de los demás, inhibir a menudo la expresión de los sentimientos y bajos niveles de soporte social percibido).

HOSTILIDAD-IRA

Según Mc. Kay, Davis y Fanning, (1988, citado en Godeleva & Sánchez, n/d, s/f.) las emociones hostilidad y enojo, componentes del PCTA, dependen de los pensamientos que la persona elabora ante una situación al evaluar sucesos internos (de reactividad fisiológica) y externos (de la situación). Los pensamientos son lo que la persona se dice a sí misma; de este modo, la emoción depende del pensamiento, esto es, la emoción procede de la interpretación del suceso y no del evento en sí. Los pensamientos como formas de valorar las sensaciones son aprendidas

y reactividad cardíacas (Weidner, Sexto et. al., 1987 citado en Breva et. al., 2000).

Actualmente (Crespo & Benages, 1996 - 1997) se considera a la Hostilidad como el componente más importante del PCTA, siendo el más nocivo, puesto que recibe bastante apoyo como indicador del infarto de miocardio, porque coincide con la incidencia de EC. Según estos autores, "hostilidad es el resultado de las influencias que puede haber recibido un sujeto por parte de su medio ambiente a lo largo de su vida, ya que el factor genético si actúa, lo hace de modo muy reducido (Cates, Houston, Vavak, Crawford y Uttley, 1993). Los sujetos que muestran hostilidad se caracterizan por esperar lo peor de los demás (Suls, 1990), y a causa de esto, suelen estar siempre a la defensiva, creando ambientes en los que predomina la competitividad y la tensión".

Según Crespo & Benages (1996 - 1997) para Smith y Frohm (1985), estos sujetos perciben al ambiente como una lucha incesante y competitiva para lograr el objetivo que pretenden. Por otra parte, el hecho de que estas personas se encuentren en estado de hipervigilancia constante contribuye a que tengan mayor predisposición a padecer una EC, ya que la activación de sus mecanismos de defensa para afrontar la situación o estímulo estresor, perdura en el tiempo, cuando lo óptimo sería que se activase en un momento determinado en el que se sufra estrés y vuelva a sus niveles básicos cuando el estresor haya desaparecido.

El otro componente, la ira (Crespo & Benages, 1996 - 1997), "hace referencia a una emoción displacentera conformada por sentimientos que

varían en intensidad y que, fisiológicamente, se caracterizan por un aumento en la activación del sistema nervioso simpático, del sistema endocrino y tensión en la musculatura esquelética". El rasgo más significativo de esta emoción son los gestos faciales y desde el punto de vista cognitivo, representa una serie de pensamientos contradictorios y contrapuestos. Además, los sujetos airados tienen tendencia a comportarse de manera agresiva (Palmero et. al., 1995).

En este mismo marco de referencia, existen distinciones entre la experiencia y la expresión de la ira. Respecto de la experiencia, la ira variará en intensidad, frecuencia y duración en función de la situación y los factores internos que condicionen al sujeto en ese momento. Mientras, que la expresión es una respuesta dada en un contexto social, de forma transitoria, como reacción a las amenazas que el sujeto percibe. Esta respuesta servirá al sujeto para recuperar la homeostasis y reducir el malestar emocional (Harburg, Blakeloch y Roeper, 1974 citado en Crespo & Benages, 1996 - 1997). En la misma línea Johnson (1990), propuso tres estilos de afrontamiento ante un estímulo estresor con el fin de disminuir la sensación displacentera:

1. Supresión de la ira: se caracteriza por el hecho de que el sujeto afronta la situación inhibiendo la manifestación abierta de ira.

2. Expresión de la ira: El sujeto tiende a expresar abiertamente su ira, tanto verbal como físicamente, pero sin intención de realizar ningún daño hacia la otra persona. Sin embargo, hay ocasiones en que estos episodios

una agresión directa por parte de otro agente. La segunda hace referencia a aquella agresión iniciada por el sujeto que tiene la intención de agredir, con la particularidad de que las consecuencias que acarrea dicha agresión son reforzadas para sí mismo.

La expresión de ira se diferencia de la agresión instrumental en que ésta última, no implica necesariamente un componente emocional, como es en este caso la ira. Esto es debido a que el sujeto utiliza y lleva a cabo la agresión como un medio para conseguir un fin determinado. La diferencia más significativa entre ambas expresiones es la intencionalidad del sujeto. La conducta de agresión implica una clara intención de daño por parte del sujeto, mientras que la expresión de ira no implica dicha intencionalidad.

En un principio (Crespo & Benages, 1996 - 1997), la ira era considerada como el componente esencial del Síndrome AHI, ya que suscitaba la hostilidad y posteriormente la agresión. No obstante, se ha de tener en cuenta que tanto la ira en cuanto complejo afectivo - emocional, como la agresión en cuanto componente conductual, son variables transitorias e inestables en el tiempo. Consiguientemente resulta necesario considerar el componente cognitivo del Síndrome AHI (la hostilidad), como un aspecto importante para comprender la relación entre EC y los procesos emocionales, ya que es el único componente que se presenta como factor estable y duradero en el tiempo (Houston, 1994).

El conocimiento de las EC permite conocer y comprender mejor cuáles son los factores de riesgo clásicos que inciden en su desarrollo; de esta forma queda facilitada la prevención y/o evitación de los mismos en el

mejor de los casos. Dichos factores según Crespo & Benages (1996 - 1997), pueden tener diversas fuentes de origen: una de ellas hace referencia a factores endógenos del sujeto, más concretamente a los genes, y como consecuencia no son susceptibles de ser modificados. Sin embargo, hay otros tipos de factores que al estar en función de variables externas, pueden verse alterados por medio de programas de prevención. Los factores de riesgo no modificables incluyen características fijas del sujeto como pueden ser la edad, el sexo y la historia individual.

En un alto porcentaje confluyen los factores de riesgo psicosocial (hostilidad; depresión; alexitimia; aislamiento social; ausencia de soportes afectivos y conflictos en el área laboral, etc.) con los factores de riesgo tradicional como tabaquismo, dislipemia, hipertensión arterial, obesidad, diabetes y sedentarismo, ampliamente reconocidos. Para que un individuo (Revista Argentina de Cardiología, 2001) sea obeso, fumador, adicto al trabajo o transgresor de una dieta; hace falta un perfil psicológico determinado que favorezca la emergencia de cualquiera de estos rasgos. El impacto de las interacciones de estrés y los factores sociales es modulado por la personalidad y la capacidad del individuo de afrontarlos.

En el siguiente apartado se desarrollarán diferentes aspectos referentes a la personalidad desde la teoría de Millon (1999). El motivo por el cual se ha elegido para el presente trabajo dicha teoría, reside en que éste autor ha desarrollado una ciencia compleja de la personalidad y su patología, proponiendo una nueva clasificación para los trastornos psiquiátricos y presentando al mismo tiempo una fecunda teoría de los trastornos de la

personalidad. Este inventario permite además, separar los sujetos en grupos con y sin trastorno de personalidad, es decir, aquellos que se encuentran por encima de tasa base (TB) 85 poseen patología; por debajo de este límite se hallan dentro de los parámetros de salud.

Según Sánchez Verna (2003), la influencia de dicho modelo fue decisiva para lo que luego sería el Eje II del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, a partir de su tercera versión de 1980. Siguiendo con el planteo de este autor, 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. La propuesta de Millon constituye uno de los aportes más sólidos y de mayor desarrollo para cubrir esa falencia.

PERSONALIDAD

En base a la conceptualización que realiza Millon (1999), "los estilos de personalidad reflejan las características permanentes y omnipresentes del funcionamiento del paciente. Estas características tienden a perpetuarse y a agravar las dificultades cotidianas, ya que los pacientes están tan encorchetados y automatizados con este modo de vida que con frecuencia son inconscientes de las consecuencias destructivas de su naturaleza y personalidad. Bajo condiciones de persistente adversidad, el estilo de funcionamiento desadaptado de los pacientes podría comenzar a descompensarse, adquiriendo aspectos que justifican la denominación de moderada o de marcada gravedad."

Según Millon (1999), las categorías deben diferenciarse según la gravedad. Para facilitar estas distinciones, el MCMI-II diferencia diez escalas básicas de trastornos de personalidad, ubicadas en el Eje II, que describen niveles leves de gravedad (esquizoide; fóbica -evitativa-; dependiente -sumisa-; histriónica; narcisista; antisocial; agresivo -sádica; compulsiva; pasivo -agresiva y autodestructiva -masoquista-). También establece tres escalas de personalidad patológica más severa, que reflejan niveles moderados o marcados de deterioro (esquizotípica; límite -bordeline-; paranoide). Asimismo, seis escalas de síndromes clínicos correspondientes al Eje I, que identifican trastornos de gravedad moderada (ansiedad; histeriforme -tipo somatoforme-; hipomanía; neurosis depresiva -distimia-; abuso de alcohol y abuso de drogas) y otras tres escalas que miden trastornos de marcada gravedad (pensamiento psicótico; depresión mayor y trastorno delirante).

