



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
DE MAR DEL PLATA**

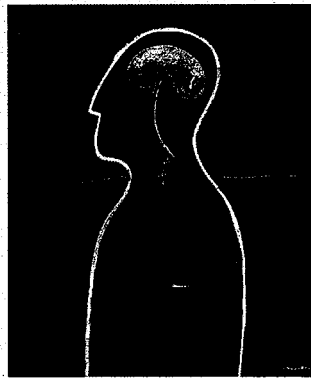
**Facultad de Psicología**

**LICENCIATURA EN PSICOLOGIA**

**“Validación de una escala para evaluar Personalidad Tipo D: El Inventario Tipo D”**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN – REQUISITO CURRICULAR**

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



**NOMBRE Y APELLIDO DE ALUMNAS:**

-André Estefanía / Matrícula: 8259/08 DNI: 32.937.382

-Calvo Rocío / Matrícula: 7784 /08 DNI: 34.561.074

-Eresuma Luciana / Matrícula: 8320 /08 DNI: 34.648.259

**CÁTEDRA O SEMINARIO DE RADICACIÓN:**

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

**SUPERVISOR:**

Esp. Roberto Sánchez

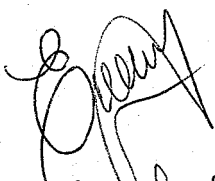
**Fecha de presentación: 22 de Abril de 2015**

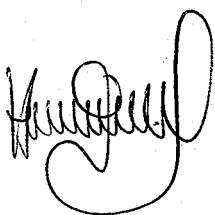



Nº CLASIFICACION:	ADQUISICION
T-PS A	Robe
	Nº INVENTARIO:
	R-01375

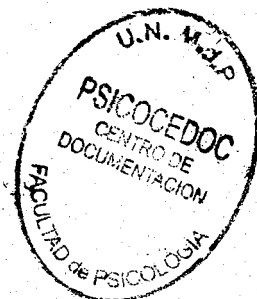
...

“Este Informe final corresponde al requisito curricular de investigación y como tal, es propiedad exclusiva de André, Estefanía; Calvo, Rocío y Eresuma, Luciana, alumnas de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo, en sus partes o resumirse, sin previo consentimiento escrito de las autoras”.

  
André Estefanía  
Mat. 8259/08

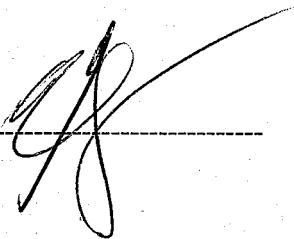
  
Eresuma, Luciana  
Mat. 8320/08

  
Rocío Calvo  
Mat. 7784/07

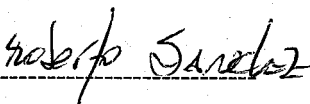


El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por los alumnos: André, Estefanía mat. 8259/08; Calvo, Rocio mat. 7784/08, y Eresuma, Luciana mat, 8320/08, conforme con los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los 21 días del mes de abril del año 2015.

Firma del Supervisor:

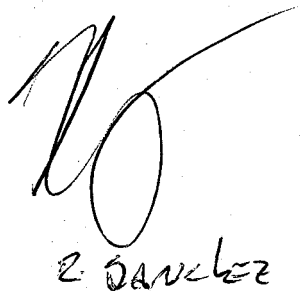
A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized initial 'R' followed by a long horizontal stroke extending to the right, positioned above a dashed horizontal line.

Aclaración:

A handwritten signature in black ink, reading 'Roberto Sanchez', positioned above a dashed horizontal line.

Informe de Evaluación de la Supervisión:

Las alumnas André, Calvo y Eresuma cumplieron con dedicación con lo proyectado, excediendo lo que se espera para el requisito curricular de Tesis de grado. El trabajo incluyó tanto aspectos teóricos actualizados sobre el tema en cuestión, Personalidad Tipo D, como aspectos prácticos, procediendo a la toma de datos de población general y a su posterior tratamiento. Como resultado del trabajo realizado se avanzó en el análisis de una versión preliminar de un nuevo instrumento para evaluar el tipo de personalidad citado, de particular incidencia en la población con trastornos isquémicos cardiovasculares. El instrumento supone un aporte de relevancia para la disciplina en un área de vacancia en nuestro país y permitirá la evaluación en tareas de prevención primaria y secundaria. El trabajo de las alumnas, reflejado en este Informe, da por resultado una producción científica de interés teórico y práctico que enriquece a la Psicología.



E. Sánchez

Página de presentación ante la Comisión Asesora

Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en la normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por los alumnos André, Estefanía mat.8259/08; Calvo, Rocío mat. 7784/07, y Eresuma, Luciana mat, 8320/08

Firma y aclaración de los miembros de la comisión asesora:

Aixa Gálvez

Rodolfo  
SANCHEZ

Fecha de Aprobación: 19/05/15

Calificación: 10 (sobresaliente)

Universidad Nacional de Mar del Plata

Facultad de Psicología

**Plan de trabajo para la realización de la investigación de pregrado**

**Requisito curricular del plan de estudios 1989 (O. C. S 143/89)**

**“Validación de una escala para evaluar Personalidad Tipo D:**

**El Inventario Tipo D”**

Alumnas: André Estefanía / Matrícula: 8259 / DNI: 32.937.382

Calvo Rocío / Matrícula: 7784 / DNI: 34.561.074

Eresuma Luciana / Matrícula: 8320 / DNI: 34.648.259

Supervisor: Esp. Roberto Sánchez.

Agosto de 2014

## Título: “Validación de una escala para evaluar la Personalidad tipo D: El Inventario Tipo D”

### Descripción resumida.

La personalidad Tipo D se define como un rasgo de personalidad caracterizado por la Afectividad negativa y por la Inhibición social. Este tipo de personalidad ha sido asociado en la literatura con la aparición y pronóstico de los Trastornos Isquémicos Cardiovasculares. Para evaluar la personalidad Tipo D fue creado el Inventario Tipo D cuyas escalas evalúan los dos componentes del constructo. Si bien en un trabajo anterior el instrumento mostró buenas propiedades psicométricas los resultados también señalaron la conveniencia de modificar algunos ítems para aumentar la fiabilidad y validez de ambas escalas. Dicho estudio, además, analizó la relación existente entre las características de la personalidad Tipo D y los factores del modelo de los Cinco Grandes Factores de Personalidad, evaluados con el Listado de Adjetivos para Evaluar la Personalidad. Se encontraron las correlaciones esperadas entre Afectividad Negativa y Neuroticismo, y entre Inhibición social y Extraversión. En este trabajo se propone validar una versión modificada del Inventario Tipo D, de acuerdo a los hallazgos del trabajo anterior. Se espera además confirmar la relación existente entre los constructos Personalidad Tipo D y los Cinco Grandes Factores de Personalidad. Se trabajará con una muestra de 300 participantes de población general de la ciudad de Mar de Plata, hombres y mujeres mayores de 30 años.

Palabras clave: Personalidad tipo D – Inventario Tipo D – Trastornos Isquémicos cardiovasculares – Modelo de los Cinco Grandes Factores de Personalidad - Listado de Adjetivos para Evaluar la Personalidad.

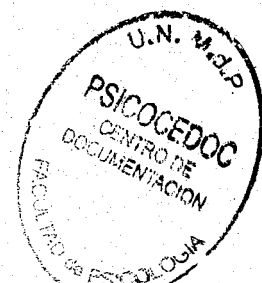
### Descripción detallada.

#### Motivos y antecedentes.

##### 1. La personalidad Tipo D.

Existe un tipo de personalidad que ha sido relacionada con los trastornos isquémicos cardiovasculares que se denominan *personalidad Tipo D*. La misma se define como un rasgo de personalidad caracterizado por la afectividad negativa y por la inhibición social (Denollet, Sys, Stroobant, Rombouts, Gillebert, & Brutsaert, 1996; Denollet, & Brutsaert, 1998; Denollet, 2000; Pedersen, & Denollet, 2003).

Por *afectividad negativa* (AN) se entiende la tendencia preocuparse y a tener una visión pesimista de las cosas, acompañada a menudo de sentimientos de infelicidad o irritación, síntomas



depresivos, tensión crónica y un bajo nivel de bienestar subjetivo. Las personas con elevada (AN) son más propensas a experimentar emociones negativas de manera estable, a lo largo del tiempo e independientemente de las situaciones, se muestran incapaces de enfrentar los estresores de la vida, tienen una visión negativa de sí mismos, presentan más síntomas somáticos y tienen un sesgo atencional hacia los estímulos adversos. Son personas que parecen estar escudriñando el mundo en busca de problemas amenazantes inminentes (Denollet, & Brutsaert, 1998; Denollet, 2000; Pedersen, & Denollet, 2003; Denollet, 2005; Sánchez, 2005).

La *inhibición social* (IS) se define por una tendencia a mantenerse distanciado de los demás, por inhibir a menudo la expresión de emociones y conductas en la interacción social, y por bajos niveles de soporte social percibido. Décadas de investigación han relacionado el aislamiento social y el bajo nivel de apoyo social percibido con el incremento en el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares. Las personas con alta IS son propensas a inhibir sus sentimientos y a la expresión de emociones negativas, se sienten tensas e inseguras en presencia de otros, a menudo presentan poca asertividad, usan estrategias de afrontamiento de evitación y tienen pocas capacidades comunicativas ( Denollet, Sys, Stroobant, Rombouts, Gillebert, & Brutsaert, 1996; Denollet, & Brutsaert, 1998; Denollet, 2000; Pedersen, & Denollet, 2003; Sánchez, 2005).

