

Unidad académica:

Facultad de Psicología – Universidad Nacional de Mar del Plata



Título del proyecto:

Personalidad y episodios isquémicos agudos. Una contribución a la prevención secundaria

T-pg

Informe final del trabajo de investigación correspondiente al requisito curricular conforme OCS 143/89

Apellido y Nombres de los alumnos, matrícula y año, tipo y número de documento de identidad:

Abrego, Andrea Silvana Mat. 4698/99 DNI 26.600.606

Aguilar, Lucía Lorena Mat. 4703/99 DNI 29101264

Vivas, Leticia Yanina Mat. 5244/00 DNI 28935026

Apellido y nombre del supervisor y co-supervisor:

Supervisor: Dr. Urquijo, Sebastián

Co-supervisor: Lic. Sánchez, Roberto

Cátedra de radicación:

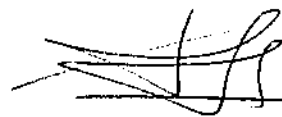
Teorías del Aprendizaje

Fecha de presentación:

N° CLASIFICACIÓN:	ACQUISICIÓN:
Tpg A	DERIVACION 1051
	N° INVENTARIO:
	1051

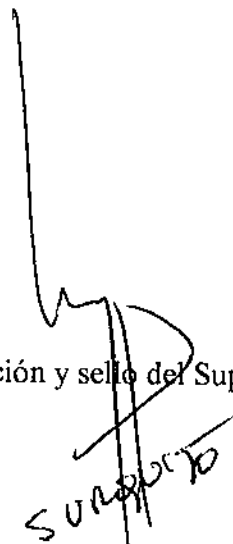
- prevención 2^{da}
- personalidad
- historias de vida
- personalidad

Este informe final corresponde al requisito curricular de investigación y como tal es propiedad exclusiva de las alumnas Andrea Silvana Abrego, Lucía Lorena Aguilar y Leticia Vivas 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.



El que suscribe manifiesta que el presente informe final ha sido elaborado por las alumnas Andrea Silvana Abrego, Lucía Lorena Aguilar y Leticia Vivas matrículas n° 4698/99; 4703/99; 5244/00 respectivamente, conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos. a los díasdel mes de ~~Septiembre~~ del año 2005.

Firma, aclaración y sello del Supervisor y/o Co-supervisor.



SUBJECT

Página con el informe de evaluación del Supervisor y/o Co-supervisor.

Aval del director del proyecto al que pertenece el supervisor.

Mar del Plata, 14 de Septiembre de 2005

Sra. Secretaria de Investigación
Lic. María Cristina Belloc
Facultad de Psicología

De nuestra consideración:

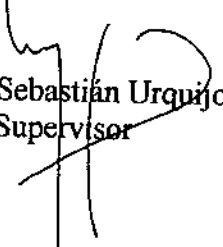
En carácter de supervisor y co-supervisor de la tesis de pregrado denominada: "*Personalidad y recurrencia de episodios isquémicos agudos. Una contribución a la prevención secundaria*", perteneciente a las alumnas Abrego, Andrea Silvana (Mat. 4698/99); Aguilar, Lucía Lorena (Mat. 4703/99); Vivas, Leticia Yanina (Mat. 5244/00), informamos que, finalizada la supervisión la tesis alcanza un nivel sobresaliente.

Este trabajo se encuentra enmarcado en el proyecto mayor denominado "*Personalidad y episodios isquémicos agudos. Diagnóstico, prevención e intervención psicológica*", perteneciente al grupo de Investigación en Psicología Cognitiva y Educacional, dirigido por el Mg. Jorge Vivas.

Considerando los requisitos contemplados en el artículo 20 del reglamento del trabajo de investigación, se aprueba el trabajo, en tanto que:

- El informe final alcanza los objetivos formulados en el plan de trabajo.
- Las actividades realizadas durante el proyecto son coherentes con las actividades planificadas.
- El trabajo realiza un importante aporte al proyecto mayor dentro del cual se enmarca, generando una contribución en lo que respecta a la recurrencia de episodios isquémicos agudos.

Dr. Sebastián Urquijo
Supervisor



Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procese a dar aprobación al trabajo de investigación presentado por las alumnas Andrea Silvana Abrego, Lucía Lorena Aguilar y Leticia Vivas matrículas 4698/99; 4703/99; 5244/00.

Firma y aclaración de los miembros integrantes de la Comisión Asesora.

Fecha de aprobación

Plan de Trabajo (total cuatro páginas)

Proyecto de Investigación – Requisito Curricular
Plan de Estudios 1989 (O.C.S. 143/89)

Apellidos y Nombres de las alumnas: Abrego, Andrea; Aguilar, Lorena y Vivas, Leticia Yanina.

Matrículas y Años: 4698/99; 4703/99; 5244/00.

Cátedra o seminario de radicación: Teorías del Aprendizaje

Supervisor: Urquijo, Sebastián

Co-supervisor: Sánchez, Roberto

Título del Proyecto: Personalidad y recurrencia de episodios isquémicos agudos.
Una contribución a la prevención secundaria.

Descripción Resumida

El presente trabajo tiene como objetivo investigar la relación entre las características de personalidad y el riesgo de recurrencia de episodios isquémicos agudos. Se trabajará sobre una muestra de 169 pacientes que sufrieron al menos un accidente isquémico agudo y fueron internados en la Unidad Coronaria del Hospital General de Agudos de la ciudad de Mar del Plata. Las características de personalidad y la existencia de trastornos psicopatológicos han sido determinadas mediante la administración del Cuestionario Multiaxial de Millon-II (MCMII-II) en el momento de su internación. Se realizará un relevamiento del estado actual de esos mismos sujetos, a través de la revisión de historias clínicas, seguimiento telefónico y administración de entrevistas estructuradas, con el objeto de determinar si existen asociaciones entre las características de personalidad y recurrencia de episodios isquémicos agudos. Recabar información respecto al estado de estos sujetos permitirá contribuir al diseño de intervenciones dirigidas a la prevención secundaria.

Palabras Claves

Personalidad – episodios isquémicos agudos – Prevención secundaria

Descripción Detallada

Motivos y antecedentes.

Las enfermedades cardiovasculares, según Bueno y Buceta (1991), son la principal causa de muerte y morbilidad severa en la mayoría de los países desarrollados. De acuerdo a un informe de la *American Heart Association* (1996), el infarto de miocardio se encuentra entre las principales causas de muerte entre adultos en el mundo occidental y en nuestro país. A pesar de las altas tasas de mortalidad, el adelanto en la tecnología sanitaria, ha posibilitado un mayor índice de supervivencia en pacientes que han sufrido un primer infarto de miocardio. Esta situación implica un desafío para los profesionales relacionados con la salud mental, en relación al estudio y desarrollo de procedimientos cada vez más eficaces que permitan la adecuada recuperación de los pacientes. Bueno y Buceta (1991), afirman que para la adecuada recuperación de los sujetos infartados, además de la imprescindible necesidad de la intervención médica, será preciso, en la mayoría de los casos, la adecuada ayuda psicológica que permita el entrenamiento del paciente en las habilidades conductuales y cognitivas que faciliten la superación del impacto negativo provocado por la ocurrencia del infarto, así como la exitosa modificación de hábitos comportamentales de riesgo coronario y de modos de funcionamiento laboral, familiar y social que permitan al paciente la reincorporación a sus actividades habituales en condiciones que garanticen su salud y bienestar personal, reduciendo, en la mayor medida posible, el riesgo de reinfarto.

Bueno y Buceta (1991) afirman que la reacción emocional del paciente, puede adoptar muy diferentes formas; lo más habitual es que se produzcan reacciones perjudiciales ligadas a este hecho, observándose diferencias individuales notables. Estas diferencias individuales, desde nuestro punto de vista, están determinadas por diferentes características de personalidad.

En los últimos años se han publicado numerosos estudios (Helgeson y Taylor, 1993; Denollet, 1994; Denollet, 1996) que establecen, de formas diferentes, la incidencia que los factores y características psicológicas tienen en el infarto agudo de miocardio. También son numerosas las referencias que existen sobre la incidencia de la personalidad en el éxito de los programas de rehabilitación para personas que han sufrido de accidentes cardiovasculares (McGee, 1994; Huijbrechts, Duivenvoorden, Deckers, Leenders, et-al, 1996). Sin embargo, estas investigaciones presentan resultados diferentes, y a veces contradictorios, sobre el

impacto de las características psicológicas en la prevención y rehabilitación de pacientes infartados. Dentro de esta línea de investigación hay estudios realizados en la ciudad de Mar del Plata sobre las características de personalidad de personas que han sido internadas a causa de un episodio isquémico agudo (Sanchez, 2003; Urquijo, Sanchez, Monssón, Heredia, 2001).

El presente trabajo tiene por objetivo continuar dentro de esa línea de investigación mediante el estudio de las asociaciones posibles entre las características de personalidad y el riesgo de recurrencia de episodios isquémicos agudos.

Objetivo general.

- Establecer asociaciones entre estilos o trastornos de la personalidad con la recurrencia de episodios isquémicos agudos, con el objeto de determinar un perfil de riesgo.

Objetivos particulares.

- Estudiar las características de personalidad de aquellas personas que sufrieron más de un episodio isquémico agudo.
- Estudiar las características de personalidad de aquellas personas que sufrieron un único episodio isquémico agudo.
- Comparar ambos grupos.

Hipótesis de trabajo.

Las personas con recurrencia de episodios isquémicos agudos, presentarán perfiles psicológicos diferenciados del de aquellas personas con episodios isquémicos agudos únicos.

Métodos y técnicas a emplear.

Para la recolección de información sobre los estilos y/o trastornos de la personalidad se administrará el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II). Con el objeto de controlar otras variables relacionadas con los accidentes cardiovasculares, se relevarán datos socio-económicos, demográficos, culturales y médicos a través del seguimiento telefónico, la revisión de historias clínicas y la administración de entrevistas estructuradas a pacientes y familiares.

Lugar de realización del trabajo.

El trabajo se realizará en la facultad de Psicología de la UNMP en el espacio físico asignado al GIPCE (Grupo de Psicología Cognitiva y Educacional). También se asistirá semanalmente al Hospital Interzonal General de Agudos, donde se cuenta con convenios para relevar los datos necesarios.

Cronograma de actividades (en meses).