El cuadro clínico a presentar se compone de varios rasgos y síntomas que covarían. Además, cada categoría diagnóstica más que permanecer en su propio grupo como una entidad discreta, representa una extensión o modificación de otras categorías clínicas. Por ejemplo, todos los síntomas clínicos del Eje I se muestran como desorganizaciones en los patrones básicos de personalidad de los pacientes (Eje II) que surgen bajo tensión. De esta forma, los síndromes clínicos no son concebidos como diagnósticos distintos, sino como elementos integrales de un complejo mayor de aspectos clínicos dentro de los cuales se sitúan.

La teoría de Millon (1999) está basada en la combinación simple de variables; postula diez estilos básicos de funcionamiento de la personalidad que pueden formarse lógicamente de una matriz cinco por dos, de dos dimensiones básicas. La primera dimensión constituye la fuente primaria de la que los pacientes obtienen comodidad y satisfacción (refuerzos positivos) o intentan evitar angustia emocional y dolor (refuerzos negativos). De este modo, las clasificaciones serían: sujetos retraídos, discordantes, dependientes, independientes y ambivalentes. La segunda dimensión refleja el modelo básico de conducta instrumental o de afrontamiento que el paciente emplea de forma característica para aumentar al máximo las gratificaciones y para minimizar el dolor: patrón activo y pasivo.

De esta forma, si se combinan las cinco fuentes de refuerzo primario con los dos patrones de afrontamiento, se obtienen diez estilos básicos de personalidad: activo - pasivo retraído; activo - pasivo dependiente; activo - pasivo independiente y activo - pasivo ambivalente.

Urquijo et. al. (2003), exploraron la prevalencia de algún rasgo o trastorno de personalidad en los sujetos internados en unidades coronarias a causa de trastornos isquémicos cardiovasculares. Determinaron cual era la escala de perfil de personalidad que aparecía con la puntuación más elevada en el MCMI-II, siempre que la tasa base (TB) configurara una disfuncionalidad patológica clasificada en el Eje II del DSM III-R. Los resultados obtenidos evidenciaron que el 92,8% de los sujetos evaluados presentaba puntuaciones indicadoras de trastornos de personalidad; mientras que el 7,2% de los sujetos no presentaban dichas

disfuncionalidades. El porcentaje más alto (el 25,6 %), obtuvo la puntuación más elevada en la escala 7 (trastorno compulsivo), que se combinaba con otros trastornos en la mayoría de los casos. Le siguieron las escalas 8a (pasivo - agresiva) y 3 (dependiente) con el 15,2 % y el 11,2 % respectivamente.

Los resultados de ésta investigación presentaron a su vez, diferencias según el género. El trastorno compulsivo ha sido el más frecuente, tanto en hombres como en mujeres, aunque en el sexo femenino es equivalente a aproximadamente el doble. Según estos autores, y a partir de estos resultados, se podría establecer un perfil tentativo de riesgo basado en las características del mismo.

Según Millon se trata de personas rígidas, disciplinadas, que mantienen una norma de vida regulada, repetitivamente estructurada y altamente organizada; son perfeccionistas y respetuosas, prefieren relaciones personales formales y correctas; construyen el mundo mediante reglas, programas y jerarquías; carecen de imaginación y se desconciertan ante ideas y costumbres nuevas; manifiestan pensamientos positivos y conductas socialmente encomiables, diametralmente opuestas a sus sentimientos antagónicos y prohibidos; se muestran maduras y razonables frente a situaciones que provocarían enojo en los demás; son solemnes, no se relajan, están tensos; son severos y faltos de alegría, restringen sentimientos cálidos y mantienen las emociones bajo un estricto control.

Con el objetivo de explorar la personalidad en pacientes con EC, estos autores realizaron un estudio utilizando el Inventario Clínico Multiaxial

de Millon II. Llegaron a la conclusión de que no es posible definir un patrón de personalidad propenso a sufrir trastornos cardiovasculares, si bien existirían, en primera instancia, ciertos estilos más ligados con tal circunstancia. Los resultados de este estudio mostraron que en la población estudiada se registró una alta incidencia de trastornos de personalidad (97 %). Siguiendo la conceptualización de Millon, los autores destacaron en primer lugar, a las personalidades con conflictos intrapsíquicos con más del 50 % de los perfiles válidos (escalas agresivo - sádica, compulsiva, pasivo - agresiva y autodestructiva). Dentro de este grupo se halló que más de la mitad de los sujetos cumplieron los criterios para el diagnóstico de un trastorno obsesivo - compulsivo, mientras que el 20 % se diagnosticó como un trastorno autodestructivo de la personalidad. En segundo lugar (25 %) se ubicaron las personalidades con déficit estructurales (escala esquizotípica, límite y paranoide) prevaleciendo los tipos paranoide y esquizotípico.

Asimismo, estos autores encontraron ciertos paralelismos entre estos trastornos de personalidad y el Patrón de Personalidad Tipo D. Las personas con conflictos intrapsíquicos tienen dificultades para relacionarse con los demás de manera que les resulte satisfactoria. Los conflictos que vividos por estas personas pasan, en el caso del compulsivo, por asumir una posición dependiente o independiente, o como en el caso del autodestructivo, por evitar la discordancia entre lograr el placer o evitar el displacer. Estos dos aspectos corresponden a los componentes de la Personalidad Tipo D. De este modo y según estos autores, la afectividad negativa se relacionaría con la dificultad para obtener placer de los sujetos autodestructivos y la inhibición

social con la dificultad de establecer vínculos interpersonales satisfactorios de los sujetos compulsivos.

De la misma forma, las características de los sujetos con déficit estructurales como la personalidad socialmente incompetente, dificultades de relación y aislamiento, hostilidad, confusión e incapacidad de suscitar apoyo interpersonal; se vinculan con la inhibición social de la Personalidad Tipo D. Finalmente, los autores mencionan el caso de la personalidad paranoide, en la que la desconfianza hacia los otros y el deseo de no mantener relaciones en las que pueda perder el poder de autodeterminación, también halla un paralelismo con el bajo apoyo social percibido y el distanciamiento de los demás, propios de la Personalidad Tipo D.

Como resumen de todo lo expuesto, se podría decir que las EC reciben influencias de los factores clásicos de riesgo, los cuales resultan insuficientes para explicar la elevada incidencia observada en este tipo de enfermedades. A consecuencia de esto, resulta necesario investigar sobre nuevos factores de riesgo que puedan complementar la información que destacan los factores del modelo biomédico; entre esos nuevos factores, inicialmente cobró importancia el PCTA, pero posteriormente se consideró que no todas sus características y componentes correlacionaban positivamente con la posibilidad de padecer un trastorno cardiovascular, con lo que se intentó averiguar cuáles eran los elementos tóxicos del mismo que sí se asociaban con dicha probabilidad. A raíz de los estudios realizados en esta línea de investigación, se comenzó a dar mayor relevancia a la hostilidad como factor clave del PCTA y se llevaron a cabo numerosas

investigaciones acerca del "Complejo Ira - Hostilidad" y el "Síndrome AHI" como posibles indicadores de la mayor o menor probabilidad de padecer una EC. Además se ampliaron las investigaciones, considerando un nuevo tipo de personalidad que correlacionaría positivamente con el riesgo de contraer trastornos isquémicos cardiovasculares, la Personalidad Tipo D.

Respecto de los trastornos de personalidad, la mayoría de los estudios consultados intentaron establecer un perfil tentativo de riesgo a partir de las características del cuadro. En base a lo expuesto, se podría pensar que hay una alta prevalencia de trastornos de personalidad entre las personas que sufren EC. Si bien aparecen algunos rasgos o patrones comunes que podrían resultar predominantes en el riesgo de padecer EC, también se hallan divergencias para definir un único patrón de personalidad, (no obstante predominar algunos tipos específicos) ya que en las muestras estudiadas aparecen representados casi todos los trastornos.

En conclusión, los resultados obtenidos en los estudios expuestos, parecerían estar en la misma dirección que el presente estudio, ya que darían cuenta de la alta incidencia de trastornos de personalidad en los sujetos con EC.



OBJETIVOS

Objetivos Generales:

- Explorar los niveles de Hostilidad y la presencia de Trastornos de Personalidad en sujetos con y sin Enfermedad Cardiovascular.

Objetivos Específicos:

- Estudiar la relación entre Hostilidad y presencia de EC.
- Estudiar la relación entre Trastornos de Personalidad y presencia de EC.
- Evaluar la relación entre los cuatro grupos de variables:
 1. Sujetos con altos niveles de Hostilidad y Trastornos de Personalidad que hayan sufrido o no EC.
 2. Sujetos con bajos niveles de Hostilidad y Trastornos de Personalidad que hayan sufrido o no EC.
 3. Sujetos con altos de niveles de Hostilidad sin Trastornos de Personalidad que hayan sufrido o no EC.
 4. Sujetos con bajos niveles de Hostilidad sin Trastornos de Personalidad que hayan sufrido o no EC.

HIPOTESIS

METODOLOGÍA

Muestra

Se trabajó con una muestra de 91 sujetos divididos en dos grupos: un Grupo Clínico de 46 sujetos internados a causa de EC en Unidades Coronarias de la ciudad de Mar del Plata y un Grupo Control de 45 sujetos sin antecedentes de EC. Se incluyeron a los pacientes que estaban internados por patología coronaria aguda, específicamente angina inestable o infarto agudo de miocardio. Se excluyeron a aquellos que no podían ser entrevistados a causa de su estado (asistencia respiratoria, shock, etc).