Se cree que la personalidad Tipo D resulta un factor de riesgo independiente para las enfermedades cardiovasculares y que podría actuar por dos vías: a) la inhibición de la expresión emocional ayudaría al desarrollo y desencadenamiento de la enfermedad; b) la mayor propensión a la depresión y al aislamiento social aumentaría la mortalidad en pacientes con trastornos cardiovasculares (Sánchez, 2005).

Existe evidencia empírica que sugiere que una combinación de alta afectividad negativa y alta inhibición social puede predecir la aparición de trastornos cardíacos de manera independiente a los factores de riesgo tradicionales (Denollet, Vaes, & Brutsaert, 2000; Denollet, 2000).

## 2. El Inventario Tipo D.

Denollet (2005) desarrolló un instrumento breve para operacionalizar el constructo Tipo D: la Escala de personalidad tipo D DS-14. La escala consta de 14 ítems distribuidos en dos sub-escalas, Afectividad Negativa e Inhibición Social. El autor reporta niveles de consistencia interna de  $\alpha$  0,88 para AN y de  $\alpha$  0,86 para IS y el análisis factorial mostró dos factores dominantes que se corresponden con los factores teóricos. La escala DS14 se utiliza para identificar con precisión el

tipo de personalidad tipo D y también evaluar el grado de riesgo que puede representar para los pacientes cardíacos (Denollet, 2005).

En base a estudios previos, se realizó una versión preliminar de una nueva escala para evaluar la personalidad Tipo D en nuestro contexto: el Inventario Tipo D [ITD] (Echegoyen, & Layús, 2014). El instrumento se diseñó en base a los ítems de la DS14 y a los conceptos de la personalidad Tipo D, en particular, la AN y la IS. La escala fue administrada a una muestra de población general, compuesta por 247 participantes de entre 18 y 70 años, y a otra de 24 pacientes cardíacos de la ciudad de Mar del Plata. El ITD consta de 20 ítems, 10 corresponden a AN y 10 a IS. Dentro de cada escala 5 ítems preguntan en la dirección de la escala (por ejemplo, “Me irrito con frecuencia” en la escala de AN) y 5 preguntan en sentido inverso (por ejemplo, “Soy una persona optimista” en la misma escala). Los ítems se puntúan en una escala Likert de 5 puntos que va de 0 (falso) a 4 (verdadero). Los cuestionarios fueron auto-administrados de manera individual.

El análisis factorial muestra en principio un factor que se correspondería con el constructo Tipo D; 18 de los 20 ítems del Inventario cargan en este factor, con cargas que van de 0,70 a 0,25. Al analizar la rotación aparecen tres factores que se corresponden con las escalas del instrumento, si bien la escala de AN aparece desdoblada en dos factores, uno con los ítems que preguntan en sentido positivo de la escala (“Me irrito con frecuencia”) y otro con los ítems que preguntan en sentido negativo respecto a la escala (“Soy una persona optimista”). En el factor 1 aparecen 9 de los 10 ítems de IS, con cargas de 0,68 a 0,44. En el segundo factor aparecen 4 de los 5 ítems invertidos de AN con altas cargas en general (de 0,48 a 0,72); en el factor 3 cargan los 5 ítems directos de AN con cargas que van de 0,26 a 0,79.

Los coeficientes Alfa fueron satisfactorios (mayores a  $\alpha$  0,70 en las dos escalas y de  $\alpha$  0,82 para el instrumento total), si bien dos ítems, uno de cada escala, bajan los coeficientes respectivos. Ambos ítems, además, no cargan en los factores correspondientes en el análisis factorial. El ítem 4-“Prefiero que los demás no sepan cómo me siento”- de la escala de IS, y el 18-“Me siento capaz de enfrentar los diferentes problemas de la vida”- de la escala de AN. Estas dos circunstancias, baja relación del ítem con el resto de la escala y carga en otro factor distinto al teóricamente esperado, indicarían que ambos ítems deberían ser reemplazados o modificados.

En resumen, si bien los resultados resultan satisfactorios para el instrumento, deberían realizarse algunos ajustes. En particular, los ítems 4 y 18 deberían modificarse ajustándolos al marco teórico a los efectos de una mejor inclusión en sus respectivas escalas. Para continuar con este trabajo además, resulta necesario administrar el instrumento modificado a una nueva muestra de

participantes de población general, cuidando que la media de edad se aproxime más a la edad de la población con TIC.

#### 4. Modelo de los Cinco Grandes Factores de la Personalidad

El modelo de los Cinco Grandes se fundamenta en que cinco amplios factores son la base de la personalidad. Estos factores se presentan como dimensiones bipolares formando un continuo y son los siguientes: neuroticismo – estabilidad emocional, extraversión – introversión, amabilidad – opositorismo, responsabilidad – falta de responsabilidad y apertura a la experiencia – convencionalismo. Estos resultan ser tanto independientes de la cultura cuanto del lenguaje de las personas, y los rasgos se mantienen relativamente estables a lo largo de la vida (Sánchez, & Ledesma, 2008).

Se desarrolló un instrumento para evaluar la personalidad según los lineamientos del MCF en nuestro contexto: el listado de Adjetivos para Evaluar la Personalidad [AEP] (Sánchez, & Morelli, 2007; Sánchez, & Ledesma, 2008; Ledesma, Sánchez, & Díaz Lázaro, 2011; Sánchez, & Ledesma, 2013). El AEP consiste en 67 adjetivos para evaluar las cinco dimensiones del modelo. El listado ofrece una alternativa simple para evaluar los factores y posee buenas propiedades psicométricas (Ledesma et al., 2011; Sánchez, & Ledesma, 2013).

#### 5. Relaciones entre la personalidad Tipo D y los Cinco Grandes Factores

Los sujetos con personalidad tipo D tienden a experimentar emociones negativas como depresión, ansiedad, ira, sentimientos hostiles, y a inhibir estas emociones, mientras que evitan contactos sociales (Denollet, & VanHeck, 2001). Se ha explorado su relación con el Modelo de Personalidad de los Cinco Factores encontrándose de manera consistente que AN correlaciona positivamente con Neuroticismo, e IS correlaciona negativamente con Extraversión, y ambos correlacionan negativamente con Responsabilidad (Denollet, 2005).

En la validación del Inventario Tipo D (Echegoyen, & Layús, 2014) se observa las relaciones esperadas entre AN y Neuroticismo ( $r = 0,58$ ) y entre IS y Extroversión ( $r = -0,69$ ). Se obtuvieron las mismas correlaciones para la muestra de pacientes con TIC, bajo el supuesto de que las relaciones esperadas serían más fuertes en esta población (AN  $M = 1,49$ ; IS  $M = 57$ ). También se hallaron correlaciones inversas moderadas entre AN e IS con Amabilidad. Respecto a la muestra con TIC la relación inversa entre AN y Amabilidad se muestra un poco más fuerte ( $r = -0,38$ ), no resultando así con IS ( $r = -0,19$ ). En resumen, este trabajo reporta evidencia respecto a la falta de Amabilidad en las

personas con alta AN. Podría sostenerse, en principio, que la combinación AN, IS y Oposicionismo resulta un posible predictor de la enfermedad cardiovascular.

El objetivo del presente estudio es validar el Inventario tipo D en su versión modificada en una población general de la ciudad de Mar del Plata. Para ello se administrará a una muestra intencional el ITD, a los efectos de profundizar sobre las relaciones existentes entre las características de la personalidad tipo D (AN e IS) y el modelo de los Cinco Grandes, en particular con los factores de Extraversión y Neuroticismo.

#### Objetivos generales

1. Validar la versión modificada del Inventario Tipo D.
2. Analizar la relación existente entre Personalidad Tipo D y los 5 Grandes Factores de personalidad.

#### Objetivos particulares

1. Validar la versión modificada del inventario Tipo D.
2. Evaluar la prevalencia de personalidad tipo D en población general de la ciudad de Mar del Plata.
3. Brindar los datos de la validación del Inventario tipo D para población argentina.

#### Hipótesis de trabajo

La versión modificada del Inventario Tipo D soluciona los aspectos problemáticos detectados en la versión original.

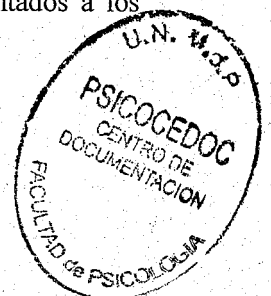
Existe una fuerte correlación negativa entre Inhibición social y Extraversión (mayor a  $\alpha \square -0,50$ ), y una fuerte correlación positiva entre Afectividad negativa y Neuroticismo (mayor a  $\alpha \square 0,50$ ).

#### Técnicas y Análisis de datos

##### Técnicas

Se utilizarán los siguientes instrumentos:

-Listado de Adjetivos para Evaluar la Personalidad (AEP). Se trata de un instrumento que mediante 67 adjetivos (comprensivo, productivo, fantasioso, etc.) evalúa el perfil de personalidad de acuerdo a los cinco factores del modelo. El instrumento fue desarrollado y validado en la ciudad de Mar del Plata (Ledesma, et al., 2011; Sánchez, & Ledesma, 2013). Los adjetivos son presentados a los



sujetos y estos deben responder cuanto lo describen, en una escala que va de 1 (“no me describe en absoluto”) a 5 (“me describe tal como soy”).