TAREA	1	2	3	4
1 Búsqueda bibliográfica	<input type="checkbox"/>			
2 Análisis de la literatura.	<input type="checkbox"/>			
3 Diseño del marco teórico	<input type="checkbox"/>			
4 Recolección de datos de pacientes.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5 Organización de resultados.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Procesamiento estadístico de datos y análisis de resultados				<input type="checkbox"/>
7 Reportes de resultados e informe final.				<input type="checkbox"/>

Referencias Bibliográficas.

American Heart Association Journal Report (1996) "Being, chronically "blue" raises risk of heart attack, all cause mortality. May 31, 1996 NR-96-4416 (Circ/Barefoot).

Bueno, A. M., Buceta, J. M. (1991) *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades*. Madrid: Editorial Pirámide.

Denollet, J. (1994) Health complaints and outcome assessment in coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*; Sep-Oct Vol 56(5) 463-474.

Denollet, J.; Sys, S. U.; Stroobant, N.; Rombouts, H.; Gillebert, T. C. y Brutsaert, D. L. (1996) Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease *Lancet* Volume 347, Issue 8999, February, pages 417-421

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

Huijbrechts, I. P. A. M.; Duivenvoorden, H. J.; Deckers, J. W.; Leenders, I. C. M.; et-al (1996) Modification of smoking habits five months after myocardial infarction: Relationship with personality characteristics. *Journal-of-Psychosomatic-Research*; Vol 40(4) 369-378.

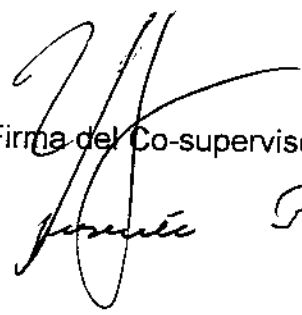
McGee, H. (1994) Cardiac rehabilitation: The role of psychological intervention. *Irish-Journal-of-Psychological-Medicine*; Dec Vol 11(4) 151-152

Sánchez, R. (2003). *Personalidad en pacientes con enfermedades cardiovasculares. Estudio a partir de la teoría de Millon*. Trabajo presentado en el I Congreso Marplatense de Psicología, Mar del Plata, Argentina.

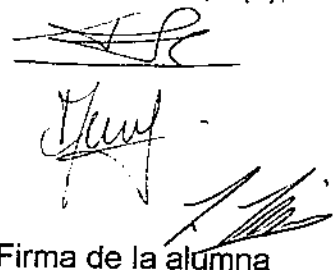
Urquijo, S.; Sánchez, R.; Monssón, N.; Heredia, L (2001). Relaciones entre trastornos de la personalidad y enfermedades cardiovasculares. *Psico-USF*, 6(2), 75-84.



Firma del Supervisor

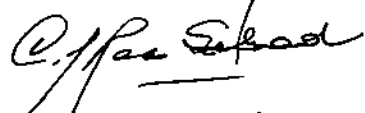


Firma del Co-supervisor



Firma de la alumna

Considero que el presente Proyecto puede ser
Por el área de Investigación

Aprobado

Lic. Carmen A. Rodríguez Selgas

Resultado de la evaluación

Fecha

Índice general

1) Introducción	1
2) Antecedentes y marco teórico	5
2.1) Definición del problema y estado de la cuestión.....	6
2.2) Marco teórico.....	13
3) Metodología	19
4) Descripción y análisis de los datos	25
5) Discusión y conclusiones	35
6) Bibliografía	45

INTRODUCCION

Introducción

Es nuestra intención hacer en este apartado algunas consideraciones en lo referente a la realización del presente trabajo de investigación de pregrado, requisito necesario para la obtención del título de Licenciado en Psicología. En primer lugar, cabe mencionar que la siguiente investigación forma parte de un proyecto mayor que se está desarrollando desde el mes de enero del año 2000 y que se ha actualizado en el año 2003 denominándose: "Personalidad y episodios isquémicos agudos. Diagnóstico, prevención e intervención psicológica", perteneciente al Grupo de Investigación en Psicología Cognitiva y Educacional, dependiente de la Facultad de Psicología, de la Universidad Nacional de Mar Del Plata.

Los objetivos planteados en dicho proyecto son:

- Explorar las características psicológicas de sujetos internados en unidades coronarias por trastornos isquémicos en la ciudad de Mar del Plata, variando los niveles socio-económicos y culturales de los mismos.
- Ampliar la base de información epidemiológica sobre personalidad de personas con trastornos isquémicos internados en unidades coronarias.
- Poner a punto un programa de prevención secundaria, basado en características de personalidad de personas que han sufrido accidentes isquémicos agudos y modificación de hábitos.
- Realizar un estudio piloto del programa de prevención y un seguimiento de los pacientes para evaluar su eficacia.

Nuestro trabajo continúa la línea anterior, planteándose como objetivo general el estudio de las relaciones entre estilos y/o trastornos de personalidad y la recurrencia de episodios isquémicos agudos. La primer variable fue evaluada con el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II, que fue administrado por miembros del grupo de investigación en una primera etapa, en el momento de ingreso de los sujetos a la Unidad Coronaria del Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA), entre los años 2000 y 2002. En una segunda etapa, nuestra tarea consistió en un seguimiento de estos casos, a través de la minuciosa revisión de historias clínicas, con el objetivo de recolectar datos acerca de factores de riesgo biomédicos, sobrevivencia, recurrencia de episodios isquémicos agudos y cambios efectuados en los hábitos del paciente.

En el apartado siguiente se desarrollará el marco teórico y los antecedentes en el tema. Allí se mencionarán algunas de las investigaciones realizadas en los últimos años que tuvieron por objetivo indagar la relación entre los episodios isquémicos agudos y distintas variables psicológicas en general y con características de personalidad en particular.

En el tercer apartado, se detallará la metodología utilizada. Se explicitarán los objetivos, hipótesis, sujetos, materiales, procedimiento y análisis estadístico de los datos.

Posteriormente se realizará la descripción de los datos y se comentarán e ilustrarán mediante gráficos y tablas los resultados obtenidos del análisis estadístico de dichos datos.

En el último apartado, se expondrán las conclusiones y discusión del trabajo. Se realizará una interpretación de los resultados obtenidos, comparándolos a su vez con los resultados esperados al comienzo del trabajo y se mencionarán las limitaciones de la presente investigación y propuestas para investigaciones futuras dentro de esta línea.

ANTECEDENTES Y MARCO TEORICO

Definición del problema y estado de la cuestión

Las enfermedades cardiovasculares, según Bueno y Buceta (1991), son la principal causa de muerte y morbilidad severa en la mayoría de los países desarrollados. De acuerdo a un informe de la *American Heart Association* (1996), el infarto de miocardio se encuentra entre las principales causas de muerte entre adultos en el mundo occidental y en nuestro país.

A pesar de las altas tasas de mortalidad, el adelanto en la tecnología sanitaria ha posibilitado un mayor índice de supervivencia en pacientes que han sufrido un primer infarto de miocardio. Esta situación implica un desafío para los profesionales relacionados con la salud mental, en relación al estudio y desarrollo de procedimientos cada vez más eficaces que permitan la adecuada recuperación de los pacientes. Bueno y Buceta (1991), afirman que para que dicha recuperación sea posible, además de la imprescindible necesidad de la intervención médica, será preciso, en la mayoría de los casos, la ayuda psicológica pertinente que permita el entrenamiento del paciente en las habilidades conductuales y cognitivas que faciliten la superación del impacto negativo provocado por la ocurrencia del infarto, así como la exitosa modificación de hábitos comportamentales de riesgo coronario y de modos de funcionamiento laboral, familiar y social que permitan al paciente la reincorporación a sus actividades habituales en condiciones que garanticen su salud y bienestar personal, reduciendo, en la mayor medida posible, el riesgo de reinfarto. Estos autores afirman también que la reacción emocional del paciente, puede adoptar muy diferentes formas; es posible que responda favorablemente y no experimente

reacciones perjudiciales ligadas al hecho de haber padecido infarto de miocardio; pero, lo más habitual es que tales reacciones se produzcan, observándose diferencias individuales notables. Por ejemplo, se han observado casos en los que se presentan reacciones catastrofistas sobre las repercusiones negativas que el padecimiento del infarto acarrearán sobre la propia vida familiar, laboral, sexual y/o social; y, al contrario, también puede ocurrir que los sujetos reaccionen ante la situación con excesivo optimismo, igualmente irracional, llegando a negar el hecho de haber padecido un problema grave de salud. Estas diferencias individuales, desde nuestro punto de vista, podrían estar mediatizadas por diferentes características de personalidad.

En numerosos estudios se ha investigado la relación entre episodios isquémicos agudos (EIA) y diversos factores psicológicos y psicosociales. Uno de los estudios más recientes es el de Rosengren y colaboradores (2004) quienes investigaron varios factores de riesgo psicosociales (estrés en el trabajo, en la familia y en general, sucesos vitales estresantes y depresión) relacionados al infarto agudo de miocardio en sujetos de 52 países encontrando correlaciones en sentido positivo con todos los factores.

Por otra parte, Frasure-Smith y Lespérance (2003) investigaron cómo afectan la depresión y la afectividad negativa posteriores al infarto a la mortalidad a largo plazo. Ellos también encontraron asociaciones en sentido positivo.

Por su parte, Pedersen y colaboradores (2001) estudiaron el rol del apoyo social y variables de personalidad en el estrés y la salud percibida en

pacientes que habían sufrido un infarto de miocardio. Los resultados obtenidos mostraron que los pacientes con bajo apoyo social tenían mayor riesgo de depresión y de padecer un desorden de estrés post traumático, mientras que los pacientes menos satisfechos con el apoyo tenían mayor riesgo de ansiedad, depresión y trastorno de estrés post traumático y reportaban más quejas sobre su salud. El neurotismo fue identificado como un predictor independiente de todos los tipos de estrés y quejas sobre la salud cuando se los incluyó junto con las variables de apoyo social en un análisis multivariado.