Instrumentos

El método para recabar información sobre los rasgos psicológicos, se basó en una batería compuesta por técnicas de exploración psicológica estandarizadas.

Para indagar los niveles de Hostilidad se utilizó el cuestionario SCL-90 (Derogatis, 1977). Este instrumento consta de seis afirmaciones a las que el sujeto debe responder por alguna de las siguientes opciones: Nada, Un Poco, Considerablemente, Mucho o Muchísimo. La recodificación con fines estadísticos se dividió en: Nada (6 - 8); Poca (9 - 11); Mediana (12 - 15); Bastante (16 - 20) o Mucha (21 - 26).

Para clasificar los Trastornos de Personalidad se aplicó el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II), segunda versión (Millon, 1999). Este instrumento posee 175 incisos a los que el sujeto debe contestar por sí o por no. En el mismo se considera que el puntaje tasa base (TB) superior a 85 es indicador de patología. La codificación de esta variable se dividió en: Sin

Trastorno (menor a TB 85) y Con trastorno (mayor a TB 85). El Inventario Clínico Multiaxial de Millon posee varios sistemas que permiten detectar indicadores de validez, sinceridad y confiabilidad de las respuestas. Los baremos nacionales e internacionales otorgan la posibilidad de comparar los perfiles de la muestra con la distribución de la población normal. Además permite establecer un diagnóstico confiable respecto al DSM IV.

Procedimiento:

Se aplicaron los instrumentos a la totalidad de los sujetos ingresados en la Unidad Coronaria del Hospital Interzonal General de Agudos de la ciudad de Mar del Plata. Los sujetos fueron evaluados, siempre y cuando las condiciones lo permitieran, durante los dos días posteriores a su ingreso.

RESULTADOS

Como se especificó a lo largo de este trabajo, el propósito de ésta investigación es explorar la relación entre la Hostilidad y los Trastornos de Personalidad en sujetos con Enfermedades Cardiovasculares. Por éste motivo se analizará en primer lugar, dicha relación y luego se especificará cada variable aisladamente, para concluir finalmente con la relación entre las dos primeras, es decir la Hostilidad y los Trastornos de Personalidad.

Tabla 1
Distribución de Frecuencias y Porcentajes de Hostilidad
por Grupo de Pertenencia

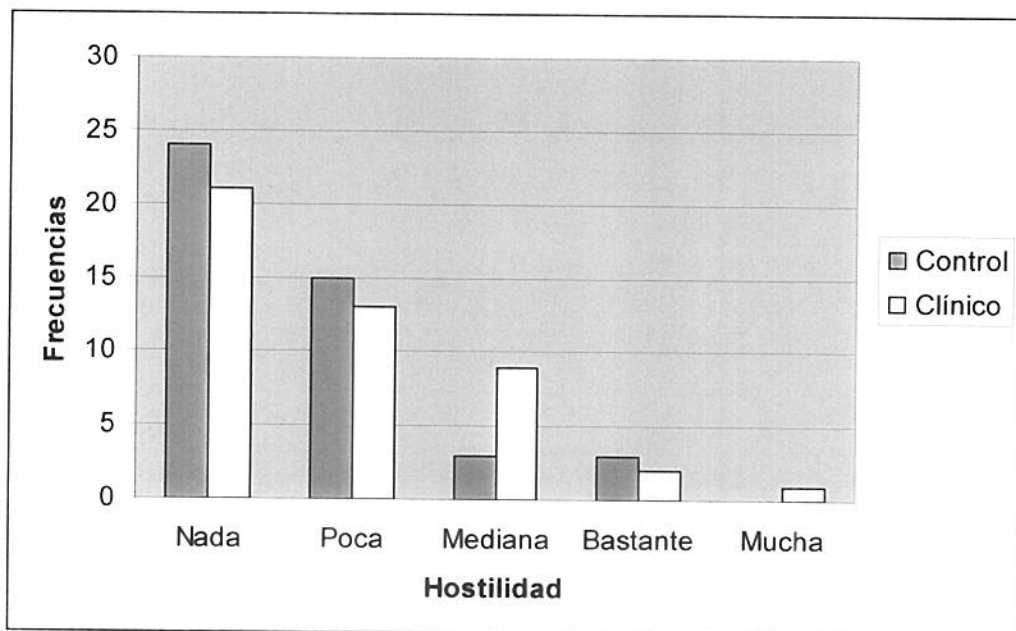
	Grupo			
	Control		Clínico	
	Nº	%	Nº	%
Nada	24	26,4 %	21	23,1 %
Poca	15	16,5 %	13	14,3 %
Mediana	3	3,3 %	9	9,9 %
Bastante	3	3,3 %	2	2,2 %
Mucha	0	0,0 %	1	1,1 %

Con el fin de determinar si existe asociación entre las EC y la Hostilidad se aplicó la prueba de Chi – Cuadrado, obteniéndose un valor de 4,53 ($p = 0,33$).

Los datos de la Tabla 1 indican que tanto en el Grupo Clínico como en el Grupo Control la mayor cantidad de casos se agrupan en Nada y Poca

Hostilidad (39 en el Grupo Control y 34 en el Grupo Clínico). A partir de estos resultados y en base a la prueba de Chi-Cuadrado ($p \leq 0,05$) se podría establecer que la Hostilidad no estaría relacionada de manera significativa con las EC.

Gráfico 1
Distribución de Frecuencias de Hostilidad
por Grupo de Pertenencia



En el Gráfico 1 se observa que la mayoría de casos (34 sujetos) con EC presentan entre Nada y Poca Hostilidad; mientras que hay un solo sujeto con Mucha Hostilidad. No se observan diferencias significativas entre ambos grupos (Chi – Cuadrado = 4,53; $p = 0,33$).

Tabla 2
Presencia de Trastornos de Personalidad
por Grupo de Pertenencia

		Grupo			
		Control		Clínico	
		Nº	%	Nº	%
Esquizoide	Sin Trastorno	41	45,1 %	39	42,9 %
	Con Trastorno	4	4,4 %	7	7,7 %
Fóbica	Sin Trastorno	45	49,5 %	33	36,3 %
	Con Trastorno	0	0,0 %	13	14,3 %
Dependiente	Sin Trastorno	37	40,7 %	24	26,4 %
	Con Trastorno	8	8,8 %	22	24,2 %
Histriónica	Sin Trastorno	40	44,0 %	42	46,2 %
	Con Trastorno	5	5,5 %	4	4,4 %
Narcisista	Sin Trastorno	33	36,3 %	32	35,2 %
	Con Trastorno	12	13,2 %	14	15,4 %
Antisocial	Sin Trastorno	42	46,2 %	39	42,9 %
	Con Trastorno	3	3,3 %	7	7,7 %
Agresivo-Sádica	Sin Trastorno	33	36,3 %	37	40,7 %
	Con Trastorno	12	13,2 %	9	9,9 %
Compulsiva	Sin Trastorno	28	30,8 %	26	28,6 %
	Con Trastorno	17	18,7 %	20	22,0 %
Pasivo-Agresiva	Sin Trastorno	40	44,0 %	31	34,1 %
	Con Trastorno	5	5,5 %	15	16,5 %
Autodestructiva	Sin Trastorno	44	48,4 %	35	38,5 %
	Con Trastorno	1	1,1 %	11	12,1 %

En la Tabla 2 observa que las tres escalas de personalidad que presentan puntajes más elevados en el Grupo Control son: Trastorno Compulsivo, (17 sujetos, 18,7 %), Trastorno Agresivo - Sádico (12 sujetos, 13,2 %) y Trastorno Narcisista (12 sujetos, 13,2 %).

También se pueden observar las cuatro escalas que presentan puntajes más elevados en el Grupo Clínico. Estas escalas corresponden a: Trastorno Dependiente, (22 sujetos, 24,2 %), Trastorno Compulsivo (20 sujetos, 22,0 %), Trastorno Pasivo - Agresivo (15 sujetos, 16,5 %) y Trastorno Narcisista (14 sujetos, 15,4 %). Les siguen la Fóbica (13 sujetos, 14,3%) y la Autodestructiva (11 sujetos, 12,1 %). Todos los porcentajes especificados son sobre el total de la muestra (Grupo Clínico y Grupo Control).

De la comparación entre los dos grupos, el Grupo Clínico presenta trastornos en mayor proporción, de lo que se desprendería que estos trastornos estarían relacionados con la ocurrencia de Enfermedades Cardiovasculares.