-Inventario Tipo D. Instrumento de 20 ítems (10 por escala, 5 que preguntan en sentido positivo y 5 en sentido negativo) desarrollado en nuestra ciudad para evaluar las dos dimensiones de la personalidad Tipo D. El instrumento cuenta con datos preliminares que informan de su buena calidad psicométrica (Echegoyen, & Layús, 2014). En este trabajo se administrará una versión modificada del Inventario en función de los resultados preliminares.

#### Análisis de datos

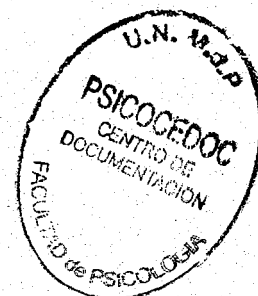
- Validez: de constructo y convergente.
- Confiabilidad: consistencia interna – partición en mitades
- Análisis de correlaciones
- Análisis de frecuencias

#### Lugar de realización del trabajo

Las técnicas serán aplicadas a una muestra compuesta por 300 participantes de población general de la ciudad de Mar de Plata, hombres y mujeres mayores de 30 años. El proyecto se encuentra radicado en el seminario Trastornos de personalidad, Diagnóstico, evaluación y pautas de tratamiento, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata.

#### Cronograma de actividades

MESES	1	2	3	4	5	6
a. Relevamiento del material bibliográfico	■	■			■	
b. Confección del marco teórico		■	■			
c. Selección de la muestra		■				
d. Administración de los instrumentos		■	■	■		
e. Construcción de la base e ingreso de datos			■	■		
f. Análisis estadístico de los datos					■	
g. Análisis e interpretación de los resultados					■	
h. Redacción del informe final						■



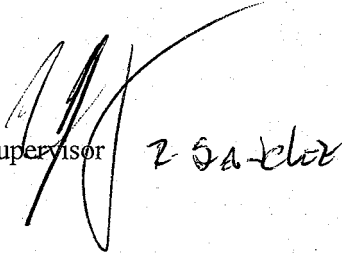
**PLAN DE TRABAJO**

*Validación de una escala para evaluar Personalidad tipo D: El Inventario Tipo D*

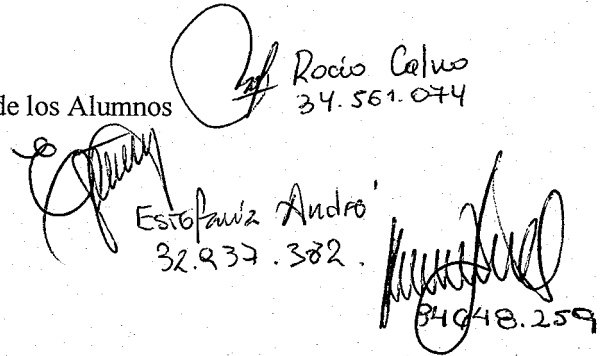
André, Estefanía – Calvo, Rocio – Eresuma Luciana

Facultad de Psicología-UNMDP

Firma del Supervisor



Firma de los Alumnos



Rocio Calvo  
34.561.074

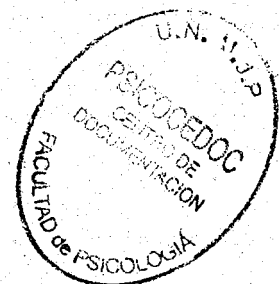
Estefanía Andre  
32.937.382

34048.259

P/Área de investigación

Resultados de la evaluación (aprobado/rehacer)

Fecha:



### Referencias bibliográficas

- Denollet, J., Sys, S., Stroobant, N., Rombouts, H., Gillebert, T., & Brutsaert, D., (1996). Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease. *TheLancet*, 347, 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*, 97, 167-173.
- Denollet, J. (2000). Type D personality: A potential risk factor refined. *Journal of Psychosomatic Research*, 49 (4), 255-266.
- Denollet, J., Vaes, J., & Brutsaert, D. (2000). Inadequate response to treatment in coronary heart disease: adverse effects of type D personality and younger age on 5-year prognosis and quality of life. *Circulation*, 102, 630-635.
- Denollet, J., & Van Heck, G. (2001). Psychological risk factors in heart disease. What Type D personality is (not) about. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 465-468.
- Denollet, J. (2005). DS14: Standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. *Psychosomatic Medicine*, 67, 89-97.
- Echegoyen, C., & Layús, J. (2014). Validación de una escala breve para evaluar Personalidad tipo D. Tesis de grado, Facultad de Psicología, UNMdP.
- Ledesma, R., Sanchez, R., & Díaz-Lázaro, C. (2011). Adjective Checklist to Assess the Big Five Personality Factors in the Argentine Population. *Journal of Personality Assessment*, 93, 46-55.
- 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.
- Sánchez, R. (2005). La Personalidad tipo D y el riesgo cardiovascular. *Nexos*, 20, 22-25.
- Sánchez, R., & Morelli, C. (noviembre, 2007). *Construcción de un listado de adjetivos para evaluar la personalidad desde el modelo de los Cinco Grandes Factores. Análisis de una versión preliminar*. III Congreso Marplatense de Psicología. Mar del Plata.
- Sánchez, R., & Ledesma R. (2008). *Los cinco grandes factores: cómo entender la personalidad y cómo evaluarla*. En A. Monjeau (Ed.), *Conocimiento para la transformación*. Serie Investigación y Desarrollo (pp. 131-160). Mar del Plata, Ediciones Universidad Atlántida Argentina.
- Sánchez, R., & Ledesma, R. (2013). Listado de Adjetivos para Evaluar Personalidad: Propiedades y normas para una población argentina. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 22, 2, 147-160.

## **ÍNDICE GENERAL**

Resumen	pág.7
Marco teórico	pág.8
Metodología	pág.31
Resultados	pág.34
Discusión	pág.40
Referencias bibliográficas	pág.42
Apéndice 1	pág.50
Apéndice 2	pág.51

**Apellido y Nombre de los alumnos:** André, Estefanía; Calvo Rocío; y Eresuma, Luciana.

**Matricula/año:** 8259/08 - 7784/08 - 8320/08

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

**Supervisor:** Esp. Sánchez, Roberto

## **TITULO**

“Validación de una escala para evaluar Personalidad Tipo D: El Inventario Tipo D”

### **Resumen**

En este trabajo se valida una versión del Inventario tipo D, instrumento desarrollado para evaluar dicho tipo de personalidad. La Personalidad tipo D se define como un rasgo de personalidad caracterizado por la Afectividad negativa y por la Inhibición social, y ha sido asociada en la literatura con la aparición y pronóstico de los Trastornos Cardiovasculares. El Inventario Tipo D contiene dos escalas que evalúan ambos componentes del constructo. Si bien en un trabajo anterior el instrumento mostró buenas propiedades psicométricas los resultados también señalaron la conveniencia de modificar algunos ítems para aumentar la fiabilidad y validez de ambas escalas, y la estructura factorial del instrumento. En dicho estudio, además, se analizó la relación existente entre las características de la personalidad Tipo D y los rasgos del Modelo de los Cinco Grandes Factores de Personalidad, evaluados con el Listado de Adjetivos para Evaluar la Personalidad. Se encontraron las correlaciones esperadas entre Afectividad Negativa y Neuroticismo, y entre Inhibición social y Extraversión. En este trabajo se espera también confirmar las relaciones existentes entre la Personalidad Tipo D y los Cinco Grandes Factores de Personalidad. Se trabajará con una muestra de 300 participantes de población general de la ciudad de Mar de Plata, Argentina, hombres y mujeres mayores de 30 años.

**Palabras Clave:** Personalidad Tipo D–Modelo de los Cinco Grandes Factores de Personalidad – Enfermedades del corazón–Evaluación de la personalidad.

## Marco teórico.

### 1. Psicología y Trastornos isquémicos cardiovasculares.

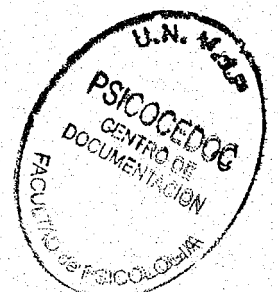
#### 1.1 Aspectos psicológicos relacionados con los Trastornos isquémicos cardiovasculares.

Hasta hace poco tiempo la medicina tradicional se había esforzado por separar del campo de la medicina todo lo que implique explicaciones por fuera de él, defendía una separación radical entre mente y cuerpo. Las enfermedades eran causadas por agentes externos que desorganizaban al cuerpo; los aspectos psicológicos eran poco tenidos en cuenta y no se sabía mucho acerca de ellos. Hoy eso es indiscutible, se sabe que el ser humano es un ser complejo y global, un ser biopsicosocial, del que no se pueden separar los diferentes aspectos que lo integran como si fueran compartimentos estancos sin influencia entre ellos.

El hecho de que se haya recurrido durante tanto tiempo a explicaciones biológicas de las enfermedades produjo que en la literatura exista más información de los factores de riesgo biológicos que de otros factores, como por ejemplo los factores de riesgo psicológicos. Los factores de riesgo biológico (como por ejemplo la hipertensión, el sedentarismo, el tabaquismo o el colesterol elevado) han sido ampliamente estudiados y tratados en los programas de prevención primaria y secundaria. Sin embargo, son los factores de riesgo psicosociales los que no han recibido un tratamiento considerable (Sánchez, 2005).