Son varios los estudios que se han abocado a precisar la relación entre personalidad y cardiopatías coronarias. En 1959 dos cardiólogos de San Francisco, Estados Unidos, Meyer Friedman y Ray Rosenman, en un intento por determinar cuales eran las características personales de quienes habían sido afectados por un infarto de miocardio, propusieron un conjunto de características de comportamiento que parecía describir la forma en la que estos pacientes se comportaban. A este conjunto de características lo denominaron "patrón de conductas tipo A". Estas se caracterizan por:

- a) esfuerzo intenso y mantenido hacia el logro de objetivos autoseleccionados y, por lo general, pobremente definidos;
- b) elevada inclinación hacia la competitividad;
- c) deseo persistente de reconocimiento y prestigio;
- d) constante implicación en múltiples y diversas actividades que, generalmente, exceden la disponibilidad de tiempo del sujeto;

e) propensión habitual a la aceleración en la realización de actividades diversas y

f) extraordinario nivel de alerta física y mental.

Hostilidad; ambición, agresividad y competitividad son los factores más relevantes del patrón de conductas tipo A. En los años setenta se realizaron múltiples estudios epidemiológicos, cuyos resultados llevaron a la aceptación del patrón de conducta tipo A, como factor de riesgo coronario (*Coronary-prone behavior and coronary heart disease: a critical review*, 1981). Sin embargo esta idea ha sido cuestionada fundamentalmente debido a la confusión conceptual creada en torno a la propia definición y medida del patrón de conductas tipo A (Rozanski y otros, 1999; Schroeder y otros, 2000; Friedman y otros, 2001). Por otra parte, hay trabajos que no han podido demostrar asociación entre el patrón de comportamiento tipo A y el reinfarto o mortalidad (Shekelle y otros, 1985). Además, si bien por muchos años, la investigación cardiovascular se enfocó exclusivamente sobre este patrón de conducta, los avances en los tratamientos fueron minúsculos (Lesperance y Frasure-Smith, 1996).

Investigaciones recientes afirman que la personalidad tipo D, caracterizada por la tendencia a experimentar emociones negativas (afectividad negativa) e inhibición social, es también un factor de riesgo coronario (Denollet, 1994; Denollet, Sys y Brutsaert, 1995; Denollet y otros, 1996; Denollet y Brutsaert, 1998; Denollet, Vaes y Brutsaert, 2000; Pedersen y Denollet, 2003).

La afectividad negativa se define por la tendencia a preocuparse y a tener una visión pesimista de las cosas, acompañada a menudo de sentimientos de infelicidad o irritación, de síntomas depresivos y de tensión crónica y de un bajo nivel de bienestar subjetivo. Implica una tendencia a experimentar emociones negativas en todo momento y situación. La persona se siente infeliz a menudo, tiende a preocuparse, es pesimista, se irrita fácilmente, tiene baja autoestima y poca asertividad, y tiene síntomas depresivos y de ansiedad. Las personas con alta afectividad negativa son más propensas a experimentar emociones negativas de manera estable, a lo largo del tiempo e independientemente de las situaciones (Denollet y Brutsaert, 1998); tienen una visión negativa de si mismos, reportan más síntomas somáticos y tienen un sesgo atencional hacia los estímulos adversos. Estas personas parecen estar escudriñando el mundo en busca de problemas o amenazas inminentes (Denollet, 2000).

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

Por otra parte, según los resultados obtenidos en los trabajos reseñados anteriormente, la personalidad tipo D estaría asociada con un aumento en el riesgo de depresión, alienación social, un mayor número de reinfartos y mayor tasa de mortalidad en pacientes con una enfermedad

coronaria establecida, aún luego de una intervención coronaria percutánea (Pedersen y otros, 2004).

En cuanto a los estudios realizados en pacientes que han sufrido al menos un episodio isquémico agudo, han sido identificados varios factores importantes de pronóstico biomédicos (Emond, 1994). Se sabe que los factores psicosociales pueden afectar la longevidad (Phillips, 1993) y factores particulares como alienación social (Berkman, 1992) y depresión (Frasure-Smith, 1995) fueron asociados con un resultado desfavorable en pacientes que sobrevivieron a un infarto de miocardio. Sin embargo, es poco lo que se conoce acerca del rol de la personalidad en la prognosis de enfermedades cardíacas.

Hay estudios (Murberg, Bru, Aarland, 2001) que han evaluado los efectos del neuroticismo sobre el riesgo de mortalidad en pacientes con problemas congestivos cardíacos. Este constructo es definido como una dimensión amplia de las diferencias individuales caracterizada por la tendencia a experimentar emociones negativas, incluyendo, temor, irritabilidad, baja autoestima, ansiedad social, desamparo e impotencia (por lo que se solaparía, en algún grado, con la afectividad negativa). Se sugiere también que la disposición al neuroticismo conduce a estilos de afrontamiento desadaptativos.

Los estudios más profusos en esta temática fueron hechos por Denollet y colaboradores (Denollet y otros, 1996; Denollet, Brutsaert, 1998; Denollet, Pedersen, 2004) 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%), con control de los factores de pronóstico biomédicos. Dichos estudios se focalizan en la personalidad de tipo D ya que, según estos investigadores, la afectividad negativa y la inhibición social pueden promover alienación social y depresión, factores que contribuyen al riesgo de padecimiento de episodios isquémicos agudos.

Resumiendo, en los últimos años se han publicado numerosas investigaciones (Helgeson y Taylor, 1993; Denollet, 1994; Denollet, Vaes, Brutsaert, 2000; Rosengren y otros, 2004) que establecen, de formas diferentes, la incidencia que los factores y características psicológicas tienen en el infarto agudo de miocardio. También son numerosas las referencias que existen sobre la incidencia de la personalidad en el éxito de los programas de rehabilitación para personas que han sufrido de accidentes cardiovasculares (McGee, 1994; Huijbrechts y otros, 1996). Sin embargo, estas investigaciones presentan resultados diferentes, y a veces contradictorios, sobre el impacto de las características psicológicas en la prevención y rehabilitación de pacientes infartados. Por otra parte, son escasos los estudios realizados en esta temática en nuestro medio socio-cultural.

Dentro de esta línea de investigación hay estudios realizados en la ciudad de Mar del Plata sobre las características de personalidad de personas que han sido internadas a causa de un trastorno isquémico cardiovascular (Sánchez, 2003; Sánchez, 2004; Urquijo, Sánchez, Monssón,

Heredia, 2001). Dentro de este proyecto se enmarca el presente trabajo, haciendo el seguimiento de los mismos sujetos.

Los resultados del proyecto mayor indican una presencia más elevada de trastornos de personalidad en los pacientes con EIA, internados en Unidad Coronaria, que en la población normal. Por otra parte, el análisis de regresión binaria logística indica que los sujetos con trastornos de personalidad antisocial, evitativa o dependiente presentan un riesgo entre 3 y 5,5 veces mayor de padecer un EIA. Se observan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, que indican que los sujetos de la muestra clínica presentan una frecuencia mayor de casi todos los Trastornos de la Personalidad con excepción de los Histriónicos y Agresivo Sádicos.

Marco teórico

Luego de la revisión de las investigaciones sobre el tema anteriormente desarrollada, se describirán las conceptualizaciones teóricas que se tuvieron en cuenta para la realización del presente trabajo de investigación.

Este trabajo intenta explorar las asociaciones posibles entre las características de personalidad y el riesgo de recurrencia de episodios isquémicos agudos. Se consideran dentro de este tipo de enfermedad coronaria al infarto agudo de miocardio y la angina de pecho. Según el cardiólogo Ernesto Pianzola (2005) la enfermedad coronaria, también conocida como Cardiopatía Isquémica es el proceso patológico que implica

déficit de riego sanguíneo en sectores del músculo cardíaco (miocardio) en forma permanente o transitoria. En general, esta dificultad para el riego sanguíneo se debe a obstrucción u oclusión en los vasos coronarios, que son aquellos que irrigan el miocardio. Este proceso de déficit circulatorio, que pone en juego diversos mecanismos de compensación, dispara síntomas y puede concluir en la muerte celular de porciones del miocardio, lo cual es llamado isquemia.

La enfermedad coronaria puede manifestarse de diversas maneras, dependiendo tanto de la severidad como del tiempo de evolución de las lesiones. Desde la llamada Angina de Pecho Estable, con episodios similares para cada causa desencadenante y por lo tanto, en cierta manera predecibles por los pacientes, hasta el Infarto Agudo de Miocardio en el extremo más grave del padecimiento, donde por causa de la agresión al miocardio o por las arritmias hay peligro cierto de muerte, o a veces la Muerte Súbita como primera manifestación de la enfermedad coronaria.

Teniendo en cuenta el objetivo del presente trabajo, que fue mencionado anteriormente, se evaluó la personalidad usando como instrumento el Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (MCMI-II) (Millon, 1999). Éste fue administrado en una primera instancia como parte del mencionado proyecto mayor. Se trata de una técnica psicométrica de evaluación en psicología clínica y psicopatología, construida en función de la formulación teórica de los patrones de personalidad de Theodore Millon. Este autor formula una teoría amplia y sistemática de la personalidad partiendo del supuesto de la existencia de un continuo entre normalidad y

anormalidad, esto le permite establecer una interrelación entre personalidad normal y patológica. Si bien el cuadro de personalidades normales es rico y diverso, a medida que la personalidad se transforma en patológica y esa patología se torna más grave esa riqueza y diversidad se van perdiendo dando como resultado un cuadro más pobre y homogéneo.

Una de las definiciones posibles de este constructo dada por Millon es la siguiente: [la personalidad es] "un patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas, que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar, y se expresan automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo" (Millon y Davis, 2000). La diferencia principal propuesta por el autor entre los individuos normales y las personas con trastornos estaría en que los primeros muestran flexibilidad adaptativa en respuesta a su ambiente mientras que los segundos exhiben conductas rígidas y desadaptativas, tendencia a fomentar círculos viciosos e inestabilidad frente al estrés.

La definición propuesta por la *American Psychiatric Association* (APA) en la versión cuarta del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM IV) concibe a la personalidad como: "patrones de conducta profundamente entramados, que incluyen el modo en que uno se relaciona, percibe y piensa sobre el entorno y sí mismo. Los rasgos de personalidad son aspectos prominentes que no implican patología. Los trastornos de la personalidad suponen patrones rígidos y desadaptativos de una gravedad suficiente como para causar un déficit en la capacidad adaptativa o un sentimiento subjetivo de malestar" (APA, 1995).