Tabla 3
Prueba de Chi - Cuadrado sobre Escalas de Personalidad
en el Grupo Clínico

		Grupo Clínico
Esquizoide	Chi-Cuadrado	0,857
	Sig.	0,354
Fóbica	Chi-Cuadrado	14,837
	Sig.	0,000*
Dependiente	Chi-Cuadrado	9,294
	Sig.	0,002*
Histriónica	Chi-Cuadrado	0,149
	Sig.	0,7
Narcisista	Chi-Cuadrado	0,158
	Sig.	0,691
Antisocial	Chi-Cuadrado	1,7
	Sig.	0,192
Agresivo-Sádica	Chi-Cuadrado	0,646
	Sig.	0,421
Compulsiva	Chi-Cuadrado	0,306
	Sig.	0,58
Pasivo-Agresiva	Chi-Cuadrado	6,131
	Sig.	0,013*
Autodestructiva	Chi-Cuadrado	9,349
	Sig.	0,002*

A partir de la Tabla 3 se puede establecer mediante la prueba de Chi-Cuadrado, que resulta significativa la relación entre los Trastornos

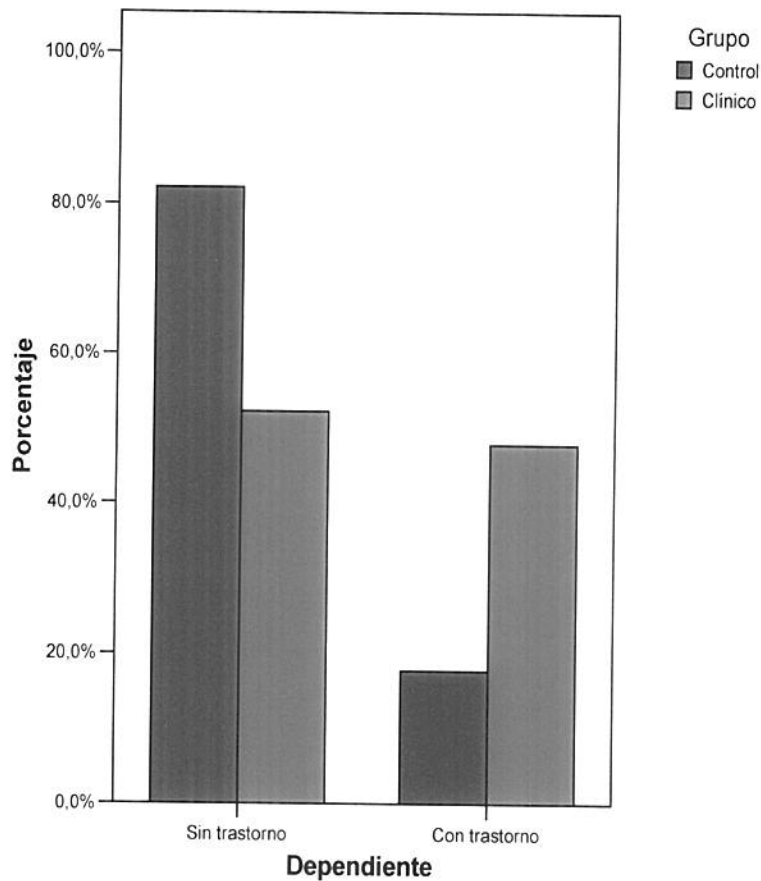
Cardiovasculares y los siguientes Trastornos de Personalidad: Fóbico (0,000), Dependiente; Autodestructivo (0,002) y Pasivo - Agresivo (0,013). Según Millon, se podría ubicar a éstas escalas en base a dos dimensiones: Patrón Interpersonal y Estilo de Afrontamiento Instrumental. De este modo, la Personalidad Fóbica se caracterizaría por un patrón interpersonal retraído y un estilo de afrontamiento activo. La Dependiente daría cuenta de un patrón interpersonal dependiente y un Estilo de Afrontamiento pasivo. Por su parte, la Personalidad Autodestructiva indicaría un patrón interpersonal discordante y un estilo de afrontamiento pasivo. Finalmente, la Personalidad Pasivo - Agresiva se caracterizaría por un patrón interpersonal ambivalente y un estilo de Afrontamiento activo. A su vez y en relación al Modelo Circumplejo de los Trastornos de Personalidad de Millon, las Personalidades Fóbica (inhibida, triste, dubitativa), Dependiente (servicial, crédula, conformista) y Autodestructiva (servil, autodegradada), corresponderían a la Dimensión de Afiliación Dependiente, mientras que la Personalidad Pasivo-Agresiva (errática, explosiva, contraria) correspondería a la Dimensión Emocional Expresiva.

A su vez y en base a los resultados indicados en la Tabla 3, se confirmaría la independencia entre Enfermedades Cardiovasculares y los Trastornos Compulsivo y Narcisista, debido a la presencia de puntajes altos tanto en el Grupo Clínico como en el Grupo Control.

mantener la distancia interpersonal consiguiente. Están constantemente molestos por pensamientos internos irrelevantes que alteran la continuidad del pensamiento. Manifiestan tensión, tristeza y enfado. Se sienten solos y rechazados por los otros.

Gráfico 3

Distribución de Porcentajes de la Presencia de Trastorno Dependiente según Grupo de Pertenencia

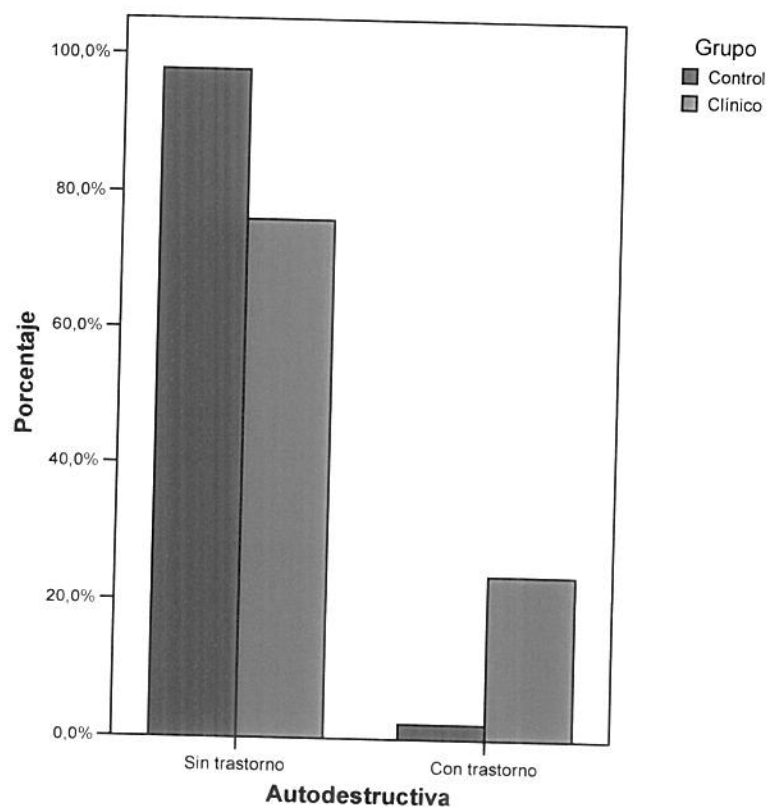


En relación al Trastorno Dependiente (Sumisa) la orientación, según Millon, es pasivo - dependiente. Estos sujetos esperan que los demás los protejan, apoyándose en los otros y sometidos a sus deseos. Carecen de iniciativa y autonomía. Se amoldan al otro, son conciliadores, ingenuos, no

competitivos, cálidos, faltos de suspicacia, apaciguadores y auto sacrificados. Se consideran frágiles, inadecuados, débiles y carecen de autoconfianza. Poseen impulsos de apariencia infantil y una capacidad mínima para manipular y resolver estresores.

Gráfico 4

Distribución de Porcentajes de la Presencia de Trastorno Autodestructivo según Grupo de Pertenencia

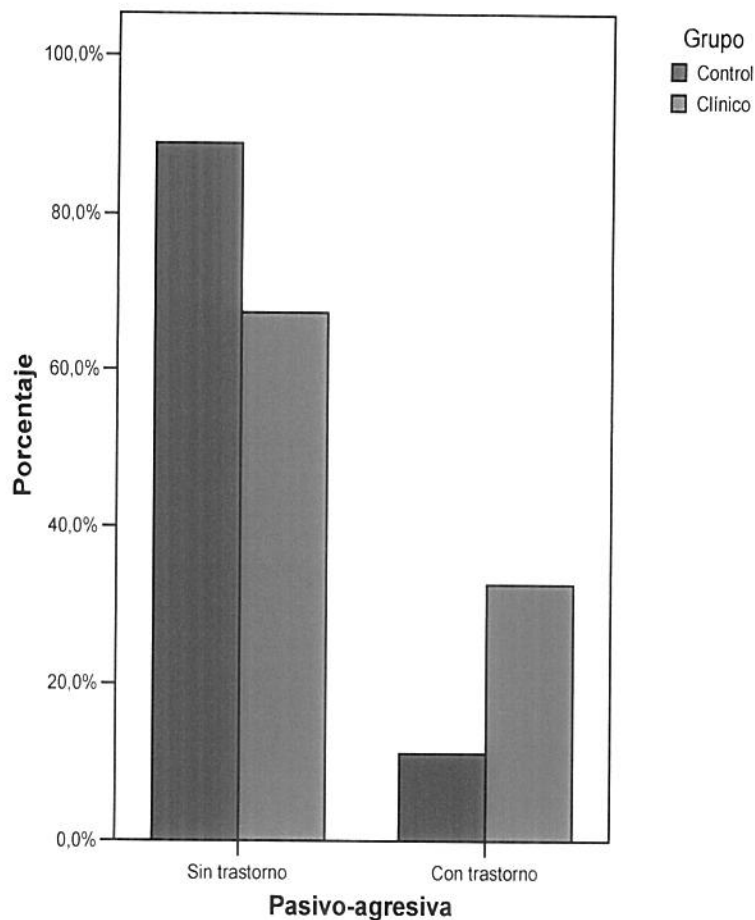


En cuanto a los sujetos con Trastorno Autodestructivo (Masoquista) se presentan a si mismos como intransigentes, reprimiendo señales de placer o atracción. Actúan de manera poco resuelta e indolente, prefiriéndose situarse en una posición despreciable. Es servil, anima al otro

a explotarlo, incitando críticas injustas. Piensa y expresa actitudes contrarias a los pensamientos internos; experimenta conflictos respecto a si mismo y a los otros (rabia y culpa). Recuerda injusticias pasadas y prevé futuras desilusiones, malinterpreta prefiriendo aumentar el sufrimiento.