La importancia de los factores psicológicos y sociales en el desarrollo de la enfermedad coronaria y en la prevalencia de vida del paciente coronario ha ido ganando terreno. Pese al conocimiento, un número considerable de eventos cardiovasculares que pueden ocurrir luego de una intervención coronaria percutánea no eran debidamente identificados por los modelos de predicción de los que se disponía. Era necesaria la evaluación de otros factores de riesgo, así fue que surgieron los aspectos psicológicos como los potenciales candidatos (Kop, 1999).

En la actualidad, y desde hace unas décadas, los factores psicológicos y sociales han sido reconocidos por su relación con la aparición de los TIC, en el presente ya no caben dudas acerca de la relación entre las emociones y el corazón (Marusic, 2000). Según el autor, los mecanismos biológicos pueden ser modificados por influencias psicológicas, y de esa manera ser determinantes en el papel de contraer o expresar una enfermedad coronaria.



En un artículo del diario “La Nación” del 13 de Febrero del 2014 (“¿De qué mueren los argentinos?”) se informa que, según cifras oficiales del Ministerio de Salud de la República Argentina (2013), en los últimos doce años murieron 3.205.039 personas en nuestro país. Las enfermedades cardiovasculares se cobraron 824.290 vidas, en segundo lugar se ubican los tumores malignos con 730.096 personas, y en tercer lugar, las enfermedades cerebrovasculares (ACV) que causaron la muerte de 266.498 personas. Cuando se mira la vida completa de las personas, la principal causa de muerte tanto en varones como en mujeres es la enfermedad cardiovascular. Las cifras oficiales muestran que en 2012 fallecieron 71.426 personas por esta causa, de las cuales 35.806 (50,13%), fueron mujeres. Aun así, según estimaciones del Ministerio de Salud, entre 2003 y 2011, la mortalidad por enfermedades cardiovasculares descendió un 15 por ciento en la Argentina, una tendencia atribuible a la creciente reducción en el consumo de tabaco y, en menor medida, al mayor control de la hipertensión arterial por parte de los equipos de salud, a las personas con factores de riesgo. Sin embargo, entre los factores de riesgo que merecen menos control y cuidado por parte de las personas, los profesionales, y los propios organismos oficiales son los cuadros psicopatológicos (principalmente ansiedad y depresión).

Distintas investigaciones han destacado y puesto en evidencia una serie de factores psicosociales que contribuyen a la expresión de trastornos cardiovasculares. Estos factores se expresan principalmente en cinco campos: 1) depresión, 2) ansiedad elevada, 3) personalidad patológica o rasgos disfuncionales de personalidad, 4) aislamiento social y 5) estrés crónico. Si bien los mecanismos por los cuales los factores de riesgo psicológico influyen sobre el sistema cardiovascular aún no están tan claros como en el caso de los factores biológicos, la propensión psicológica está considerada entre los factores de riesgo más relacionados con la aparición de trastornos cardiovasculares. Se ha comprobado también, que tiene influencia no solo en la aparición de la enfermedad sino también en el curso de la misma. A su vez, en los pacientes que se encuentran en una situación de post-infarto se ha estudiado cómo la evaluación subjetiva que el paciente realiza (como el grado de preocupación por el estado de salud) tiene mayor influencia en los trastornos emocionales que pudieran aparecer, que la severidad misma de la enfermedad física (Sánchez, 2005).

Rozanski, Blumenthal y Kaplan (1999) dan cuenta de cincuenta estudios que examinaron el impacto de los factores sociales sobre la incidencia futura de TIC en población inicialmente

sana. En dichos estudios, se encontró una red relativamente pequeña, por regla general, como relacionada con un aumento de dos o tres veces en la posibilidad de sufrir TIC con el tiempo (Sánchez, 2015).

Siguiendo con esta línea Rozanski, Blumenthal y Kaplan en 1999 consideran que los temas que más se han estudiado en relación con la patología cardiovascular han sido: la depresión, la ansiedad, las características de la personalidad, el aislamiento social y el estrés. Para estos autores la relación entre los vínculos de los factores psicosociales y la enfermedad cardiovascular vendría de la mano de dos tipos de mecanismos patofisiológicos:

- Mecanismos conductuales: determinadas condiciones psicosociales contribuyen a que la persona realice conductas poco favorables. ( Por ej., sedentarismo)
- Mecanismos fisiológicos: mecanismos que están directamente implicados en la patología del trastorno. (Por ej., excesiva activación neuroendocrina)

En 1996 Denollet y sus colaboradores sugirieron que la depresión está relacionada con rasgos subyacentes de personalidad más amplios y estables, lo que puede explicar las diferencias individuales en la angustia y la mortalidad en pacientes con enfermedad cardiovascular. Unos años después, Denollet informó en varios estudios sobre la idea de que una tendencia general a experimentar dificultades emocionales e interpersonales pueden exacerbar la progresión de la enfermedad cardíaca, independientemente del diagnóstico del trastorno de depresión o ansiedad (Denollet, 2008).

La evidencia revisada hasta aquí demuestra la estrecha relación entre los factores psicológicos y los TIC, lo cual indica que dichos factores podrían ser una de las causas o de los agravantes de enfermedades cardiovasculares. Esta relación debe ser considerada en el tratamiento de los pacientes cardíacos para la mejora de su calidad de vida.

## 1.2. Personalidad y TIC: la Personalidad Tipo A.

Siguiendo la línea de estudio que relaciona la personalidad con la salud física, en el año 1959 se aísla el primer patrón de conductas que aludía a un tipo de personalidad específico, la “Personalidad Tipo A” (Sánchez, 2015). Los primeros en estudiar el tema fueron Meyer Friedman y Ray Rosenman, quienes formaban parte de un grupo de cardiólogos de San

Francisco, EE.UU, que estaban preocupados por determinar los rasgos más característicos de las personas que sufrían afecciones cardíacas. Estos autores describieron ciertas características para dar cuenta del comportamiento de estos pacientes y a este conjunto lo denominaron “Patrón de conductas tipo A” (PCTA). Éste patrón se caracteriza, entre otras cosas, por un esfuerzo intenso y mantenido hacia el logro de objetivos autoseleccionados y, por lo general, pobremente definidos; una elevada inclinación hacia la competitividad; el deseo de reconocimiento y prestigio; una baja tolerancia a la frustración; una constante implicación en diversas actividades que, generalmente, exceden la disponibilidad de tiempo del sujeto; impaciencia acentuada; una marcada tendencia a la respuesta hostil; un destacado nivel de alerta física y mental (Sánchez, 2015).

Las personas con una personalidad Tipo A, en líneas generales, presentan una elevada preocupación por su trabajo o profesión y ponen este aspecto por sobre los demás. Esta sobre implicación se expresa en algunas o todas las características anteriormente descritas (esfuerzo intenso y mantenido hacia el logro de objetivos, elevada competitividad, etc.). Estas conductas se complementan con el descuido de otras áreas de su vida (Sánchez, 2015).

Friedman y Rosenman plantearon que el Tipo A no es un trastorno psicológico sino una suerte de reacción que surge cuando ciertas características de personalidad de una persona se enfrentan a ciertos estímulos ambientales específicos (Sánchez, 2015).

Aunque todavía hay controversias en torno a la validez del constructo tipo A y los mecanismos que subyacen a la relación de las enfermedades del corazón, no se puede negar que esta línea de investigación ha sido influyente para el desarrollo de investigaciones, teorizaciones y conferencias (Matthews, Owens, Kuller, Sutton-Tyrrell, & Mc Williams, 1998).

Durante muchos años la investigación cardiovascular estuvo centrada exclusivamente sobre este patrón de conducta y los avances fueron mínimos (Lesperance, & Frasure-Smith, 1996). De todas formas el PCTA y su asociación con las enfermedades cardiovasculares siguieron siendo estudiados en diversas investigaciones realizadas en los últimos años que sostienen esta relación (Kawachi, Sparrow, Kubzansky, Spiro, Vokonas, & Weiss, 1998; Kim et al., 1998; Munakata et al., 1999; Coelho, Ramos, Prata, Maciel, & Barros, 1999; Carinci et al., 1997; Del Pino Pérez, Borges del Rosal, Díaz del Pino, Suárez Santana, & Rodríguez Matos, 1990; Del Pino Pérez, Gaos Meizoso, Díaz del Pino, Díaz Cruz, & Suárez Santana, 1992). Sin embargo tal asociación

también ha sido cuestionada por numerosas investigaciones que reportaron que no había correlación entre el patrón de conducta tipo A y el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares (Rozanski, Blumenthal, & Kaplan, 1999; Espnes, & Opdahl, 1999; Schroeder, Narkiewicz, Kato, & Pesek, 2000; Myrtek, 2001; Friedman et al., 2001).