En el modelo de Millon se propone una aproximación funcional e interpersonal al tema de la personalidad, que da cuenta de los vínculos conceptuales entre las características clínicas observadas en los individuos que podrían ser identificados como prototipos de un determinado patrón, y los factores etiológicos, biológicos y psicológicos y las etapas del desarrollo que podrían ser establecidas para cada uno de estos prototipos. En adición, este instrumento permite medir también la presencia de ciertos síndromes como ansiedad o depresión entre otras; además de permitir la diferenciación desde el punto de vista de sus niveles de gravedad psicopatológica (Sánchez, 2003).

Las escalas que componen el MCMI-II, coinciden en gran parte con el modelo del DSM III-R (APA, 1988) y permite distinguir las características más duraderas de la personalidad de los pacientes (Eje II) de los trastornos clínicos agudos (Eje I). Se trata de 26 escalas clasificadas de la siguiente manera:

- 10 escalas básicas de trastornos de personalidad, las cuales describen niveles leves de gravedad;
- 3 escalas de personalidad patológica más severa, que reflejan niveles marcados de deterioro;
- 6 escalas de síndromes clínicos, que identifican trastornos de gravedad moderada;
- 3 escalas, que miden trastornos de marcada gravedad y
- 4 escalas de validez (Millon, 1999).

Los diez trastornos básicos de la personalidad fueron formados a partir del cruzamiento de dos dimensiones, la primera es la fuente a través de la cual los sujetos obtienen comodidad y satisfacción o intentan evitar la angustia emocional y dolor (refuerzos positivos y negativos); de allí se derivan cinco modalidades: retraídos, discordantes, dependientes, independientes y ambivalentes. La segunda dimensión refleja el modelo básico de conducta instrumental o de afrontamiento que el sujeto emplea de forma característica para aumentar las gratificaciones y minimizar el dolor, de allí se diferencia un patrón activo y uno pasivo. De este cruzamiento surgen los siguientes estilos de personalidad: esquizoide (pasivo-retraída), fóbica o evitativa (activa-retraída), dependiente o sumisa (pasivo-dependiente), histriónica (activa-dependiente), narcisista (pasivo-independiente), antisocial (activa-independiente), agresivo-sádica (activo-discordante), compulsiva (pasiva-ambivalente), pasivo-agresiva (activa-ambivalente) y autodestructiva o masoquista (pasivo-discordante).

Son tres las escalas que evalúan la presencia de patología severa; estas son la esquizotípica, la límite y la paranoide. Los sujetos que puntúan alto en éstas escalas se diferencian fundamentalmente por su déficit en la competencia social y frecuentes episodios psicóticos.

Por su parte, los síndromes clínicos tienden a ser estados breves o transitorios que aumentan o disminuyen en el tiempo según los factores estresantes. Se trata de trastornos sintomáticos evaluados por el eje I del DSM IV. Las escalas que representan síndromes de gravedad moderada son ansiedad, histeriforme, hipomanía, neurosis depresiva o distimia, abuso

de alcohol y abuso de drogas, mientras que pensamiento psicótico, depresión mayor y trastorno delirante representan trastornos de gravedad acentuada.

Actualmente existe una controversia acerca de si el MCMI-II (Millon, 1999) mide estilos o trastornos de personalidad. Millon (1985) afirma que este inventario mide trastornos de la personalidad, mientras que Choca (1992) considera que las escalas básicas de personalidad miden estilos. En el presente trabajo la lectura de los resultados será hecha desde la postura de este último autor, considerando que el MCMI-II nos permite medir estilos, en ocho de las diez escalas básicas (con excepción de agresivo-sádica y autodestructiva, que fueron agregadas posteriormente), y trastornos de personalidad, en las escalas de gravedad moderada.

METODOLOGIA

METODOLOGÍA

Objetivo general

- Establecer asociaciones entre estilos o trastornos de la personalidad con la recurrencia de episodios isquémicos agudos.

Objetivos particulares

- Estudiar las características de personalidad de aquellas personas que sufrieron más de un episodio isquémico agudo.
- Estudiar las características de personalidad de aquellas personas que sufrieron un único episodio isquémico agudo.
- Establecer las diferencias en los perfiles de personalidad según la recurrencia o no de episodios isquémicos agudos.

Hipótesis de trabajo

Las personas con recurrencia de episodios isquémicos agudos, presentan características de personalidad diferentes de las de aquellas personas con episodios isquémicos agudos únicos.

Sujetos

La muestra original se compone de 168 pacientes internados en la Unidad Coronaria del HIGA en los años 2000 y 2001. De ella fueron incluidos para el análisis estadístico 109 casos, quedando fuera aquellos sujetos que habiendo padecido enfermedades cardíacas, no se relevó la

existencia de episodios isquémicos agudos (infarto agudo de miocardio o de angor inestable). También fueron desechadas las evaluaciones de la personalidad que fueron puntuadas como inválidas y en la menor cantidad de casos no pudieron utilizarse los protocolos de los sujetos cuyas historias clínicas no fueron halladas.

Materiales

El método específico de recolección de información sobre estilos y trastornos de la personalidad, se basó en los resultados del Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II). Este instrumento posee varios sistemas que permiten detectar indicadores de validez, sinceridad y confiabilidad de las respuestas. Los resultados permiten establecer un diagnóstico confiable, de acuerdo a los ejes I y II del DSM-III-R (APA, 1988). Está compuesto por 185 preguntas dicotómicas a las que el sujeto debe responder "Verdadero" o "Falso".

Millon utiliza la puntuación de tasa base (TB) de prevalencia que se podría definir como la puntuación que indica la probabilidad que tiene un sujeto de presentar un atributo determinado, y no tanto el lugar que ocupa dentro de la distribución normal. Como se mencionó anteriormente, en este trabajo se adoptó la perspectiva de Choca y colaboradores (Choca y Van Denburg, 1998; Choca y otros, 1992), quienes consideran que las puntuaciones altas en las ocho escalas básicas originales del modelo (esquizoide, fóbica, dependiente, histriónica, narcisista, antisocial,

compulsiva y pasivo-agresiva) representan el estilo de funcionamiento de la personalidad, y no necesariamente patología.

Para relevar los datos referentes a la recurrencia de EIA, sobrevida y factores de riesgo biomédicos, se procedió a la revisión de historias clínicas.

Procedimiento

En una primera etapa, durante los años 2000 y 2002, integrantes del grupo de investigación administraron, entre otros instrumentos de exploración psicológica, el MCMI-II (Millon, 1999) y una entrevista estructurada que brindaba información acerca de datos socioeconómicos, demográficos, nivel educativo, de hábitos y antecedentes familiares. Dicha aplicación se efectuó dentro de los dos días posteriores al ingreso de los sujetos a la Unidad Coronaria del Hospital Interzonal General de Agudos. Con el objeto de controlar las dificultades generadas por los diferentes niveles culturales, los reactivos del instrumento fueron leídos por los administradores, quienes fueron previamente entrenados.

Posteriormente, desde Agosto del 2004 hasta Abril del 2005, se llevó a cabo una revisión de las historia clínicas en dicho hospital con una frecuencia de nueve horas semanales y con el asesoramiento de un médico residente de cardiología. El objetivo principal fue indagar acerca de la recurrencia de episodios isquémicos agudos. Se tuvieron en cuenta, además, otras variables relacionadas con los accidentes cardiovasculares y se relevaron datos socio-económicos, demográficos, culturales y médicos. También se obtuvieron datos correspondientes al sexo, edad, estado civil,

tipo de accidente cardiovascular, enfermedades concomitantes, otras internaciones coronarias y no coronarias, dislipemia, obesidad, sedentarismo, diabetes, dieta, hipertensión arterial, tabaquismo, alcoholismo, antecedentes familiares, estrés y cambios de hábitos.

Método estadístico

En primer lugar, con fines exploratorios y para una mejor visualización de los datos se aplicaron técnicas de estadística descriptiva.

En segundo lugar, para indagar la normalidad de la muestra se realizó la prueba de Schapiro-Wilks para cada grupo. Dado que en la mayoría de los casos se rechazó la normalidad, se optó por el uso de pruebas no paramétricas para comparar el grupo de sujetos que habían tenido un solo episodio isquémico agudo con el grupo que había tenido al menos dos episodios isquémicos agudos. Fue elegida para este análisis la prueba U de Mann-Whitney.

El próximo paso fue ajustar un modelo multivariado, particularmente un Análisis Discriminante, con el objeto de visualizar el aporte de las escalas en su conjunto para discriminar entre aquellos sujetos con recurrencia de episodios isquémicos agudos y sin recurrencia de episodios isquémicos. Se calculó la tabla de clasificación cruzada entre lo que predice el método y lo que realmente ocurrió con los casos estudiados para observar el grado de acierto en la predicción (Jonson y Wichern, 1992).

Por otra parte, se utilizaron gráficos de caja para mostrar la distribución de las escalas, tanto las que resultaron estadísticamente

significativas como aquellas que si bien no cumplieron con este criterio mostraron cierta diferencia (valor-p menor a 0,15) y enriquecieron la comprensión del complejo fenómeno abordado.

DESCRIPCION Y ANALISIS DE LOS DATOS

DESCRIPCION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Del total de sujetos iniciales (N=168) la muestra quedó constituida finalmente por 109 sujetos. De ellos, 64 no tuvieron recurrencia de episodios isquémicos y los 45 restantes sí (véase la Tabla 1).

Tabla 1. Frecuencia de recurrencia de EIA

		Frecuencia	Porcentaje Válido
No	0	64	58,7
Si	1	45	41,3
Total		109	100,0

En la Tabla 2 se pueden observar, en primer lugar, los valores de las medianas de cada escala para cada uno de los grupos (0= no recurrencia de EIA; 1= recurrencia de EIA). En segundo lugar, se muestra la significación resultante de la prueba de normalidad de Schapiro-Wilks para cada escala según el grupo. Finalmente, se indica la significación de la comparación de medianas según la prueba U de Mann-Whitney y el valor de Z en dicha prueba. Están destacadas con negrita las escalas cuyos resultados presentaron diferencias estadísticamente significativas (valor-p menor o igual a 0,05) en dicha prueba. Estas son la escala antisocial (6A) del grupo de trastornos básicos de la personalidad y la escala abuso de drogas (T) dentro del grupo de síndromes de gravedad moderada.