Gráfico 5

Distribución de Porcentajes de la Presencia de Trastorno Pasivo - Agresivo según Grupo de Pertenencia



Respecto a la orientación del Trastorno Pasivo-Agresivo es activa-ambivalente. Estos individuos tienen dificultades para resolver conflictos que se manifiesta en la pugna entre seguir los refuerzos ofrecidos por los demás

o los deseados por sí mismo. Vacilan entre la obediencia y la deferencia; el desafío y el negativismo. Asumen roles conflictivos y cambiantes. Son explosivos, intolerantes y tercos e impacientes, aunque transitan períodos de culpabilidad y vergüenza. Desplazan la causante de su enfado hacia entornos o personas de menor importancia expresando el resentimiento por medios pasivos o sustitutorios. Se consideran incomprendidos, despreciados y rebajados por los demás. Revelan placer en desmoralizar y minar las satisfacciones y aspiraciones de los demás.

En los Gráficos 2, 3, 4 y 5, se pueden observar diferencias leves entre ellos que a los fines del análisis podrían separarse en dos grupos: En uno de ellos podrían ubicarse las escalas Fóbica (Gráfico 2) y Dependiente (Gráfico 3) en las cuales puede observarse una mayor proporción de sujetos con Trastorno de Personalidad respecto a los que no poseen Trastorno. Siendo que el total de los sujetos del Grupo Control no posee trastorno de Personalidad Fóbico, todos los sujetos con este Trastorno se encuentran dentro del Grupo Clínico; mientras que entre los sujetos con trastorno Dependiente es muy notoria la cantidad en el Grupo Clínico respecto del Grupo Control. En el segundo grupo estarían ubicados los Gráficos 4 y 5. En los mismos se observa una mayor diferencia entre los que poseen trastornos y los que no, siendo que la mayoría de los sujetos no posee Trastorno de Personalidad. Respecto a los sujetos que tienen Trastorno Autodestructivo los mismos se relacionan en mayor medida con las cardiopatías. Lo mismo podría plantearse en lo referido a los sujetos que poseen Trastorno Pasivo-Agresivo.

Tabla 4
Distribución de Porcentajes de Hostilidad y Trastornos de Personalidad según Grupos de Pertenencia

Escalas MCMI-II	Niveles de Hostilidad											
	Nada		Poca		Mediana		Bastante		Mucha		Control	
	Clínico	Control	Clínico	Control	Clínico	Control	Clínico	Control	Clínico	Control	Clínico	Control
Esquizoide	Sin Trastorno	34,8 %	46,7 %	26,1 %	31,1 %	19,6 %	6,7 %	4,3 %	6,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	Con Trastorno	10,9 %	6,7 %	2,2 %	2,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,2 %	0,0 %
Fóbica	Sin Trastorno	34,8 %	53,3 %	21,7 %	33,3 %	8,7 %	6,7 %	4,3 %	6,7 %	2,2 %	2,2 %	0,0 %
	Con Trastorno	10,9 %	0,0 %	6,5 %	0,0 %	10,9 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Dependiente	Sin Trastorno	23,9 %	42,2 %	15,2 %	26,7 %	8,7 %	6,7 %	4,3 %	6,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	Con Trastorno	21,7 %	11,1 %	13,0 %	6,7 %	10,9 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,2 %	0,0 %
Histriónica	Sin Trastorno	43,5 %	51,1 %	23,9 %	24,4 %	17,4 %	6,7 %	4,3 %	6,7 %	2,2 %	2,2 %	0,0 %
	Con Trastorno	2,2 %	2,2 %	4,3 %	8,9 %	2,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Narcisista	Sin Trastorno	34,8 %	44,4 %	19,6 %	24,4 %	15,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	4,4 %	0,0 %	0,0 %
	Con Trastorno	10,9 %	8,9 %	8,7 %	8,9 %	4,3 %	6,7 %	4,3 %	2,2 %	2,2 %	0,0 %	0,0 %
Antisocial	Sin Trastorno	43,5 %	53,3 %	23,9 %	28,9 %	15,2 %	6,7 %	0,0 %	6,7 %	4,4 %	2,2 %	0,0 %
	Con Trastorno	2,2 %	0,0 %	4,3 %	4,4 %	4,3 %	0,0 %	4,3 %	2,2 %	2,2 %	0,0 %	0,0 %
Agresivo-Sádica	Sin Trastorno	41,3 %	44,4 %	19,6 %	20,0 %	15,2 %	4,4 %	2,2 %	4,4 %	4,4 %	2,2 %	0,0 %
	Con Trastorno	4,3 %	8,9 %	8,7 %	13,3 %	4,3 %	2,2 %	2,2 %	2,2 %	2,2 %	0,0 %	0,0 %
Compulsiva	Sin Trastorno	21,7 %	31,1 %	19,6 %	20,0 %	8,7 %	4,4 %	4,3 %	4,4 %	6,7 %	2,2 %	0,0 %
	Con Trastorno	23,9 %	22,2 %	8,7 %	13,3 %	10,9 %	2,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Pasivo-Agresiva	Sin Trastorno	39,1 %	51,1 %	15,2 %	31,1 %	8,7 %	2,2 %	2,2 %	2,2 %	4,4 %	2,2 %	0,0 %
	Con Trastorno	6,5 %	2,2 %	13,0 %	2,2 %	10,9 %	4,4 %	2,2 %	2,2 %	2,2 %	0,0 %	0,0 %
Autodestructiva	Sin Trastorno	41,3 %	53,3 %	19,6 %	31,1 %	8,7 %	6,7 %	4,3 %	6,7 %	2,2 %	2,2 %	0,0 %
	Con Trastorno	4,3 %	0,0 %	8,7 %	2,2 %	10,9 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

Tabla 5
 Prueba de Chi - Cuadrado sobre Escalas de Personalidad
 en Relación con Hostilidad en el Grupo Control

		Grupo Control
Esquizoide	Chi-Cuadrado	1,063
	Sig.	0,786
Fóbica	Chi-Cuadrado	-
	Sig.	-
Dependiente	Chi-Cuadrado	1,501
	Sig.	0,682
Histriónica	Chi-Cuadrado	5,597
	Sig.	0,133
Narcisista	Chi-Cuadrado	9,545
	Sig.	0,023*
Antisocial	Chi-Cuadrado	6,429
	Sig.	0,093
Agresivo-Sádica	Chi-Cuadrado	2,727
	Sig.	0,436
Compulsiva	Chi-Cuadrado	2,033
	Sig.	0,566
Pasivo-Agresiva	Chi-Cuadrado	12,347
	Sig.	0,006**
Autodestructiva	Chi-Cuadrado	2,045
	Sig.	0,563

(*) $p \leq 0,05$

(**) $p \leq 0,01$

En base a la Tabla 5, en la que se relaciona Trastornos de Personalidad con Hostilidad, se podría establecer mediante Chi - Cuadrado, que las personas que poseen Trastornos de Personalidad: Pasivo - Agresivo (0,006) y Narcisista (0,023) poseen un grado significativo de Hostilidad (entre mediana y bastante).

Según Millon, el Trastorno de Personalidad Narcisista tiene una orientación pasivo - independiente. Estos pacientes se caracterizan por centrarse en sí mismos; si bien sobrestiman su propio valor, esta superioridad podría no estar confirmada por aspiraciones verdaderas. Mantienen una autoconfianza arrogante y explotan a los demás para obtener lo que precisan. Carecen de empatía y esperan favores sin asumir las responsabilidades respecto a la otra persona. Canalizan las necesidades con un mínimo de control y crean un mundo interno en el que se descartan los conflictos.

El Trastorno Pasivo - Agresivo fue descrito anteriormente en el análisis de la relación entre Trastorno de Personalidad y Enfermedades Cardiovasculares

Tabla 6

Prueba de Chi - Cuadrado sobre Escalas de Personalidad
en Relación con Hostilidad en el Grupo Clínico

		Grupo Clínico
Esquizoide	Chi-Cuadrado	9,318
	Sig.	0,054
Fóbica	Chi-Cuadrado	4,867
	Sig.	0,301
Dependiente	Chi-Cuadrado	3,155
	Sig.	0,532
Histriónica	Chi-Cuadrado	1,494
	Sig.	0,828
Narcisista	Chi-Cuadrado	7,58
	Sig.	0,108
Antisocial	Chi-Cuadrado	13,444
	Sig.	0,009**
Agresivo-Sádica	Chi-Cuadrado	3,843
	Sig.	0,428
Compulsiva	Chi-Cuadrado	4,374
	Sig.	0,358
Pasivo-Agresiva	Chi-Cuadrado	7,209
	Sig.	0,125
Autodestructiva	Chi-Cuadrado	8,621
	Sig.	0,071

(**) $p \leq 0,01$

En base a la Tabla 6 correspondiente al Grupo Clínico, se podría establecer mediante la prueba de Chi - Cuadrado, que habría una relación significativa entre el Trastorno de Personalidad Antisocial (0,009) y la Hostilidad en sujetos con Enfermedades Cardiovasculares. Es decir que aquellas personalidades antisociales presentarán una probabilidad más alta de padecer Enfermedades Cardiovasculares.