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

### 1.3. Personalidad tipo D

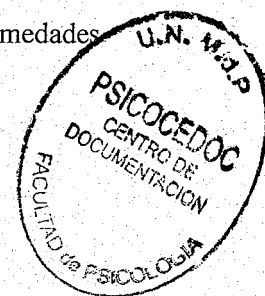
Posteriormente, un nuevo tipo de personalidad ha sido propuesta como relacionada con el riesgo de contraer TIC (Lesperance, & Frasere-Smith, 1996). Johan Denollet y su grupo de investigadores de la Universidad de Amberes, Bélgica, han sugerido que la personalidad "Tipo D" (de *distress*) puede ser una influencia importante en el desarrollo de la patología cardiovascular. Esta línea de investigación permite predecir la mortalidad en pacientes con enfermedades coronarias, independientemente de lo establecido por los factores biomédicos de riesgo (Denollet et al., 1995; Denollet et al., 1996; Denollet, & Brutsaert, 1998). A partir de estudios anteriores que relacionaban enfermedad cardiovascular con el malestar psicológico y con la falta de apoyo social, estos investigadores han suministrado evidencia empírica respecto de cómo la conjunción de ambos factores incrementa el riesgo de contraer enfermedades cardiovasculares y el riesgo de mortalidad en pacientes cardíacos (Sánchez, 2015).

La personalidad tipo D fue estudiada en países occidentales como Bélgica, Dinamarca, Alemania, Islandia, Israel, Países bajos, Noruega, Polonia, Turquía y Ucrania. También se han desarrollado estudios en países no occidentales como Taiwán y China (Weng et al., 2013).

La personalidad Tipo D se define como un rasgo de personalidad caracterizado por la afectividad negativa y por la inhibición social (Denollet et al., 1995; Denollet et al., 1996; Denollet et al., 1998; Pedersen, & Denollet, 2003; Pedersen et al., 2004; Sánchez, 2005).

*La Afectividad negativa [AN]* 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. Las personas con elevada afectividad negativa son más propensas a experimentar emociones negativas de manera estable, a lo largo del tiempo e independientemente de las situaciones. Estas personas se muestran incapaces de enfrentar los estresores de la vida, tienen una visión negativa de sí mismos, presentan más síntomas somáticos y tienen un sesgo atencional hacia los estímulos adversos (Denollet et al., 1998). Parecen estar permanentemente buscando el estímulo amenazante (Denollet, 2000). La AN ha logrado el interés en diferentes investigaciones por su relación con las enfermedades cardíacas (Smith, & Ruiz, 2002). Por otra parte, este rasgo correlaciona con la escala de neuroticismo del NEO-FFI en sujetos sanos ( $r$  0,68) y con la escala de neuroticismo del cuestionario de Personalidad de Eysenck ( $r$  0,64) en pacientes con enfermedades cardiovasculares (Denollet, 2000). Además, personas con alta AN obtuvieron una alta correlación negativa con la escala de Extraversión del cuestionario NEO-PI-R ( $r$  -0,52, en participantes sanos) y con la escala de extraversión del Cuestionario de Personalidad de Eysenck ( $r$ -0,65, en pacientes con enfermedades cardiovasculares). En un trabajo reciente, Svansdottir, Van Den Broek, Karlsson, Olason, Thorgilsson & Denollet (2013) también encontraron una fuerte relación entre ambos pares de conceptos: ( $r$  0,82) para la relación Afectividad Negativa (AN) y Neuroticismo, y ( $r$  -0,67) para Inhibición Social (IS) y Extraversión. El trabajo se basó en una muestra de 498 estudiantes universitarios de Islandia, evaluados con versiones locales de la DS14 y del NEO-FFI. En un trabajo anterior (Echegoyen, & Layús, 2014) se aplicó un instrumento, el inventario tipo D, encontrando una relación entre AN y Neuroticismo de ( $r$  0,58) en población general.

*La Inhibición social [IS]* se define por una tendencia a mantenerse distanciado de los demás, por inhibir a menudo la expresión de los sentimientos y por bajos niveles de soporte social percibido. En abundantes investigaciones se ha relacionado el aislamiento social y bajo niveles de apoyo social percibido (componentes de la inhibición social) con el incremento en el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares (Smith et al., 2002). Este rasgo implica la inhibición de las expresiones emocionales y cierta interferencia en las conductas de interacción social (Denollet, 2000). Décadas de investigación han relacionado el aislamiento social y el bajo nivel de apoyo social percibido con el incremento en el riesgo de sufrir enfermedades



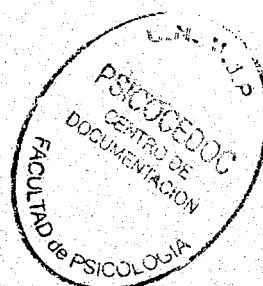
cardiovasculares (Sánchez, 2005). Las personas con alta IS son más propensas a inhibir sus sentimientos y a sentirse tensos e inseguros en presencia de otros, a menudo presentan poca asertividad, usan estrategias de afrontamiento de evitación, y tienen pocas capacidades comunicativas. Además, inhiben la expresión de emociones negativas (Denollet et al., 1995). Aunque los individuos inhibidos son tranquilos en la superficie, evitan conflictos interpersonales a través de un control excesivo sobre la autoexpresión. Por lo tanto, la IS se refiere a las diferencias individuales generalizadas en la reticencia, la retirada, la no expresión y el malestar en los encuentros con las otras personas (Denollet, 2000). La IS se diferencia de otros estilos de afrontamiento emocional. A diferencia de la represión, la IS no se refiere a la expulsión inconsciente de las emociones negativas, sino a la alta dificultad de comunicación interpersonal y a la supresión consciente de las emociones. Cabe destacar que los pacientes con una alta IS, no tienen un déficit en su capacidad para reconocer estímulos emocionales, característica clave de la alexitimia (Denollet, 2000). Por otra parte, correlaciona negativamente con la escala de extraversión del NEO-FFI en sujetos sanos (-0,65) y con la escala de extraversión del cuestionario de Personalidad de Eysenck ( $r$  -0,65) en pacientes con enfermedades del corazón. En el trabajo mencionado anteriormente, realizado en la ciudad de Mar del Plata (Echegoyen, & Layús, 2014) se encontró una relación entre IS y Extraversión de ( $r$  -0,69).

AN e IS no cubren toda la gama de diferencias individuales en personalidad, pero estos rasgos globales representan grandes dominios de personalidad y pueden ser de interés inmediato para los pacientes con enfermedades del corazón (Denollet, & De Potter, 1992). Teniendo en cuenta los diferentes tipos de personalidad, y pudiendo identificar estos en diferentes grupos de pacientes, se podría realizar predicciones en lo que atañe a los pronósticos, tratamientos y rehabilitaciones.

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

Cuadro 1. Personalidad Tipo D (adaptado de Sánchez, 200

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



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

Una amplia variedad de factores psicológicos han sido asociados con la incidencia y la progresión de enfermedades cardíacas (Denollet, 2000). La depresión, y el bajo apoyo social percibido a menudo se considera que están vinculadas a la morbilidad y la mortalidad de cardiopatía coronaria (Wenger, 1998). En particular, las asociaciones entre la depresión y la mortalidad por cualquier causa se han encontrado en muestras de la comunidad en general (Murphy, Monson, Olivier, Sobol, & Leighton, 1987), así como en personas con enfermedad coronaria del corazón, la diabetes mellitus y la hipertensión (Wells, Rogers, Burnam, & Camp, 1992).

Existen otros estados afectivos distintos de depresión, como ira, hostilidad, ansiedad, agotamiento vital, que se han asociado con enfermedades del corazón (Frasure-Smith, Lesperance, & Talajic, 1995; Denollet, 1998). En el estudio de seguimiento llevado a cabo por Frasure-Smith, el 63% de los pacientes que murieron por enfermedades del corazón, tenían depresión. Estas observaciones demuestran que la depresión podría ser un factor de riesgo importante de las enfermedades cardiovasculares.

La personalidad Tipo D podría ser un factor de riesgo independiente para las enfermedades cardiovasculares por dos motivos (Sánchez, 2005): a) la inhibición de la expresión emocional podría ayudar al desarrollo y desencadenamiento de la enfermedad; y b) la mayor propensión a la depresión y al aislamiento social podrían aumentar la mortalidad en pacientes con TIC. La personalidad Tipo D podría predecir los trastornos cardíacos y además podría subsumir conceptos anteriormente dispersos como la depresión, la ira y la ansiedad (afectividad negativa) o el aislamiento y la falta de apoyo social (inhibición social) (Sánchez, 2005).

Además, aquellas personas que tienen personalidad Tipo D presentan mayor riesgo para un amplio rango de resultados adversos para la salud (Denollet, 2005; Schiffer, Smith, Pedersen, Widdershoven, & Denollet, 2008), corren tres veces más riesgo de padecer todo tipo de problemas cardiovasculares en el futuro, incluso un paro cardíaco, un bypass o un trasplante de corazón, y afecciones psicológicas como la depresión, la ansiedad o una mala salud mental (Denollet, Shiffer, & Spek, 2010). La personalidad tipo D predice morbilidad y mortalidad independientemente de los factores de riesgo médicos tradicionales y se ha sugerido como un predictor de pronóstico del estado de salud, incluso después de las intervenciones terapéuticas (Pedersen, Theuns, Muskens-Heemskerk, Erdman, & Jordaens, 2007).

Denollet y Brutsaert (1998) estudiaron estos rasgos y encontraron que la combinación de ambos factores, AN e IS, puede predecir la aparición de TIC de manera independiente a los factores de riesgo tradicionales. Estos autores mostraron en el mismo trabajo que la angustia emocional del paciente no estaba relacionada con la gravedad de la enfermedad, sino que reflejaba las diferencias individuales que son estables en el tiempo y consistentes a través de las situaciones.