Tabla 2. Resultados de la prueba de normalidad y la prueba U de Mann-Whitney

Escalas *	Medianas de los puntajes obtenidos	significación del test de normalidad ^a	significación de la comparación de medianas (dos colas)	Z
Esquizoide	0 54,21 1 56,12	,004 ,144	,756	-,311
Fóbica	0 54,69 1 55,44	,057 ,097	,902	-,123
Dependiente	0 55,19 1 54,73	,000 ,002	,941	-,074
Histriónica	0 51,75 1 59,62	,001 ,239	,200	-1,281
Narcisista	0 50,69 1 61,13	,741 ,113	,089	-1,699
Antisocial	0 49,56 1 62,73	,061 ,935	,032	-2,143
Agresivo-sád.	0 50,28 1 61,71	,130 ,495	,063	-1,859
Compulsiva	0 55,17 1 54,76	,028 ,076	,946	-,068
Pasivo-agre.	0 53,40 1 57,28	,010 ,011	,528	-,631
Autodestru.	0 56,51 1 52,86	,004 ,000	,552	-,595
Esquizotípica	0 55,04 1 54,94	,000 ,000	,988	-,015
Límite	0 53,14 1 57,64	,016 ,019	,464	-,733
Paranoide	0 54,88 1 55,17	,010 ,005	,963	-,046
Ansiedad	0 56,14 1 53,38	,000 ,000	,653	-,449
Histeriforme	0 59,00 1 49,31	,296 ,066	,115	-1,577
Hipomanía	0 50,65 1 61,19	,023 ,001	,086	-1,717
Distimia	0 53,48 1 57,17	,000 ,000	,548	-,600
Abuso de alc.	0 52,63 1 58,38	,211 ,585	,349	-,936
Abuso de dro.	0 49,73 1 62,50	,227 ,407	,038	-2,079
Pen. Psicótico	0 55,92 1 53,69	,000 ,000	,716	-,364
Depre. mayor	0 53,41 1 57,26	,000 ,000	,531	-,627
Tras. Delirante	0 55,67 1 54,04	,000 ,036	,791	-,265

* 0 = infarto / 1 = reinfarto
A = si la significación es menor a 0,10 se rechaza la normalidad

En la Figura 1 se ilustran los valores de las medianas obtenidas en cada escala para cada uno de los grupos (0= no recurrencia de EIA; 1= recurrencia de EIA).

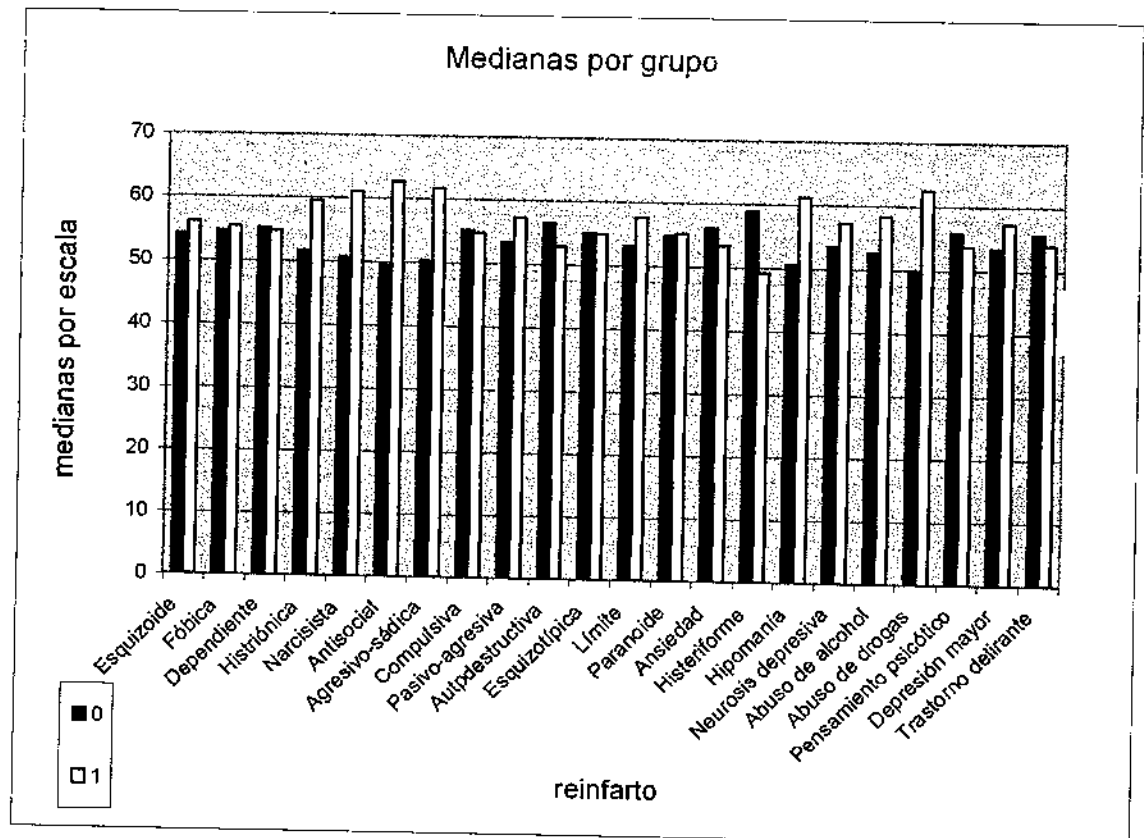


Figura 1. Comparación de medianas por grupo

Cabe mencionar que, si bien la mayoría de las escalas no presentaron diferencias significativas entre los sujetos con un episodio isquémico agudo y los sujetos con recurrencia de episodios isquémicos agudos, en 14 de las 22 escalas el segundo grupo puntuó por encima del primero. Según Millon (1999) a mayor puntuación tasa base de una escala, mayor es el grado de probabilidad de que el paciente posea las características de personalidad evaluadas por esa escala. Cuando más elevada es la puntuación, más probable es la intensidad o gravedad del rasgo o síndrome. Teniendo en

cuenta estas consideraciones, los resultados obtenidos indicarían un mayor grado de acentuación del rasgo de personalidad entre los pacientes con recurrencia de episodios isquémicos agudos. Por otra parte, observando las diferencias de medianas entre grupos (0 y 1) podemos observar que, cuando el grupo 0 supera al grupo 1, la diferencia es mucho menor que cuando el grupo 1 supera al grupo 0, a excepción de la escala histeriforme dentro de los síndromes de gravedad moderada, en la cual la proporción es inversa.

En los siguientes gráficos de caja se observa la comparación de las distribuciones de los sujetos con recurrencia de episodios isquémicos agudos (1) y sin recurrencia de episodios isquémicos agudos (0), para las dos escalas que presentaron diferencias significativas (valor-p menor que 0,05) en la prueba U de Mann-Whitney y para aquellas escalas que - si bien no fueron estadísticamente significativas - presentaron diferencias que se destacaron entre ambos grupos (el criterio fue que la significación fuera menor o igual a 0,15).

En dichos gráficos las líneas negras centrales representan los valores de las medianas de los grupos correspondientes; la superficie de los rectángulos representan los valores que se agrupan en torno a la mediana y los puntos numerados representan aquellos sujetos que obtuvieron resultados atípicos.

Las figuras 2, 3 y 4 corresponden al grupo de trastornos de la personalidad. Las figuras 5, 6 y 7 corresponden al grupo de síndromes clínicos de gravedad moderada.