Según Millon, la orientación del Trastorno Antisocial es activa - independiente. Estos individuos manipulan el medio a través de comportamientos ilegales a fin de contrarrestar las expectativas de dolor y depreciación de los otros. Sienten haber sido maltratados en el pasado, de allí que manifiesten un deseo de autonomía, venganza y recompensa. Son irresponsables e impulsivos y mediante la insensibilidad y la crueldad evitan abusos y engaños. Poseen bajos umbrales para la descarga hostil y pocos canales sublimatorios.

CONCLUSIONES

En base a los resultados, se podría establecer que la Hostilidad no estaría relacionada de manera significativa con la ocurrencia de Enfermedades Cardiovasculares, debido a que no se han encontrado diferencias entre el Grupo Clínico y Grupo Control.

La Hostilidad fue explorada mediante el cuestionario SCL-90 (Derogatis, 1977). Se considera que este instrumento no contempla todos los aspectos involucrados en la medición de esta variable, por lo que cabría cuestionar la confiabilidad del mismo para evaluar la complejidad del constructo. Por este motivo, si bien los resultados estarían apoyando las críticas realizadas en diferentes investigaciones acerca del PCTA como patrón característico de las cardiopatías (citado en Crespo & Benages et. al., 1996 - 1997) y estaría en sintonía con los estudios que afirman que las cardiopatías se relacionan al Patrón de Personalidad Tipo D (Lesperance & Frasura - Smith, 1996, citado por Sánchez & Urquijo, 2003); cabría plantearse la posibilidad de que se obtengan resultados diferentes mediante la utilización de otros instrumentos.

Respecto a la relación entre EC y Trastornos de Personalidad, los datos indican una relación significativa con los Trastornos de Personalidad Fóbico; Dependiente; Autodestructivo y Pasivo Agresivo.

Según estudios mencionados “no es posible definir un único patrón de personalidad propenso a sufrir trastornos cardiovasculares, si bien existirían, en primera instancia, ciertos estilos más ligados con tal circunstancia” (Sánchez & Urquijo, 2003). Los Trastornos de Personalidad Fóbico, Dependiente y Autodestructivo parecerían relacionarse con características

de la Personalidad Tipo D: afectividad negativa (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) y por la inhibición social (tendencia a mantenerse distanciado de los demás, inhibir a menudo la expresión de los sentimientos y bajos niveles de soporte social percibido).

Los sujetos con Trastorno Fóbico se caracterizan por la desconfianza, el malestar social, buscan la aceptación, pero mantienen la intimidad y la distancia para evitar el menosprecio y la humillación prevista (inhibición social). Manifiestan un confuso y constante modo de tensión, tristeza y enfado. Vacilan entre el deseo de afecto y el miedo al rechazo. Se ven a sí mismos como aisladas socialmente y rechazadas por los otros (afectividad negativa).

Los sujetos con Trastorno Dependiente se caracterizan por considerarse débiles, frágiles e inadecuados. Carecen de autoconfianza menospreciando las propias actitudes y también su competencia, lo que daría cuenta de bajo nivel de bienestar percibido (afectividad negativa). Evitan la tensión social y los conflictos interpersonales (inhibición de la expresión de los sentimientos).

Los sujetos con Trastorno Autodestructivo tienden a ubicarse en una posición despreciable. Prefieren mantener el dolor y el sufrimiento. Atienden a las peores características de sí mismo, afirmando que merecen ser humillados; sienten que han fracasado ante las expectativas de los demás y que, por tanto merecen sufrir consecuencias dolorosas (afectividad

negativa). Piensan y expresan de forma reiterada actitudes contrarias a los sentimientos internos (inhibición social).

Asimismo, existe una relación entre la personalidad Tipo D y el Grupo C descrito en el DSM-IV (1995), el cual se compone de los Trastornos por Evitación, por Dependencia y el Obsesivo Compulsivo. Los sujetos con Trastorno por Evitación son hipersensibles al rechazo y a la humillación, poseen baja autoestima y retraimiento social no deseado. Los sujetos con Trastorno por Dependencia se caracterizan por la falta de confianza en sí mismos, la pasividad y dependencia de los demás. Finalmente, los sujetos con Trastorno Obsesivo Compulsivo son perfeccionistas, rígidos, indecisos, se dedican excesivamente al trabajo y tienen dificultad para expresar emociones. Los factores comunes a estos Trastornos de Personalidad son: la dependencia, la introversión, la mala socialización y la inestabilidad emocional

Con respecto a la relación entre los Trastornos de Personalidad y la Hostilidad, se podría establecer que las personas que poseen Trastornos de Personalidad Pasivo – Agresivo y Narcisista (en Grupo Control) y Antisocial (en Grupo Clínico), poseen un grado elevado de Hostilidad.

Respecto al Trastorno Narcisista, Millon (1999) plantea que estos sujetos regulan sus impulsos solo de manera marginal, canalizando las necesidades con un mínimo de control y creando un mundo interno en el que se descartan los conflictos y se reafirma el amor propio. Los sujetos con Trastorno de Personalidad Pasivo – Agresivo son negativistas, contrarios, irritables, obstinados, a menudo están molestos e impacientes comentando

que los demás fácilmente le frustran. Reconocen estar desilusionados ante la vida. Se consideran incomprendidos y despreciados por los demás. Millon considera que las maniobras defensivas se dirigen hacia objetivos contrarios o incompatibles, dejando los conflictos principales sin resolver y haciendo imposible la cohesión psíquica en virtud de que la satisfacción de una necesidad anula o invierte la otra. Esta dificultad en la organización de las defensas puede observarse a su vez en el Trastorno Antisocial, caracterizado según Millon por la escasez de operaciones defensivas, sistema de controles moduladores que fácilmente se sobrecargan, bajos umbrales para la descarga hostil, una autoexpresión desbocada e intolerancia a la frustración.

En los Trastornos antes enumerados se evidencia una actitud negativa hacia los demás, fundamentada en la creencia "tu ganancia es mi pérdida". Dicha creencia, según Breva et. al. (2000) constituye una actitud propia de los sujetos hostiles. El Narcisista se burla de las reglas sociales y de los derechos de los demás, carece de empatía y es desconsiderado. Actúa seguro de sí y tiene un elevado valor de sí mismo. El Antisocial es imprudente, no presta atención a las consecuencias de sus actos, es deshonesto y viola códigos sociales. Es personalista e insensible, no tiene sentimiento de culpa y se siente estorbado por los otros. El Pasivo – Agresivo se resiste a cumplir las expectativas de los demás. Descarga enfado (directa o indirectamente), desmoralizando a los otros y desconfiando de ellos. Se considera incomprendido y actúa de manera negativista y disconforme.

Respecto de la ocurrencia de EC en sujetos con Trastorno Antisocial, podría decirse que la intervención de la Hostilidad, que no se asocia a las EC, cambiaría la relación entre dichas variables.

Finalmente, si bien los resultados de este estudio son concordantes con las investigaciones sobre Personalidad Tipo D, debería tenerse en cuenta que este trabajo es de tipo exploratorio, que la muestra es reducida y que por lo tanto, los resultados no deben generalizarse, sino ser sometidos a posteriores revisiones, constituyendo inicios para futuras líneas de investigación.

ANEXO

Escala de Hostilidad del Cuestionario SCL-90

Instrucciones: A continuación le voy a leer una lista de problemas que las personas a veces tenemos. Por favor, escuche cuidadosamente cada uno de ellos e indique la respuesta que mejor responda EN QUE MEDIDA CADA UNO DE ESTOS PROBLEMAS LE HA PREOCUPADO O MOLESTADO ÚLTIMAMENTE.

Me he preocupado o molestado por:	Nada	Un poco	Considerablemente	Mucho	Muchísimo
Enojarme o irritarme con facilidad					
Tener arranques de mal humor que no puedo controlar					
Tener impulsos de agredir, dañar o perjudicar a alguien					
Tener impulsos de romper o golpear cosas					
Meterme continuamente en discusiones					
Gritar o enfadarme con frecuencia					

INVENTARIO CLINICO MULTIAXIAL DE MILLON (II)

MCMI-II
TH. MILLON

INSTRUCCIONES

1. Anote todas sus contestaciones en la Hoja de respuestas que se le ha facilitado. **NO ESCRIBA NADA EN ESTE CUADERNILLO.**
2. Para contestar en la Hoja de respuestas utilice un LAPIZ blando que escriba en color NEGRO y disponga de una goma de borrar para hacer las correcciones, cuando sea necesario.
3. Las páginas siguientes contienen una serie de frases usuales o expresiones que las personas suelen utilizar para describirse a sí mismas. Sirven para ayudarle a describir sus sentimientos y actitudes. **SEA LO MÁS SINCERO POSIBLE.**
4. No se preocupe si algunas cuestiones le parecen extrañas; están incluidas para describir los diferentes problemas que puede tener la gente.
5. A continuación tiene dos ejemplos para que vea la forma de contestar en la Hoja de respuestas. **SI ESTA DE ACUERDO** con una frase o piensa que describe su forma de ser **RELLENE COMPLETAMENTE EL ESPACIO** correspondiente a la letra "V" (Verdadero). Si por el contrario la frase no

refleja ni caracteriza su forma de ser, RELLENE COMPLETAMENTE EL ESPACIO de letra "F" (Falso). Así :

1. "Soy un ser humano"

Como esta frase es verdadera para UD.

se ha rellenado completamente el espacio de la letra V (Verdadero).