Existe evidencia empírica que sugiere que una combinación de alta afectividad negativa y alta inhibición social suele estar presente en pacientes en riesgo de TIC (Denollet, 2000; Denollet, Vaes, & Brutsaert, 2000). La evidencia acumulada hasta el momento indica que los pacientes cardíacos con personalidad Tipo D tienen un incremento significativo en el riesgo de morbilidad y mortalidad cardiovascular, de manera independiente a los factores de riesgo tradicionales (Pedersen & Denollet, 2003).

La evidencia preliminar de la idea de que el tipo D puede predecir los resultados adversos para la salud, se encuentra en un estudio de 105 hombres que completaron el Inventario de Ansiedad Rasgo y la Escala de Inhibición Social (Denollet, 2000). Se clasificaron 28 pacientes con personalidad tipo D y 77 como no tipo D; después de 5 años de seguimiento, la tasa de muerte era mucho más alta para los pacientes tipo D ( $11/28 = 39\%$ ) que los pacientes no tipo D ( $4/77 = 5\%$ ).

En un estudio previo, Denollet y sus colaboradores (1996) encontraron diferencias significativas entre aquellos pacientes con personalidad Tipo D y aquellos que eran no Tipo D. Un estudio posterior llevado a cabo a 268 hombres y 35 mujeres con enfermedad coronaria, de entre 31 a 79 años, que completaron el Inventario de Ansiedad rasgo y la Escala de inhibición social, en consonancia con las conclusiones del estudio inicial, la tasa de mortalidad después de 10 años de seguimiento resultó significativamente mayor en los pacientes tipo D ( $27/85 = 27\%$ ) que en los pacientes no Tipo D ( $15/218 = 7\%$ ). La personalidad Tipo D refleja los efectos conjuntos de la tendencia a experimentar emociones negativas y la tendencia a inhibir la libre expresión. La sola presencia de una de estas tendencias no tuvo ningún efecto (Denollet, 2000). Por lo tanto, este estudio encontró que los pacientes identificados como tipo D que tenían enfermedades coronarias, tenían un riesgo cuatro veces mayor de muerte en comparación con pacientes no tipo D.

Finalmente, un estudio de seguimiento de 5 años en una nueva muestra de 319 pacientes con enfermedad coronaria confirma que personalidad tipo D representa una categoría de alto riesgo que merece una atención especial (Denollet, Vaes, & Brutsaert, 2000).

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

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

En el año 2005, Denollet crea un inventario, el DS14; el mismo consiste en una escala psicométrica para evaluar dos rasgos dominantes en la personalidad tipo D: la afectividad negativa y la inhibición social. Este tipo de personalidad predispone a contraer padecimientos cardiovasculares, y a su potenciación en caso de que el paciente ya haya sido diagnosticado con alguna enfermedad clínico cardiovascular. El instrumento ha demostrado buena consistencia interna, fiabilidad y validez.

Un estudio realizado en Brasil (Schmidt et al., 2006) se evaluó la influencia de características psicológicas en el pronóstico a largo plazo de pacientes sometidos a la intervención coronaria percutánea (ICP). Fue necesaria la evaluación de nuevos factores de

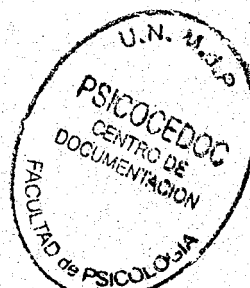
riesgo cardiovasculares para explicar la aparición de un número considerable de eventos cardiovasculares adversos mayores (ECVM), los cuales pueden ocurrir después de una ICP, por lo que surgieron los aspectos psicológicos como potenciales candidatos. Se realizó un análisis de la prevalencia de características psicológicas, tales como la depresión, la ansiedad, el estrés y la personalidad tipo D en pacientes sometidos a implante de stent coronario bajo el supuesto de que esto puede ayudar en la estratificación de riesgo de ECVM en el seguimiento a largo plazo. Los pacientes considerados para la inclusión fueron aquellos sometidos a la ICP con implante de stent coronario durante el período transcurrido entre marzo y mayo de 2006, en un centro de referencia para la Cardiología Intervencionista en el Sur de Brasil. Se pudo observar una alta prevalencia de características psicológicas adversas, y la mayoría de los pacientes tuvo al menos un diagnóstico psicológico. Durante el período de un año de seguimiento clínico, los pacientes con ECVM tenían una mayor puntuación de afectividad negativa. Se demostró una alta prevalencia de las características psicológicas adversas en los pacientes sometidos a la ICP, y una asociación significativa entre las puntuaciones de afectividad negativa y la aparición de ECVM en el seguimiento a largo plazo. Según el estudio realizado, los resultados revelan la importancia de una correcta identificación de ese subgrupo de pacientes para que se puedan ofrecer mejores opciones de tratamiento y así reducir el riesgo cardiovascular.

Recientemente a partir de un estudio que tuvo como propósito examinar la validez del constructo Personalidad Tipo D mediante su evaluación con el DS14 (Weng et al., 2013), fueron reclutados 421 adultos de la población general y 87 pacientes con enfermedad coronaria entre 18 y 85 años de edad, del hospital General Budista Tzu Chi Dalin, Taiwán, entre octubre de 2009 y octubre de 2010. Este estudio permitió comparar la prevalencia y el poder pronóstico de la personalidad tipo D sobre las enfermedades cardiovasculares en Taiwán con otros países. El estudio amplía las investigaciones previas para validar que la IS correlaciona positivamente con supresión de la hostilidad, mientras que tiene una correlación negativa con la expresión de hostilidad. Estos hallazgos validan aún más el constructo de personalidad Tipo D y confirman que la misma es generalizable en un entorno asiático tal como Taiwán.

Por otro lado, Pelle, Erdman, Van Domburg, Spiering, Kazemier, & Pedersen (2008) en un estudio realizado entre marzo de 2004 y octubre de 2005 en los Países Bajos con pacientes que presentan enfermedad coronaria, y que participan del programa de rehabilitación cardíaca en la Organización para la Rehabilitación Cardíaca de Rotterdam, se demostró que los pacientes

cardíacos que informan personalidad tipo D muestran problemas en el estado de salud antes y después de la rehabilitación cardíaca, en comparación con los pacientes que no presentan personalidad Tipo D. Los pacientes con personalidad tipo D que siguieron una rehabilitación cardíaca se mantuvieron estables dentro de la clasificación Tipo D. Sin embargo se demostró que la rehabilitación tiene al menos un gran poder estabilizador en la recuperación de dichos pacientes. El subcomponente inhibición social cambió con el tiempo, mientras que la afectividad negativa se mantuvo estable, pero la relevancia clínica del cambio de inhibición social era insignificante. En general, los pacientes Tipo D reportaron peor estado de salud antes y después de asistir a un programa de rehabilitación cardíaca multifactorial en comparación con los pacientes que no presentan personalidad Tipo D. La personalidad Tipo D también ha demostrado tener un efecto estable sobre el estado de salud en el tiempo. El impacto de la personalidad tipo D en el estado de salud no sólo fue estadísticamente significativo, sino también clínicamente relevante. Se sugiere que los pacientes con Tipo D se benefician de la rehabilitación en términos de mejora del estado de salud, sin embargo este subgrupo de pacientes necesitan intervenciones complementarias a la rehabilitación estándar, ya que todavía experimentaban peor estado de salud que los pacientes no Tipo D (Pelle et al., 2008). El objetivo de este tipo de intervención, sostienen los autores, no debe ser la de alterar la personalidad, sino mejorar los mecanismos de supervivencia de los pacientes Tipo D. Este estudio es una prueba más de los efectos adversos en el pronóstico y tratamiento de los pacientes que tienen una personalidad tipo D.

La personalidad tipo D se ha asociado con un pronóstico adverso a los 5 años de seguimiento, a pesar del tratamiento médico óptimo y la participación en la rehabilitación cardíaca (Denollet, Pedersen, Vrints, & Conraads, 2006). Dos estudios recientes se centraron en el contexto de la rehabilitación cardíaca en pacientes Tipo D. Uno mostraba que los pacientes Tipo D se benefician de la rehabilitación cardíaca en términos de mejora del estado de salud y la reducción de la depresión y la ansiedad (Karlsson, Edstrom-Pluss, Held, et al., 2007). El otro estudio mostró que el 81% de los pacientes se mantuvo estable dentro de la personalidad Tipo D después de asistir a la rehabilitación cardíaca (Binder, Kohls, Schmid, & Saner, 2007). Se concluye que para ambos estudios la rehabilitación es una pieza fundamental para la estabilización de los pacientes tipo D, ya que si no, debido a sus rasgos de personalidad, tienden a empeorar el cuadro clínico y la recuperación.



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

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

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

Esto es así ya que, como se dijo, la personalidad tipo D es un factor independiente en el surgimiento y evolución de los trastornos cardiovasculares; por tanto, aun estando controlados los factores de riesgo biológicos, el paciente puede tener una mala evolución según las características de su personalidad (Sánchez, 2005). La psicología cuenta hoy, a través de la psicoterapia, con las herramientas suficientes como para revertir esos rasgos de personalidad desadaptativos. La consulta a tiempo puede ayudar a prevenir los efectos negativos de la personalidad tipo D sobre la salud física en particular y sobre la calidad de vida en general. Y en el caso de pacientes que ya presentan una patología cardíaca, un tratamiento psicológico adecuado puede ayudarlos a una mejor recuperación y a un mayor bienestar psicológico. En este y otros campos, y como resultado de su trabajo científico, la psicología dispone hoy de intervenciones eficaces con una marcada relevancia social (Sánchez, 2005).