Escala Narcisista

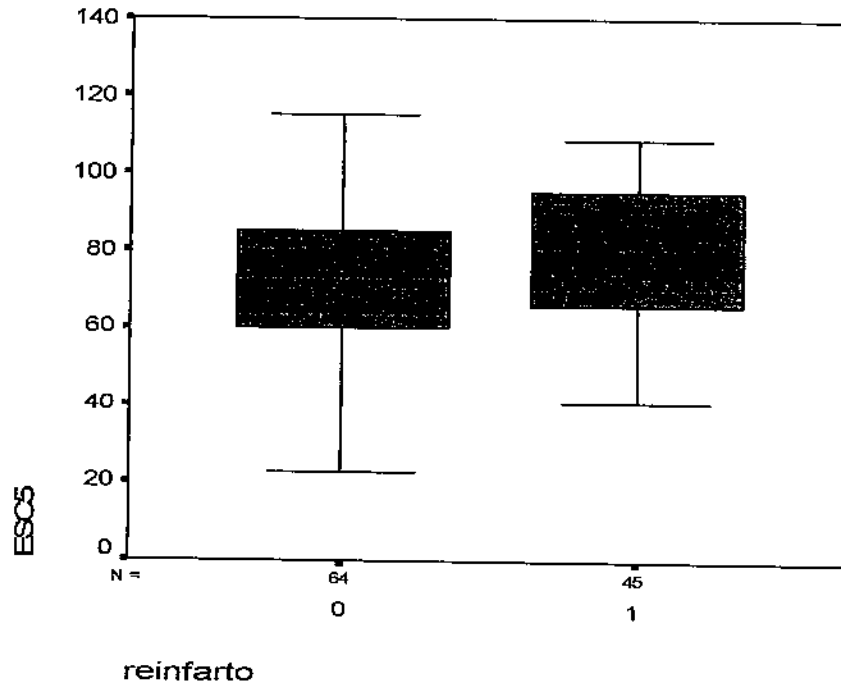


Figura 2

Escala Antisocial

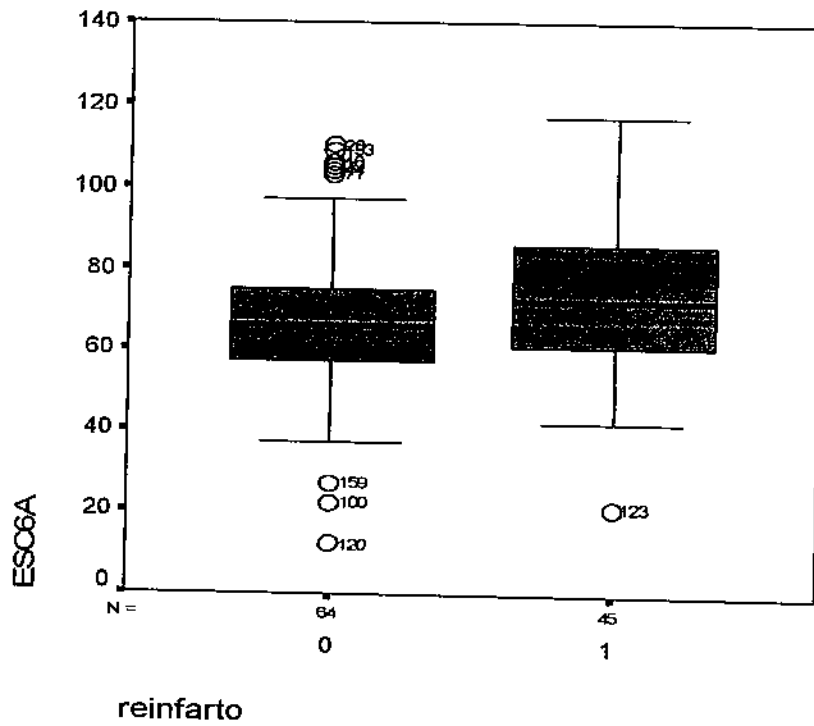


Figura 3

Escala Agresivo - sádica

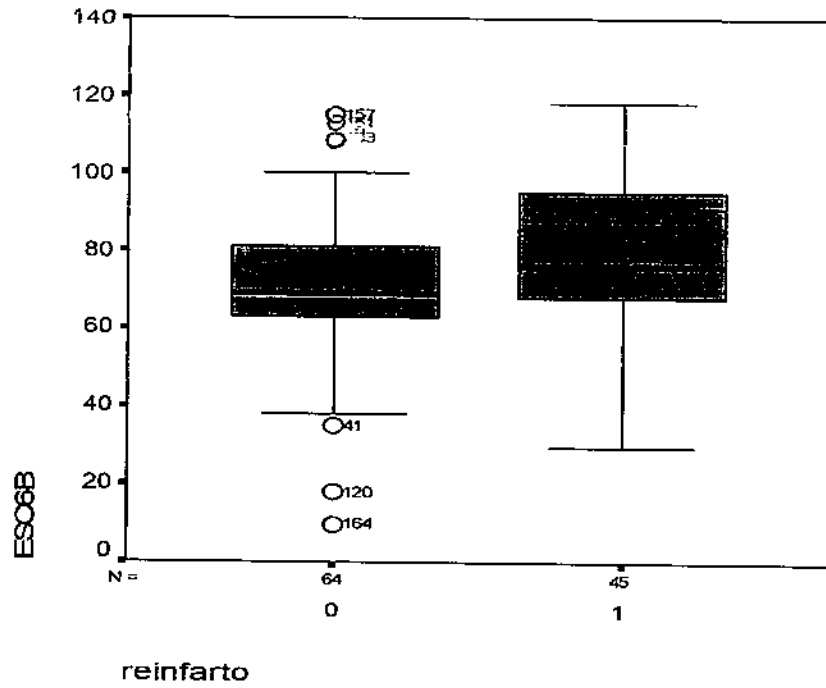


Figura 4

Escala Histeriforme

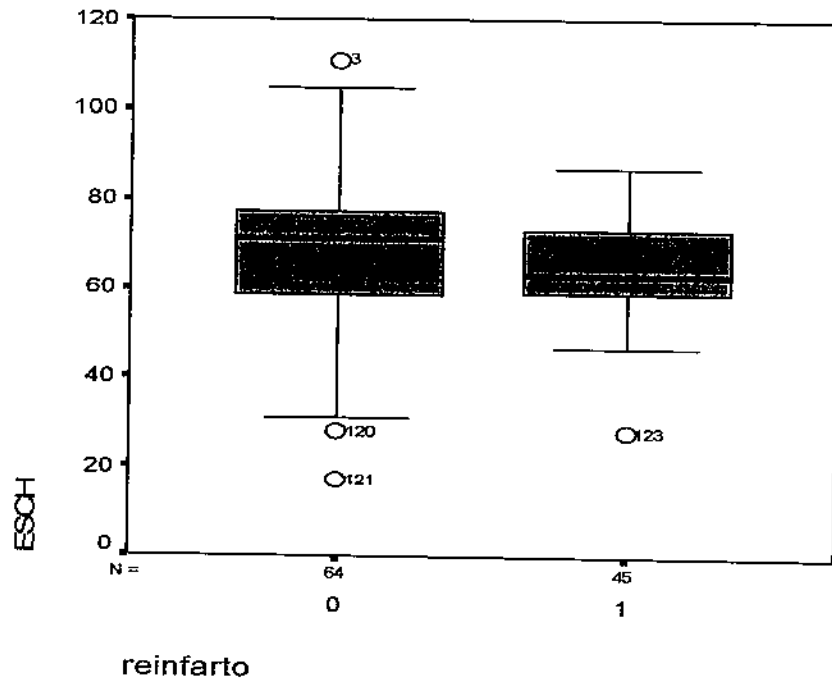


Figura 5

Escala Hipomanía

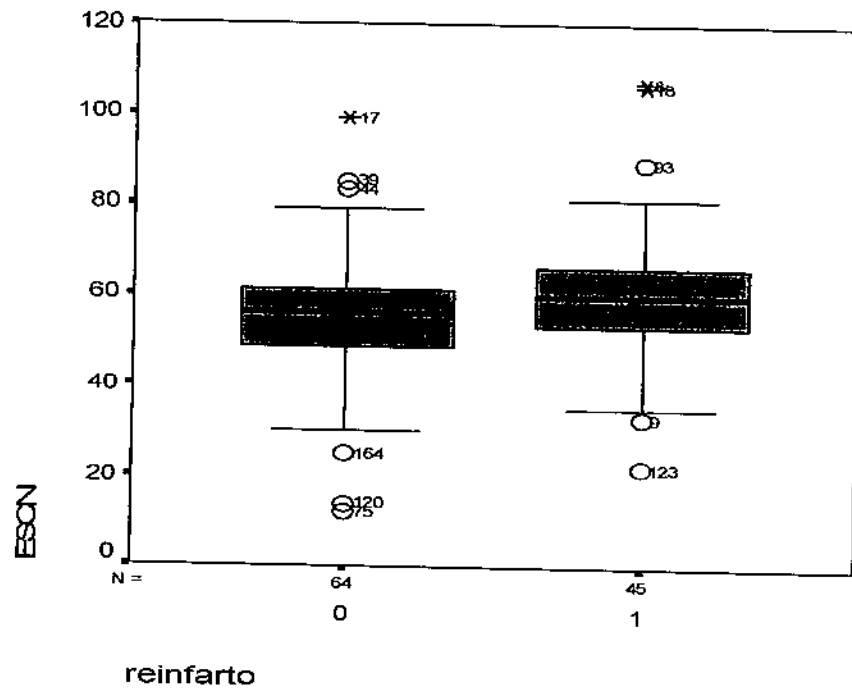


Figura 6

Escala Abuso de Drogas

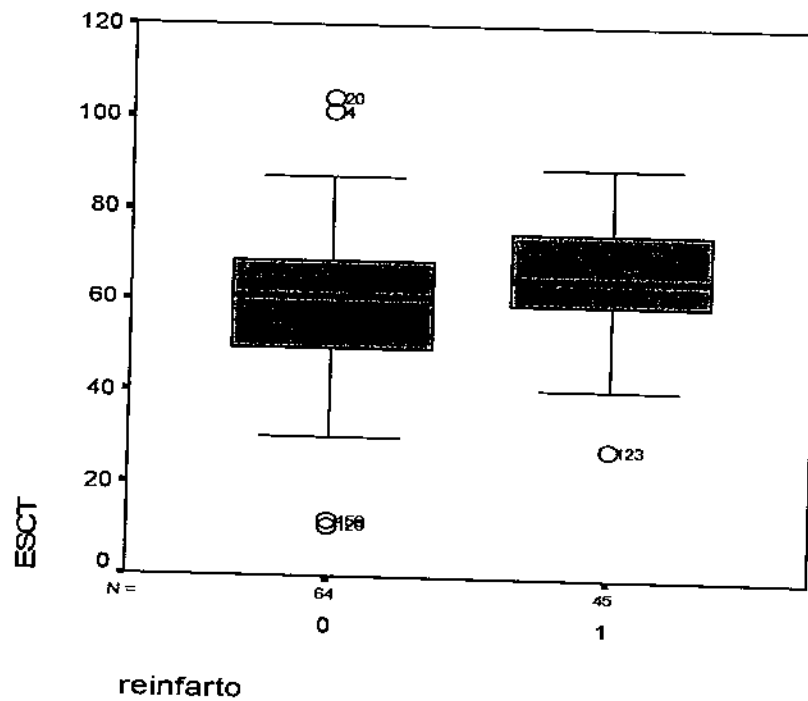


Figura 7

En la Tabla 3 se observan los resultados de la clasificación derivada del Análisis Discriminante en los dos grupos de pacientes (sin recurrencia de episodios isquémicos agudos y con recurrencia de episodios isquémicos agudos).

Tabla 3. Resultados de Clasificación derivada del Análisis Discriminante (a).

Original	Frecuencia	Recurrencia	Membresía predicha		Total
			No	Si	
		No	50	14	64
		Si	21	24	45
	%	No	78,1	21,9	100,0
		Si	46,7	53,3	100,0

a 67,9% de casos agrupados originalmente clasificados correctamente.

Seguendo esta tabla, en la clasificación original se observa que hay un 78,1% de acierto en la predicción de pertenencia al grupo de no reinfartados, esto quiere decir que en un 78,1% de los casos el modelo predijo, teniendo en cuenta el puntaje que obtuvieron en las escalas de la prueba de personalidad, que los sujetos no iban a tener recurrencia de episodios isquémicos agudos y efectivamente no hubo recurrencia.

Por otra parte, a partir del modelo se obtuvo un 53,3% de acierto en la predicción de pertenencia al grupo de reinfartados, es decir de aquellos sujetos que el modelo predijo que iban a tener recurrencia de episodios isquémicos agudos y eso efectivamente ocurrió. Este porcentaje no permitiría, por lo tanto, efectuar una predicción adecuada.

Ambos porcentajes combinados representan en promedio un 67,9% de los casos clasificados correctamente.