2. "Mido mas de tres metros"

Esta frase es falsa para UD. Por lo que se ha

rellenado completamente el espacio de la letra F (Falso).

6. Procure responder a todas las frases aunque no esté totalmente seguro. Es mejor contestar a todas pero si no es capaz de decidirse, debe rellenar el espacio de la letra F (Falso)

7. Si se equivoca o quiere cambiar alguna respuesta, borre primero la respuesta equivocada y luego rellene el otro espacio.

8. No hay límite para contestar todas las frases, pero es mejor hacerlo con rapidez.

NO ABRA ESTE CUADERNILO HASTA QUE SE LO INDIQUEN

<p>1. Actúo siempre según mis propias ideas en vez de hacer lo que otros esperan que haga.</p> <p>2. He encontrado siempre más cómodo hacer las cosas solo, que hacerlas con otros.</p> <p>3. Hablar con la gente ha sido casi siempre difícil y desagradable para mí.</p> <p>4. Creo que tengo que ser enérgico y decidido en todo lo que hago.</p> <p>5. Desde hace algunas semanas me pongo a llorar incluso cuando la menor cosa me sale mal.</p> <p>6. Algunas personas piensan que soy vanidoso y egocéntrico.</p> <p>7. Cuando era adolescente tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en clase.</p> <p>8. Tengo siempre la impresión de no ser aceptado en un grupo.</p> <p>9. Frecuentemente critico a la gente que me molesta.</p> <p>10. Me encuentro a gusto siguiendo a los demás.</p> <p>11. Me gusta hacer tantas cosas diferentes que no se por donde empezar.</p> <p>12. Algunas veces puedo ser bastante duro o mezquino con la familia.</p> <p>13. Tengo poco interés en hacer amigos.</p> <p>14. Me considero una persona sociable y extrovertida.</p> <p>15. Sé que soy una persona superior a los demás y por eso no me preocupa lo que piensan.</p>	<p>16. La gente nunca ha apreciado suficientemente las cosas que he hecho.</p> <p>17. Tengo problemas con la bebida que he intentado solucionar sin éxito.</p> <p>18. Últimamente siento un nudo en el estómago y me invade un sudor frío.</p> <p>19. Siempre he querido permanecer en segundo plano en las actividades sociales.</p> <p>20. A menudo hago cosas sin ninguna razón, sólo porque pueden ser divertidas.</p> <p>21. Me molesta mucho la gente que no es capaz de hacer las cosas bien.</p> <p>22. Si mi familia me obliga o me presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.</p> <p>23. Muchas veces pienso que me deberían castigar por las cosas que he hecho.</p> <p>24. La gente se ríe de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.</p> <p>25. Los demás parecen más seguros que yo sobre lo que son y lo que quieren.</p> <p>26. Soy propenso a tener explosiones de llanto o cólera sin tener motivo.</p> <p>27. Desde hace uno o dos años he comenzado a sentirme solo y vacío.</p> <p>28. Tengo habilidad para "dramatizar" las cosas.</p> <p>29. Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.</p> <p>30. Disfruto en situaciones de intensa competitividad.</p>
--	--

<p>31. Cuando entro en crisis busco enseguida alguien que e ayude.</p> <p>32. Me protejo de los problemas no dejando que la gente sepa mucho de mí.</p> <p>33. Casi siempre me siento débil y cansado.</p> <p>34. Otras personas se enfadan mucho más que yo por las cosas molestas.</p> <p>35. A menudo, mi adicción a las drogas me ha causado en el pasado bastantes problemas.</p> <p>36. Últimamente me encuentro llorando sin ningún motivo.</p> <p>37. Creo que soy una persona especial, que necesita que los demás me presten una especial atención.</p> <p>38. Nunca me dejo engañar por gente que dice necesitar ayuda.</p> <p>39. Una buena forma de conseguir un mundo en paz es fomentar los valores morales de la gente.</p> <p>40. En el pasado he mantenido relaciones sexuales con muchas personas que no significaban nada especial para mí.</p> <p>41. Me resulta difícil simpatizar con la gente que se siente siempre insegura con todo.</p> <p>42. Soy una persona muy agradable y dócil.</p> <p>43. La principal causa de mis problemas ha sido mi "mal carácter".</p> <p>44. No tengo inconveniente en forzar a los demás a hacer lo que yo quiero.</p> <p>45. En los últimos años, incluso las cosas sin importancia parecen deprimirme.</p>	<p>46. Mi deseo de hacer las cosas lo más perfectas posible muchas veces endentece mi trabajo.</p> <p>47. Soy tan callado y retraído que la mayoría de la gente no sabe ni que existo.</p> <p>48. Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.</p> <p>49. Soy una persona tranquila y temerosa.</p> <p>50. Soy muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.</p> <p>51. Me pongo muy nervioso cuando pienso en los acontecimientos del día.</p> <p>52. Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo.</p> <p>53. Últimamente me siento sin fuerzas, incluso por la mañana.</p> <p>54. Hace algunos años que he comenzado a sentirme un fracasado.</p> <p>55. No soporto a las personas "sabihondas" que lo saben todo y piensan que pueden hacer cualquier cosa mejor que yo.</p> <p>56. He tenido siempre miedo a perder el afecto de las personas que más necesito.</p> <p>57. Parece que me aparto de mis objetivos, dejando que otros me adelanten.</p> <p>58. Últimamente he comenzado a sentir deseos de tirar y romper cosas.</p> <p>59. Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.</p> <p>60. Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.</p>
--	---

<p>61. Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.</p> <p>62. El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.</p> <p>63. Le gusto a muy poca gente.</p> <p>64. Si alguien me criticase por cometer un error, rápidamente le reprocharía sus propios errores.</p> <p>65. Algunas personas dicen que disfruto sufriendo.</p> <p>66. Muchas veces expreso mi rabia y mal humor, y luego me siento terriblemente culpable por ello.</p> <p>67. Últimamente me siento nerviosos y bajo una terrible tensión sin saber por qué.</p> <p>68. Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.</p> <p>69. Creo que hay personas que utilizan la telepatía para influir en mi vida.</p> <p>70. Tomar las llamadas drogas "ilegales" puede ser indeseable o nocivo, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.</p> <p>71. Me siento continuamente muy cansado.</p> <p>72. No puedo dormirme, y me levanto tan cansado como al acostarme.</p> <p>73. He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.</p> <p>74. Nunca perdono un insulto ni olvido una situación molesta que alguien me haya provocado.</p>	<p>75. Debemos respetar a nuestros mayores y no creer que sabemos más que ellos.</p> <p>76. Me siento muy triste y deprimido la mayor parte del tiempo.</p> <p>77. Soy la típica persona de la que los otros se aprovechan.</p> <p>78. Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso si ellos no me gustan.</p> <p>79. Durante muchos años he pensado seriamente en suicidarme.</p> <p>80. Me doy cuenta enseguida cuando la gente intenta crearme problemas.</p> <p>81. Siempre he tenido menos interés en el sexo que la mayoría de la gente.</p> <p>82. No comprendo por qué, pero parece que disfruto haciendo sufrir a los que quiero.</p> <p>83. Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.</p> <p>84. Estoy dispuesto a luchar hasta el final antes de que nadie obstruya mis intereses y objetivos.</p> <p>85. Desde niño siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.</p> <p>86. Cuando las cosas son aburridas me gusta provocar algo interesante.</p> <p>87. Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mi y a mi familia.</p> <p>88. Si alguien necesita hacer algo que requiera mucha paciencia, debería contar conmigo.</p> <p>89. Probablemente tengo las ideas más creativas entre la gente que conozco.</p>
---	--