## 2. El Modelo de los Cinco Grandes Factores de Personalidad [MCF].

### 2.1. Los “cinco grandes”

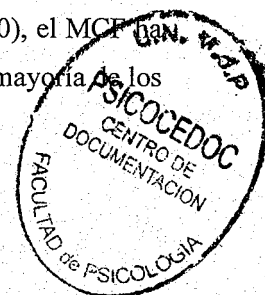
Hacia fines de los años '80 y comienzos de los '90, se observa un resurgimiento de la psicología de la personalidad centrado en el desarrollo del modelo de los rasgos y en el creciente interés en el estudio factorial de la personalidad, a partir del uso de términos del lenguaje, en particular adjetivos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

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

Siguiendo a los autores, una de las características del MCF es la importancia dada a la operacionalización de los constructos teóricos. Es por esto que se ha diseñado una amplia variedad de instrumentos para evaluar la personalidad de acuerdo a los lineamientos del modelo.

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

El MCF postula la existencia de cinco amplias dimensiones de personalidad que abarcan la mayor parte de los rasgos de personalidad que existen. Para McCrae y Costa (1990), el MCF ha ordenado los sistemas rivales de la estructura de la personalidad al mostrar que la mayoría de los



rasgos pueden entenderse en términos de cinco dimensiones básicas. Esto resulta tanto independiente de la cultura cuanto del lenguaje de las personas, y los rasgos se mantienen relativamente estables a lo largo de la vida. Lo que plantean estos autores, es que desde el nacimiento, cada persona tendría una “orientación genética” que predispone lo que va a ser, o lo que puede llegar a ser su personalidad.

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

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

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

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

## 2.2. El Listado de Adjetivos para Evaluar la Personalidad (AEP).

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

El formato instrumental del AEP consiste en un listado de 67 adjetivos descriptivos de rasgo para las cinco dimensiones del MCF. Los participantes deben responder al lado de cada adjetivo que se presenta en la lista teniendo en cuenta cuanto de dicho adjetivo describe su personalidad, en una escala que va de 1 (no me describe en absoluto) a 5 (me describe tal como soy). Además, los participantes completan datos personales como ser sexo, edad y nivel educativo, lo que posteriormente permite ubicarlos en el baremo correspondiente. Los adjetivos que se presentan en el listado conforman las cinco dimensiones del modelo de los cinco grandes factores; 16 corresponden a amabilidad, 13 a responsabilidad, 10 a extroversión, 18 a neuroticismo y 10 a la dimensión apertura. El formato de adjetivos (en lugar del tradicional de frases) ya había sido utilizado por distintos autores. Por ejemplo, Goldberg (1990, 1992) construyó un instrumento para evaluar la personalidad según el MCF, un inventario de 100 adjetivos unipolares, el "*Trait Descriptive Adjectives*" (TDA, "adjetivos descriptivos de rasgos"), el cual brinda una representación óptima del MCF. Goldberg (1990, 1992) desarrolló también una versión de 50 adjetivos bipolares. Posteriormente, Saucier (1994) desarrolló un instrumento de 40 reactivos a partir del listado de Goldberg. En otro trabajo, Saucier y Goldberg (1996) seleccionaron 435 adjetivos de rasgos evaluados por los participantes como términos altamente familiares. Un análisis factorial de esos adjetivos reprodujo de manera muy

convinciente la estructura de los cinco grandes. En la actualidad, Goldberg (Goldberg, 1999; Goldberg et al., 2006) se encuentra trabajando en la creación de un banco *on line* de ítems de personalidad (IPIP, *International Personality Item Pool*, <http://ipip.ori.org/>). Su objetivo es fomentar la investigación sobre el MCF en todo el mundo.

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

El AEP mostro buenas propiedades psicométricas, los coeficientes alfa de Cronbach fueron entre  $\alpha$  0.75 y  $\alpha$  0.84 para las diferentes escalas y la estructura factorial resulto muy acorde con el modelo de los cinco grandes (Sánchez, & Ledesma, 2013).

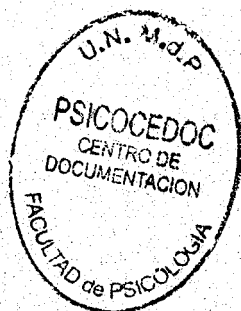
Ledesma, Sánchez y Díaz-Lázaro (2011) ofrecen evidencias de validez y confiabilidad para los puntajes del AEP. En particular, validez aparente (mediante el acuerdo de jueces expertos respecto a la pertenencia de cada adjetivo al factor correspondiente), validez de contenido (el AEP logró cubrir 27 de las 30 facetas consideradas por el modelo), una estructura penta factorial acorde al modelo, medidas satisfactorias de consistencia interna para las escalas, y validez convergente con una versión argentina del *Big Five Inventory* [BFI] (Castro Solano, 2002;

Castro Solano, & Casullo, 2001). En un trabajo posterior (Sánchez, & Ledesma, 2013) ofrecen normas diferenciadas por sexo y por edad, en base a una amplia muestra de participantes.

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

Cuadro 2. Adjetivos del AEP por factor.

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



El AEP ha demostrado ser un instrumento válido y confiable para evaluar la personalidad de acuerdo al MCF en nuestro contexto y luego de sus etapas de construcción (Ledesma, Sánchez, & Díaz-Lázaro, 2011) y normalización (Sánchez, & Ledesma, 2013) ha entrado en un período de desarrollo e inclusión respecto a la evaluación psicológica y a la investigación (Álvarez, López, & Pérez, 2011; Andrés, Richards, & Aymune, 2012; Arribillaga, Gómez, & Testoni, 2009; Cibanal, 2013; Sánchez, Ledesma, De Carli, & Novelli, 2009; Urquijo, & Del Valle, 2012).

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

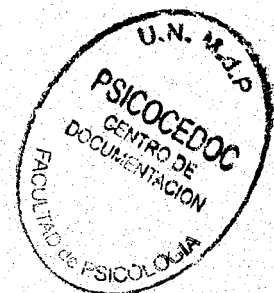
#### 3.1. El Inventario Tipo D

Con el tiempo, el trabajo sobre la Personalidad Tipo D llevó a la construcción de la Escala Tipo D 16 (DS16) (Denollet, 1998), una medida de auto-informe para evaluar el tipo de personalidad Tipo D en la investigación y en la práctica clínica. El hallazgo de un estudio prospectivo de 5 años de seguimiento del estudio confirmó que el Tipo D, según la evaluación de la DS16, predijo eventos cardíacos adversos en pacientes con enfermedad cardíaca coronaria, después de controlar los factores de riesgo biomédicos y síntomas depresivos (Denollet et al, 2000).

Posteriormente, Denollet (2005) desarrolló un instrumento breve para operacionalizar el constructo Tipo D: la Escala DS14. La DS14 se utiliza para identificar con precisión el tipo de personalidad tipo D y también evaluar el grado de riesgo que puede representar para los pacientes cardíacos. Consta de 14 ítems distribuidos en dos escalas, Afectividad Negativa e Inhibición Social, puntuados en una escala tipo Likert desde 0 (Falso) a 4 (Verdadero). La escala mostró elevada estabilidad test-retest, con índices de 0,72 para AN y de 0,82 para IS, en un período de tres meses. Se han realizado estudios en los que se reportan altos niveles de consistencia interna de  $\alpha$  0,88 para AN y de  $\alpha$  0,86 para IS. La escala DS14 ha demostrado una estructura de dos factores estables y los ítems cargaron entre 0,62 y 0,82 en su correspondiente factor. Las puntuaciones han demostrado buenas propiedades psicométricas. Además, la DS14 se ha utilizado en investigaciones epidemiológicas y clínicas en todo el mundo.

En base a estudios previos se realizó una versión preliminar de una nueva escala para evaluar la personalidad Tipo D en nuestro contexto: el Inventario Tipo D [ITD]. (Echegoyen, & Layús, 2014). El instrumento se diseñó en base a los ítems de la DS14 y a los conceptos de la personalidad Tipo D, en particular, la AN y la IS. La escala fue administrada a una muestra de población general, compuesta por 247 participantes de entre 18 y 70 años, y a otra de pacientes cardíacos de 24 participantes de la ciudad de Mar del Plata. El ITD consta de 20 ítems, 10 corresponden a AN y 10 a IS. Dentro de cada escala 5 ítems preguntan en la dirección de la escala (por ejemplo, “Me irrito con frecuencia” en la escala de AN) y 5 preguntan en sentido inverso (por ejemplo, “Soy una persona optimista” en la misma escala). Los ítems se puntúan en una escala Likert de 5 puntos que va de 0 (falso) a 4 (verdadero). Los cuestionarios fueron autoadministrados de manera individual. El análisis factorial muestra en principio un factor que se correspondería con el constructo Tipo D; 18 de los 20 ítems del Inventario cargan en este factor, con cargas que van de 0,70 a 0,25. Al analizar la rotación aparecen tres factores que se corresponden con las escalas del instrumento, si bien la escala de AN aparece desdoblada en dos factores, uno con los ítems que preguntan en sentido positivo de la escala (“Me irrito con frecuencia”) y otro con los ítems que preguntan en sentido negativo respecto a la escala (“Soy una persona optimista”). En el factor 1 aparecen 9 de los 10 ítems de IS, con cargas de 0,68 a 0,44. En el segundo factor aparecen 4 de los 5 ítems invertidos de AN con altas cargas en general (de 0,48 a 0,72). En el factor 3 cargan los 5 ítems directos de AN con cargas que van de 0,26 a 0,79. Los coeficientes Alfa fueron satisfactorios (mayores a  $\alpha$  0,70 en las dos escalas y de  $\alpha$  0,82 para el instrumento total), si bien dos ítems, uno de cada escala, bajan los coeficientes respectivos. Ambos ítems, además, no cargan en los factores correspondientes en el análisis factorial. El ítem 4, “Prefiero que los demás no sepan cómo me siento”, de la escala de IS, y el 18, “Me siento capaz de enfrentar los diferentes problemas de la vida”, de la escala de AN. Estas dos circunstancias, baja relación del ítem con el resto de la escala y carga en otro factor distinto al teóricamente esperado, indicarían que ambos ítems deberían ser reemplazados o modificados (Echegoyen, & Layús 2014).