Es necesario tener en cuenta el costo de la clasificación errónea. es decir, lo que implica como riesgo una predicción incorrecta. Se considera de mayor gravedad la predicción errónea de que un sujeto no sufrirá una recurrencia de EIA, y que efectivamente la sufra (en nuestro modelo corresponde al 21,9%), a que se prediga erróneamente una recurrencia cuando no la habrá (46,7%). Esto se justifica porque, en el primer caso, no se tomarían los recaudos necesarios que permitirían evitar la recurrencia. Mientras que en el segundo caso, se tomarían ciertas medidas preventivas en exceso, pero que no serían por ello iatrogénicas

DISCUSION Y CONCLUSIONES

El objetivo que nos planteamos al iniciar este trabajo fue el de explorar las posibles asociaciones entre estilos o trastornos de la personalidad con la recurrencia de EIA. Los resultados obtenidos apoyan la hipótesis planteada, la cual propone que las personas con recurrencia de EIA, presentarían características de personalidad diferenciadas de las de aquellas personas con EIA únicos. Se encontraron diferencias significativas en dos escalas del MCMI II. Una de ellas es la escala antisocial de trastornos básicos de la personalidad. Como mencionamos anteriormente, este tipo de escalas describen los aspectos más estables de la personalidad, y el funcionamiento habitual de la persona. La escala antisocial se corresponde con la orientación activa-independiente. Millon (1999) describe a las personas que puntúan alto en esta escala como individuos que:

“actúan para contrarrestar las expectativas de dolor y depreciación de otros, esto se hace mediante comportamientos ilegales dirigidos a manipular el entorno a favor de uno mismo (...) son irresponsables e impulsivos, cualidades que juzgan justificadas al asumir que los demás son informales y desleales. Insensibilidad y crueldad son sus únicos medios para evitar abusos y engaños” (pp. 28).

Dadas las características de este tipo de personalidad, podríamos inferir que difícilmente estas personas se adhieran a los tratamientos prescritos, tengan en cuenta las indicaciones médicas, y soliciten atención por parte de los otros, lo cual los ubicaría en una situación de mayor riesgo de recurrencia de EIA.

La otra escala que resultó significativa es la escala t, abuso de drogas, que corresponde al grupo de escalas de síndromes clínicos, es decir que da cuenta de estados transitorios de la persona de menor duración que los trastornos de personalidad. Según Millon (1999), los síndromes clínicos

representan estados en los que un proceso patológico activo se manifiesta claramente. En el caso de esta escala en particular dicho autor la describe de la siguiente manera:

"Es probable que estos pacientes hayan tenido una historia reciente o recurrente de abuso de drogas, tienden a tener dificultad para reprimir los impulsos o mantenerlos dentro de límites sociales convencionales y muestran una incapacidad para manejar las consecuencias personales de estos comportamientos. Al estar compuesta por ítems indirectos, esta escala puede ser útil para identificar sujetos con problemas de drogas que no están dispuestos a asumir su problema" (pp. 38).

Se puede plantear como hipótesis que el abuso de sustancias acarrea un deterioro en el organismo y en los procesos cognitivos de la persona, produciendo consecuencias a nivel comportamental que llevarían a elevar el riesgo de recurrencia de EIA. Cabe destacar que las características de este síndrome son compatibles con la caracterización del trastorno antisocial, en la cual se resalta la irresponsabilidad, impulsividad, y trasgresión de las normas sociales y los derechos de los otros.

Como resultado de la comparación de las medianas de ambos grupos, hubo otras escalas que se destacaron, aunque las diferencias no se consideran estadísticamente significativas (valor-p menor o igual a 0,15). Estas escalas son la narcisista y la agresivo-sádica, que corresponden a los trastornos básicos de la personalidad, y las escalas histeriforme e hipomanía, que corresponden a síndromes clínicos de gravedad moderada.

La escala agresivo-sádica, que corresponde a la orientación activo-discordante, según Millon (1999):

"caracteriza a individuos que sin ser juzgados públicamente como antisociales, sus acciones significan satisfacción y placer personal en comportamientos que humillan a los demás y violan sus derechos y sentimientos (...) Exhiben un estilo de carácter parecido al esfuerzo

competitivo de la personalidad tipo "A". Llamados personalidades agresivas según el autor son generalmente hostiles, acentuadamente belicosos y aparecen indiferentes e incluso muestran agrado por las consecuencias destructivas de sus comportamientos contenciosos, abusivos y brutales" (pp. 28).

En el caso de la escala narcisista, que corresponde a la orientación pasiva-autónoma, es descripta como sigue:

"estos individuos se hacen notar por sus actitudes egoístas, experimentando placer primario simplemente por permanecer pasivos, o centrados en sí mismos. Las experiencias tempranas les han enseñado a sobreestimar su propio valor; ésta confianza y superioridad puede fundarse en falsas promesas; esto es, podía no estar confirmado por aspiraciones verdaderas o maduras. No obstante, presumen alegremente que los demás reconocerán sus particularidades. A partir de aquí, mantienen un aire de autoconfianza arrogante, y aún sin intención o propósito concientes, explotan a los demás a su antojo (...) Su sublime confianza de que las cosas saldrán bien les proporciona pocos incentivos para comprometerse en el continuo tire y afloja de la vida social" (pp. 27 -28).

Estas escalas de trastornos básicos poseen algunas características comunes entre sí y con la escala antisocial ya que todas pertenecen al polo autónomo en el Modelo circumplejo propuesto por Millon. Esta dimensión caracteriza a individuos que miden la gratificación desde el punto de vista de los deseos y valores propios. Son sujetos que buscan el refuerzo en sí mismos, ya que han aprendido que la confianza en sí mismos es la manera más efectiva de obtener refuerzos y evitar el castigo.

Tomando en cuenta las investigaciones que han estudiado el neuroticismo y sus efectos sobre el riesgo de mortalidad en pacientes cardíacos (Murberg, Bru y Aarsland, 2001), pueden establecerse puntos de concordancia con la caracterización de la escala del trastorno antisocial de la personalidad. El neuroticismo es definido como una dimensión amplia de las diferencias individuales caracterizada por la tendencia a experimentar emociones negativas, incluyendo, temor, irritabilidad, baja autoestima,

ansiedad social, desamparo e impotencia. Se sugiere también que la disposición al neuroticismo conduce a estilos de afrontamiento desadaptativos. Algunas de estas características podrían encontrarse también en personas con un trastorno o estilo antisocial de la personalidad.

Además, al comparar la descripción del trastorno antisocial de la personalidad con la definición de personalidad tipo D propuesta por Denollet, se encuentran algunas similitudes respecto a uno de los factores que la componen, denominado afectividad negativa. Esta es definida por el mismo autor como 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 (Denollet, 1994). Estas características coinciden, en parte, con las de la personalidad antisocial y a su vez con el neuroticismo.

Con respecto a las escalas de síndromes de gravedad moderada, además de la escala de uso de sustancias que resultó estadísticamente significativa, se tuvo en cuenta también la escala hipomanía, que si bien no fue significativa, resultó de interés para el presente trabajo. Esta última escala es caracterizada del siguiente modo:

"estos pacientes evidencian períodos de alegría superficial, elevada autoestima, nerviosa sobreactividad y distractibilidad, habla acelerada, impulsividad e irritabilidad. También muestran un entusiasmo no selectivo; excesiva planificación para metas poco realistas; una invasión, incluso tiranizando y demandando más calidad en las relaciones interpersonales; disminución de las necesidades de sueño; fuga de ideas y cambios rápidos y hábiles del estado de ánimo" (Mifflon, 1999, pp. 38).

En esta descripción hay tres características que se relacionan con las escalas de trastornos básicos de la personalidad anteriormente

mencionadas, éstas son: elevada autoestima, impulsividad e irritabilidad. Estas características se superponen con aspectos pertenecientes a la personalidad tipo A, así como también la planificación para metas poco realistas, la sobreactividad y el entusiasmo no selectivo.

Como mencionamos en el apartado anterior, otro aspecto de los datos que fue llamativo es el hecho de que, en primer lugar, en 14 de las 22 escalas el grupo con recurrencia de EIA puntuó por encima del grupo sin recurrencia. En segundo lugar, en el caso de las escalas restantes, cuando el grupo 0 supera al grupo 1, la diferencia es mucho menor que cuando el grupo 1 supera al grupo 0. Esto nos podría estar indicando un grado mayor de trastorno de la personalidad en el grupo de sujetos con recurrencia de EIA. Una excepción fue la escala histeriforme (Tipo Somatoforme). Esto puede deberse a que aquellas personas que puntúan alto en esta escala se caracterizan por:

“Dificultades psicológicas expresadas a través de canales somáticos, períodos persistentes de agotamiento y abatimiento, una preocupación por la pérdida de la salud y una variedad dramática aunque inespecífica de dolores en regiones diferentes y no relacionadas del cuerpo. Algunos muestran evidencia de un trastorno primario de somatización que se manifiesta en quejas somáticas, recurrentes y múltiples, frecuentemente presentadas de una manera dramática, insidiosa y exagerada. Otros tienen una historia que puede ser mejor considerada como hipocondríaca, ya que interpretan las sensaciones o malestares físicos menores como si se tratase de un achaque serio. (...) Normalmente las quejas somáticas pretenden llamar la atención”. (Millon, 1999, pp. 37).

En función de esto, podemos suponer que estos sujetos concurren con mayor frecuencia a los Servicios de Salud, lo que permite un seguimiento y detección precoz de los síntomas. En este caso la preocupación por el propio cuerpo actuaría como un factor protector de la

recurrencia de EIA, movilizándolo al sujeto a la acción. En este sentido, la extrema preocupación podría favorecer una adecuada adherencia a prescripciones médicas.

Considerando la comparación de ambos grupos (sin recurrencia y con recurrencia de EIA) en relación a todas las escalas y de acuerdo a los resultados obtenidos al aplicar el Análisis Discriminante, podemos ver que en la clasificación hecha con el total de los casos hay un 67,9% de sujetos clasificados correctamente. El modelo predice adecuadamente en un 78,1% los casos que no sufrirán reinfarto. Sin embargo, el modelo no predice adecuadamente en aquellos casos que sufrirán un reinfarto. Estos resultados nos muestran una contribución pequeña pero relevante de la personalidad en la predicción de la recurrencia de EIA.

Para leer estos resultados correctamente es importante tener en cuenta el carácter multideterminado del objeto de estudio, ya que es sabido que son varios los factores de riesgo, tanto biomédicos como psicosociales, que determinan la ocurrencia y recurrencia de los EIA. En función de esto podemos afirmar que la personalidad estaría realizando un aporte relativo a la predicción de la recurrencia de EIA, el cual debería ser considerado de manera adicional junto con el resto de los factores de riesgo.