<p>90. No he visto ningún coche en los últimos diez años.</p> <p>91. No veo nada incorrecto en utilizar a la gente para conseguir lo que quiero.</p> <p>92. El que me castiguen nunca me ha frenado de hacer lo que he querido.</p> <p>93. Muchas veces me siento muy alegre y animado, sin ningún motivo.</p> <p>94. Siendo adolescente, me fugué de casa por lo menos una vez.</p> <p>95. Muy a menudo digo cosas sin pensarlas y luego me arrepiento de haberlas dicho.</p> <p>96. En las últimas semanas me he sentido exhausto, agotado, sin un motivo especial.</p> <p>97. Últimamente me he sentido muy culpable porque, ya no soy capaz de hacer nada bien.</p> <p>98. Algunas ideas me dan vueltas en a cabeza una y otra vez, y no consigo olvidarlas.</p> <p>99. En los dos últimos años me he vuelto muy desanimado y triste sobre la vida.</p> <p>100. Mucha gente ha estado espiando mi vida privada durante años.</p> <p>101. No sé por qué, pero a veces digo cosas crueles para hacer sufrir a los demás.</p> <p>102. Odio o tengo miedo de la mayor parte de la gente.</p> <p>103. Expreso mi opinión sobre las cosas sin que me importe lo que los otros puedan pensar.</p> <p>104. Cuando alguien con autoridad insiste en que haga algo, es probable que lo eluda o bien que lo haga intencionalmente mal.</p>	<p>105. En el pasado el hábito de abusar de las drogas me ha hecho no acudir al trabajo.</p> <p>106. Estoy siempre dispuesto a ceder ante los otros para evitar disputas.</p> <p>107. Con frecuencia estoy irritable y de mal humor.</p> <p>108. Últimamente ya no tengo fuerzas para luchar ni para defenderme.</p> <p>109. Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.</p> <p>110. Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me suceden.</p> <p>111. Utilizo mi atractivo para conseguir la atención de los demás.</p> <p>112. Cuando estoy solo, a menudo noto la fuerte presencia de alguien cercano que no puede ser visto.</p> <p>113. Me siento desorientado, sin objetivos, y no sé hacia dónde voy en la vida.</p> <p>114. Últimamente he sudado mucho y me he sentido muy tenso.</p> <p>115. A veces siento como si necesitase hacer algo para hacerme daño a mi mismo o a otros.</p> <p>116. La ley me ha castigado injustamente por delitos que nunca he cometido.</p> <p>117. Me he vuelto muy sobresaltado y nervioso en las últimas semanas.</p> <p>118. Sigo teniendo extraños pensamientos de los que desearía poder librarme.</p> <p>119. Tengo muchas dificultades para controlar el impulso de beber en exceso.</p>
---	--

<p>120. Mucha gente piensa que no sirvo para nada.</p> <p>121. Puedo llegar a estar muy excitado sexualmente cuando discuto o peleo con alguien a quien amo.</p> <p>122. Durante años he conseguido mantener en el mínimo mi consumo de alcohol.</p> <p>123. Siempre pongo a prueba a la gente para saber hasta donde son de confianza.</p> <p>124. Incluso cuando estoy despierto parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.</p> <p>125. Me resulta fácil hacer muchos amigos.</p> <p>126. Me aseguro siempre de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.</p> <p>127. Con mucha frecuencia oigo cosas con tanta claridad que me molesta.</p> <p>128. Mis estados de ánimo parecen cambiar de un día para otro.</p> <p>129. No culpo de quien se aprovecha de alguien que se lo permite.</p> <p>130. He cambiado de trabajo por lo menos más de tres veces en los últimos dos años.</p> <p>131. Tengo muchas ideas muy avanzadas para los tiempos actuales.</p> <p>132. Me siento muy triste y melancólico últimamente y parece que no puedo superarlo.</p> <p>133. Creo que siempre es mejor buscar ayuda para lo que hago.</p> <p>134. Muchas veces me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.</p>	<p>135. Realmente me molesta la gente que espera que haga lo que yo no quiero hacer.</p> <p>136. En estos últimos años me he sentido tan culpable que puedo hacer algo terrible contra mí.</p> <p>137. Cuando estoy en una fiesta o reunión nunca me quedo al margen.</p> <p>138. La gente me dice que soy una persona muy íntegra y moral.</p> <p>139. Algunas veces me siento confuso y preocupado cuando la gente es amable conmigo.</p> <p>140. El problema de usar drogas "ilegales" me ha causado discusiones con mi familia.</p> <p>141. Me siento muy incómodo con personas del otro sexo.</p> <p>142. Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.</p> <p>143. No me importa que la gente no se interese por mí.</p> <p>144. Francamente, miento con mucha frecuencia para salir de dificultades o problemas.</p> <p>145. La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.</p> <p>146. Algunos han tratado de dominarme, pero he tenido fuerza de voluntad para superarlo.</p> <p>147. Mis padres me decían con frecuencia que no era bueno.</p> <p>148. A menudo la gente se irrita conmigo cuando les doy órdenes.</p>
---	---

<p>149. Tengo mucho respeto por los que tienen autoridad sobre mí.</p> <p>150. No tengo casi ningún lazo íntimo con los demás.</p> <p>151. En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y que me apasionaba por demasiadas cosas.</p> <p>152. En el último año he cruzado el Atlántico más de treinta veces.</p> <p>153. Estoy de acuerdo con el refrán: "Al que madruga Dios lo ayuda".</p> <p>154. Me merezco el sufrimiento que he padecido a lo largo de mi vida.</p> <p>155. Mis sentimientos hacia las personas importantes en mi vida, muchas veces han oscilado entre amarlas y odiarlas.</p> <p>156. Mis padres nunca se ponían de acuerdo entre ellos.</p> <p>157. En alguna ocasión he bebido diez copas o más sin llegar a emborracharme.</p> <p>158. Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y controlado.</p> <p>159. Tengo en alta estima las normas y reglas porque son una buena guía a seguir.</p> <p>160. Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.</p> <p>161. Rara vez me emociono mucho con algo.</p> <p>162. Habitualmente he sido un andariego inquieto, vagando de un sitio a otro sin tener idea de dónde terminaría.</p> <p>163. No soporto a las personas que llegan tarde a las citas.</p>	<p>164. Gente sin escrúpulos intenta con frecuencia aprovecharse de lo que yo he realizado o ideado.</p> <p>165. Me irrita mucho que alguien me pida que haga las cosas a su modo en vez de al mío.</p> <p>166. Tengo habilidad para tener éxito en casi todo lo que hago.</p> <p>167. Últimamente me siento completamente destrozado.</p> <p>168. A la gente que quiero parece que la animo a que me hiera.</p> <p>169. Nunca he tenido pelo, ni en mi cabeza ni en mi cuerpo.</p> <p>170. Cuando estoy con otras personas me gusta ser el centro de atención.</p> <p>171. Personas que en un principio he admirado grandemente, más tarde me han defraudado al conocer la realidad.</p> <p>172. Soy el tipo de persona que puede abordar a cualquiera y echarle una bronca.</p> <p>173. Prefiero estar con gente que me protegerá.</p> <p>174. He tenido muchos períodos en mi vida que he estado tan animado y he derrochado tanta energía que luego me he sentido muy bajo de ánimo.</p> <p>175. En el pasado he tenido dificultades para abandonar el abuso de drogas y de alcohol.</p> <p style="text-align: center;">FIN DE LA PRUEBA. COMPRUEBE; POR FAVOR; QUE NO HA DEJADO NINGUNA FRASE SIN CONTESTAR.</p>
--	---

BIBLIOGRAFIA

Barbero García, I.; Macià Antón, A. y Pérez Llantada Rueda, M. C. n/d (s/f). Análisis del contenido del constructo madurez. Facultad de Psicología. Universidad de la Laguna. *Revista Iberpsicología*. Vol.2.

Baró Aylón, J. (1998) Análisis de situaciones psicológicas desencadenantes en pacientes afectos de infarto de miocardio. *Servei de Publicacions*. Universidad de Lleida, 3 - 4.

Benages, S. y Crespo, E. (1996 – 1997). El apoyo social como modulador del riesgo coronario. Jornadas de fomento de la investigación. Universitat Jaume.

Breva, A.; Cholí, E. G.; Fernández-Abascal, E. G.; Martínez, F. y Palmero, F. (Septiembre 1996) El constructo Patrón de Conducta Tipo A. ¿Existe algo aprovechable?. Primer Congreso de las SEAS. Benidorm (Alicante).

Breva, A.; Espinosa, M. y Palmero, F. (2000) Ira y reactividad cardiaca. Adaptación a una situación de estrés real. *Anales de Psicología*. Universidad de Murcia.

Comisión de aspectos psicosociales (2001). En *Revista Argentina de Cardiología*. Vol. 69. Suplemento 1. 1-11.

Crespo, E.; Benages, S. (Cursos años 1996-1997) Factores psicosociales de riesgo para la enfermedad cardiovascular. 2º Curso Psicología Básica. Fòrum de Recerca Nº 2. Pàgina 8. Jornadas de fomento de la investigación. Universitat Jaume.

Godeleva, R. O. V.; Sánchez, J. E. n/d (s/f). La relajación, la modificación de los estilos de afrontamiento y la retroalimentación biológica como estrategia para el manejo psicológico del paciente hipertenso. Instituto de Investigaciones Psicológicas. Universidad Veracruzana.

Ingaramo, R. A. Estrés mental e hipertensión arterial (2003). Centro de hipertensión y enfermedades cardiovasculares (CEHTA Cardiovascular). Trelew. Chubut.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales American Psychological Association (APA), (DSM – IV, 1995) España. Editorial Masson, S.A. Autor: VV. AA.

Millon, T. Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (MCMI-II). (1999). Segunda Edición (revisada). Publicación de Psicología Aplicada. Ediciones TEA. Madrid.

Sánchez García, J. M.; Garzón de la Paz, A; Bueno Carrera, G. M. y Vega, D. E. (Septiembre 1999). Trastorno Psicósomático. Somatizaciones.