Por otra parte, cabe mencionar algunas limitaciones que presenta este estudio y que podrían afectar los datos obtenidos. En primer lugar, los porcentajes predichos erróneamente por el modelo resultante del Análisis Discriminante podrían explicarse en parte por factores de riesgo biomédico que no fueron contemplados dada la abundancia de datos faltantes en las

historias clínicas; además, hubo sujetos que asistieron al hospital una sola vez (por ejemplo turistas o residentes de otras localidades) lo cual nos impidió recolectar más datos posteriores al EIA en estos casos.

En segundo lugar la muestra original se redujo debido a invalidación de protocolos, ausencia de historias clínicas, sujetos que, habiendo padecido enfermedades cardíacas, no se relevó la existencia de episodios isquémicos agudos. En cuanto a los sujetos fallecidos, fueron incluidos en la muestra total de sujetos, no siendo considerados como una categoría diferenciada para el análisis, ya que las causas de muerte son desconocidas en la mayoría de los casos.

En tercer lugar, es importante destacar que algunos pacientes se encontraban bajo tratamiento y/o fueron sometidos a intervenciones quirúrgicas, lo que puede ser considerada como una variable a tener en cuenta en futuros estudios.

Por último, debemos tener en cuenta que la investigación realizada se basa en la comparación de dos grupos de pacientes cardíacos, por lo que los datos obtenidos muestran, como era esperable, que las diferencias son de grado e intensidad más que cualitativas.

Estas cuestiones merecerían ser consideradas en futuros estudios referidos al tema con el fin de obtener datos más precisos. También sería enriquecedor un tratamiento de los datos ajustando modelos de duración (modelo de Cox) que consideren las fechas de los acontecimientos.

A pesar de que la muestra utilizada para llevar a cabo el análisis estadístico se redujo en relación a la muestra inicial, los datos realizan

aportes mostrando una cierta incidencia de los factores de la personalidad en la recurrencia de EIA. Como se detalló anteriormente, hubo dos escalas en las cuales obtuvimos diferencias significativas, estas son la escala de trastorno de personalidad Antisocial y la escala de Síndrome de Abuso de drogas. Además, en términos generales, se encontró en las escalas restantes puntuaciones más altas en el grupo de reinfartados, lo que implica un mayor grado de patología y, por consiguiente, de desadaptación.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en el presente estudio, se considera de suma importancia atender especialmente a los aspectos de la personalidad en el implemento de planes de prevención y tratamiento en los centros de salud; debido a que consideramos que estos factores incidirían en aspectos fundamentales como la adherencia al tratamiento médico (dieta, ejercicio físico, controles periódicos, modificación de hábitos desfavorables, etc.), el reconocimiento adecuado de la problemática y su concientización, y la oportuna demanda de atención. Además, las características de la personalidad mediatizarían la reacción emocional del sujeto frente al EIA, por lo que se considera primordial apuntar a lograr un estado emocional del paciente adecuado, que no sobredimensione ni subestime el problema, de modo que le permita conducirse en consecuencia de manera eficaz, tanto en lo concerniente al acatamiento de las indicaciones médicas, a lo vincular, familiar y social, como al afrontamiento de la patología.

En base a lo anterior se apuntaría a lograr una visión global e integrada del paciente y de su enfermedad, teniendo en cuenta, además de

los factores biomédicos, los aspectos psicosociales. Esta integración permitiría arribar a un diagnóstico más preciso, en función del cual elaborar programas de intervención más eficaces.

BIBLIOGRAFIA

Referencias Bibliográficas

- American Heart Association Journal Report (1996) "Being, chronically "blue" raises risk of heart attack, all cause mortality. May 31, 1996 NR-96-4416 (Circ/Barefoot).
- American Psychiatric Association (1988). *DSM III-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (1995). *DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Berkman, L. F.; Leo-Summers, L.; Horwitz, R. I. (1992). Emotional support and survival after myocardial infarction: a prospective, population-based study of the elderly. *Anual Internacional Medicine*; 117: 1003-09.
- Bueno, A. M., Buceta, J. M. (1991) *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades*. Madrid: Editorial Pirámide.
- Choca, J.; Shanley, L. (1992) Personality disorder or personality style: That is the question. *Journal of Counseling & Development* Jan/Feb92, Vol. 70 Issue 3, p429, 3p
- Coronary-prone behavior and coronary heart disease: a critical review. The review panel on coronary-prone behavior and coronary heart disease. *Circulation*. 1981 Jun; 63(6):1199-215. Review
- Denollet, J. (1994) Health complaints and outcome assessment in coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*; Sep-Oct Vol 56(5) 463-474.
- Denollet, J.; Sys, S.; Brutsaert, D. (1995). Personality and mortality after myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, 57, 582-591.

- Denollet, J.; Sys, S. U.; Stroobant, N.; Rombouts, H.; Gillebert, T. C. y Brutsaert, D. L. (1996) Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease *Lancet* Volume 347, Issue 8999, February, pages 417-421
- Denollet, J.; Brutsaert, D. (1998) Personality, disease severity, and the risk of long-term cardiac events in patients with a decreased ejection fraction after myocardial infarction. *Circulation* 1998; 97:167-173.
- Denollet, J.; Vaes, J.; Brutsaert, D. L. (2000) Inadequate response to treatment in coronary heart disease: adverse effects of type D personality and younger age on 5-year prognosis and quality of life. *Circulation*; 8,102(6):630-5.
- Denollet, J. (2000). Type D personality: A potential risk factor refined. *Journal of Psychosomatic Research*, 49 (4), 255-266.
- Denollet, J.; Pedersen, S. (2004) Validity of the Type D personality construct in Danish post-MI patients and healthy controls. *Journal of Psychosomatic Research*; 57:265-272.
- Emond, M.; Mock, M. B.; Davis, K. B. et al. (1994). Long-term survival of medically treated patients in the Coronary Artery Surgery Study (CASS) registry. *Circulation*; 90: 2645-57.

- Frasure-Smith, N.; Lespérance, F.; Talajic, M. (1995) Depression and other psychological risks following myocardial infarction *Archives Of General Psychiatry*, Volume 60, Issue 6, June, Pages 627-636
- Frasure-Smith, N.; Lespérance, F. (2003) Depression and other psychological risks following myocardial infarction. *Archives Of General Psychiatry* Volume 60, Issue 6, June, Pages 627-636
- Friedman, M. y Rosenman, R. (1959). Association of specific overt behaviour pattern wich increases in blood cholesterol, blood clotting time, incidence of arcus senilis and clinical coronary heart disease. *JAMA*, 169, 1286
- Friedman, R.; Schwartz, J. E.; Schnall, P. L.; Landsbergis, P. A.; Pieper, C.; Gerin, W.; Pickering, T. G. (2001) Psychological variables in hypertension: Relationship to casual or ambulatory blood pressure in men. *Psychosomatic Medicine*, 63(1): 19-31.
- Helgeson, V. S.; Taylor, S. E. (1993) Social comparisons and adjustment among cardiac patients. *Journal-of-Applied-Social-Psychology*, Aug Vol 23(15) 1171-1195.
- Hosmer D, Lemeshow S. (1989) *Applied logistic regression*. New York: John Wiley.
- Huijbrechts, I. P. A. M.; Duivenvoorden, H. J.; Deckers, J. W.; Leenders, I. C. M.; et-al (1996) Modification of smoking habits five months after myocardial infarction: Relationship with personality characteristics. *Journal-of-Psychosomatic-Research*; Vol 40(4) 369-378.
- Jonson, R A; Wichern, D W (1992). *Applied Multivariate Statistical Analysis*. United States of America: Prentice-Hall International Editions.

- Lesperance, F.; Frasura-Smith, N. (1996). Negative emotions and coronary heart disease: Getting to the heart of the matter. *The Lancet* , 47, 414-416.
- McGee, H. (1994) Cardiac rehabilitation: The role of psychological intervention. *Irish-Journal-of-Psychological-Medicine*; Dec Vol 11(4) 151-152
- Millon, T. (1985). The MCMI provides a good assessment of DSM-III disorders: The MCMI-II will prove even better. *Journal of Personality Assessment*, 49, 379-391.
- Millon, T (1999). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II [MCMI-II]. Manual*. Madrid: TEA Publicaciones de Psicología Aplicada.
- Millon, T. & Davis, R (2000). *Personality disorders in modern life*. New York: Wiley.
- Murberg, T. A.; Bru, E. y Aarmland, T. (2001) Personality as predictor of mortality among patients with congestive heart failure: a two-year follow-up study. *Personality and Individual Differences* Volume 30, Issue 5, April, Pages 749-757.
- Pedersen, S S; Middel, B; Larsen, M S (2001) The role of personality variables and social support in distress and perceived health in patients following myocardial infarction. *Journal of psychosomatic disease*. 53 1171-1175
- 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 S; Lemos, P A; van Vooren, P R; Liu, T K; Daemen, J; Erdman, R A M; Smits, P C; Serruys, P W; van Domburg, R T (2004) Type D Personality Predicts Death or Myocardial Infarction After Bare Metal Stent or Sirolimus-Eluting Stent Implantation *Journal of the American College of Cardiology* Vol. 44, No. 5: 997-1001
- Phillips, D. P.; Ruth, T. E.; Wagner, L. M. (1993). Psychology and survival. *Lancet* 342: 1142-45.
- Pianzzola, E. (2005) Enfermedad coronaria. ¿Es posible la prevención? En Urquijo, S (Comp.) *Enfermedad coronaria y factores psicológicos*. (En prensa).
- Rosanski, A.; Blumenthal, J.; Kaplan, J. (1999) Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*, 99: 2192-2217.
- Rosengren, A.; Hawken, S.; Ôunpuu, S.; Sliwa, K.; Zubaid, M.; Almahmeed, W. A.; Ngu Blackett, K.; Sitthi-amorn, C.; Sato, H.; Yusuf, S. (2004) Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11 119 cases and 13 648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004; 364: 953-62.
- Sánchez, R. (2003). *Personalidad en pacientes con enfermedades cardiovasculares. Estudio a partir de la teoría de Millon*. Trabajo presentado en el I Congreso Marplatense de Psicología, Mar del Plata, Argentina.
- Sánchez, R. (2003). Theodore Millon, una teoría de la personalidad y su patología. *Revista Psico-USF*. Vol. 8, Nº 2; julho/dezembro 2003. Pág. 163-174. Bragança Paulista, SP, Brasil. ISSN 1413-8271.