En resumen, si bien los resultados fueron considerados satisfactorios para el instrumento, deberían realizarse algunos ajustes. En particular, los ítems citados, que resultaron problemáticos, deberían modificarse ajustándolos al marco teórico a los efectos de una mejor inclusión en sus respectivas escalas. Para continuar con este trabajo además, resulta necesario



administrar el instrumento modificado a una nueva muestra de participantes de población general, cuidando que la media de edad se aproxime más a la edad de la población con TIC.

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

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

En un estudio que realizaron De Fruyt y Denollet en 2002, en 155 trabajadores sanos, encontraron altas correlaciones entre afectividad negativa y neuroticismo ( $r$  0.74) e inhibición social con extraversión ( $r$  -0.61). Aunque concluyeron que sus hallazgos no abogan por un reemplazo de la personalidad Tipo D por los rasgos correspondientes de los “cinco grandes”, esto parece ser más sobre la base de su practicabilidad psicométrica (ya que los diversos cuestionarios tipo D son mucho más breves que las medidas típicas de neuroticismo y extraversión) que sobre la validez predictiva o de criterio. Es importante señalar, sin embargo, que De Fruyt y Denollet, demostraron convincentemente que los componentes de la personalidad tipo D correlacionan sustancialmente con el neuroticismo y la extroversión (Howard, & Hughes, 2012).

En la validación del Inventario Tipo D (Echegoyen, & Layús, 2014) se observan las relaciones esperadas entre AN y Neuroticismo ( $r$  0,58) y entre IS y Extroversión ( $r$  -0,69). Se obtuvieron las correlaciones para la muestra de pacientes con TIC, bajo el supuesto de que las relaciones esperadas serían más fuertes en esta población.

También se hallaron correlaciones inversas moderadas entre AN e IS con Amabilidad, ambos hallazgos reportados en la literatura precedente. En particular, la evidencia es más convincente respecto a la relación entre AN y Oposicionismo (De Fruyt, & Denollet, 2002), si bien en este trabajo ambas escalas se relacionaron con dicho factor (AN  $r$  0,34 e IS  $r$  0,30) coincidiendo con los resultados reportados por Svansdottir y otros en 2013 (AN  $r$  0,35 e IS  $r$  0,27). Respecto a la muestra con TIC la relación inversa entre AN y Amabilidad se muestra un poco más fuerte ( $r$  -0,38), no resultando así con IS ( $r$  -0,19).

En resumen, este trabajo reporta evidencia respecto a la falta de Amabilidad en las personas con alta AN. Podría sostenerse, en principio, que la combinación AN, IS y Oposicionismo resulta un posible predictor de la enfermedad cardiovascular. Esta muestra, además, arrojó una elevada correlación inversa entre IS y Responsabilidad ( $r = -0,49$ ), lo que posiblemente signifique que la presencia del propio trastorno cardiovascular dificulta la expresión de la Responsabilidad. Adicionalmente, se encontró una correlación moderada entre AN e IS ( $r = 0,47$ ) lo que estaría dando cuenta de una superposición entre ambas dimensiones y la existencia de un único constructo (Tipo D). Finalmente, y también de acuerdo a la literatura se observó una relativa independencia entre AN e IS con Apertura a la experiencia (Echegoyen, & Layús, 2014).

Las diferencias entre las medias de AN e IS entre población general y población con TIC estuvieron por debajo de lo esperado, si bien en ambos casos la muestra de pacientes cardíacos puntuó más alto, con una diferencia moderada de acuerdo al tamaño del efecto (Echegoyen, & Layús, 2014).

La importancia de detectar la AN y su relación con el Neuroticismo es mayor aún si se considera que ambos constructos serían predictores de depresión y que ésta ha sido recientemente considerada como un factor de riesgo para resultados médicos adversos en pacientes con síndrome coronario agudo, en una declaración científica de la *American Heart Association* (Lichtman et al., 2014).

Los análisis preliminares de un estudio previo (Echegoyen, & Layús, 2014) resultan favorables para el ITD; sin embargo aparecen ciertos aspectos que deben pulirse en el instrumento. Por esto, resulta conveniente hacer las modificaciones pertinentes y continuar con los estudios sobre las propiedades del Inventario a fin de contar con un instrumento válido y confiable para evaluar la Personalidad Tipo D, y este es el objetivo del presente trabajo.

#### Metodología.

#### Participantes.

La muestra estuvo compuesta por 322 participantes, 219 mujeres (68%) y 103 hombres (32%). Las edades estuvieron comprendidas entre 30 y 86 años ( $X = 49,6$  años; d.e.: 12,1). 49 tenían educación primaria (15,2%), 123 secundaria (38,2%), 74 universitaria (23,0%) y 76

terciaria (23,6%) (En todos los casos, completa o incompleta). 32 de los participantes (9,9%) reportaron algún tipo de trastorno cardiovascular.

### Instrumentos.

#### *Inventario Tipo D.*

Instrumento de 20 ítems (10 por escala) desarrollado en la ciudad de Mar del Plata, Argentina, para evaluar las dos dimensiones de la personalidad Tipo D.

El instrumento cuenta con datos preliminares que informan de su buena calidad psicométrica (Echegoyen, & Layús, 2014). En este trabajo se administró una versión modificada del Inventario en función de los resultados preliminares, que aconsejaban cambiar dos ítems de funcionamiento defectuoso. Dentro de cada escala 5 ítems preguntan en la dirección de la escala y 5 preguntan en sentido inverso. Los ítems se puntúan en una escala Likert de 5 puntos que va de 0 (falso) a 4 (verdadero). La consigna indica: “*A continuación se presentan una serie de afirmaciones que las personas pueden utilizar para describirse a sí mismas. Por favor, lea cada frase y luego marque con una X el número que más se acerque a su propia descripción. No hay respuestas correctas o incorrectas: su propia impresión es lo único que importa*”. El puntaje de cada escala se obtiene sumando los ítems correspondientes (previa inversión de los que preguntan en sentido inverso). En el Apéndice 1 se muestra el inventario.

#### *Listado de Adjetivos para Evaluar la Personalidad.*

Instrumento que mediante 67 adjetivos (comprensivo, productivo, fantasioso, etc.) evalúa el perfil de personalidad de acuerdo a los cinco factores del modelo. El instrumento fue desarrollado y validado en la ciudad de Mar del Plata, Argentina (Sánchez, & Ledesma, 2007; Ledesma, Sánchez, & Díaz-Lázaro, 2011; Sánchez, & Ledesma, 2013). Los adjetivos se presentan a los participantes y estos deben responder cuanto lo describen, en una escala que va de 1 (“no me describe en absoluto”) a 5 (“me describe tal como soy”). Se trata de un instrumento que mediante 67 adjetivos (comprensivo, productivo, fantasioso, etc.) evalúa el perfil de personalidad de acuerdo a los cinco factores del modelo. El instrumento fue desarrollado y validado en la ciudad de Mar del Plata, Argentina (Sánchez, & Ledesma, 2007; Ledesma,

Sánchez, & Díaz-Lázaro, 2011; Sánchez, & Ledesma, 2013). Los adjetivos son presentados a los sujetos y estos deben responder cuanto lo describen, en una escala que va de 1 (“no me describe en absoluto”) a 5 (“me describe tal como soy”). El puntaje en cada factor se obtiene promediando los adjetivos que lo componen, previa inversión de los adjetivos que son marcadores negativos de la dimensión (por ejemplo, “Relajado” del factor Neuroticismo). Así, se obtiene un puntaje entre 1 y 5 para cada escala que puede ser ubicado en el baremo correspondiente, por sexo y edad, en tareas de evaluación (Sánchez, & Ledesma, 2013).

Adicionalmente, los participantes contestaron una breve encuesta de datos demográficos y referidos a sus antecedentes cardiovasculares.

#### Procedimiento.

Los participantes de población general fueron reclutados por los autores de manera individual; luego de ser informados sobre los propósitos de la investigación y de expresar su consentimiento, completaron los instrumentos de manera autoadministrada. La toma de datos insumía alrededor de 30 minutos. Ningún tipo de compensación fue ofrecida por participar en el estudio.

Los datos fueron gestionados y analizados con los programas SPSS 15.0 y Vista-CITA (Ledesma, & Molina, 2009). Respecto al ITD se realizó un análisis factorial exploratorio y se estimaron los coeficientes de fiabilidad Alfa de Cronbach para las dos escalas del Inventario. Adicionalmente, se analizaron las correlaciones entre las escalas del ITD y del AEP.

Resultados.

Análisis del ITD.

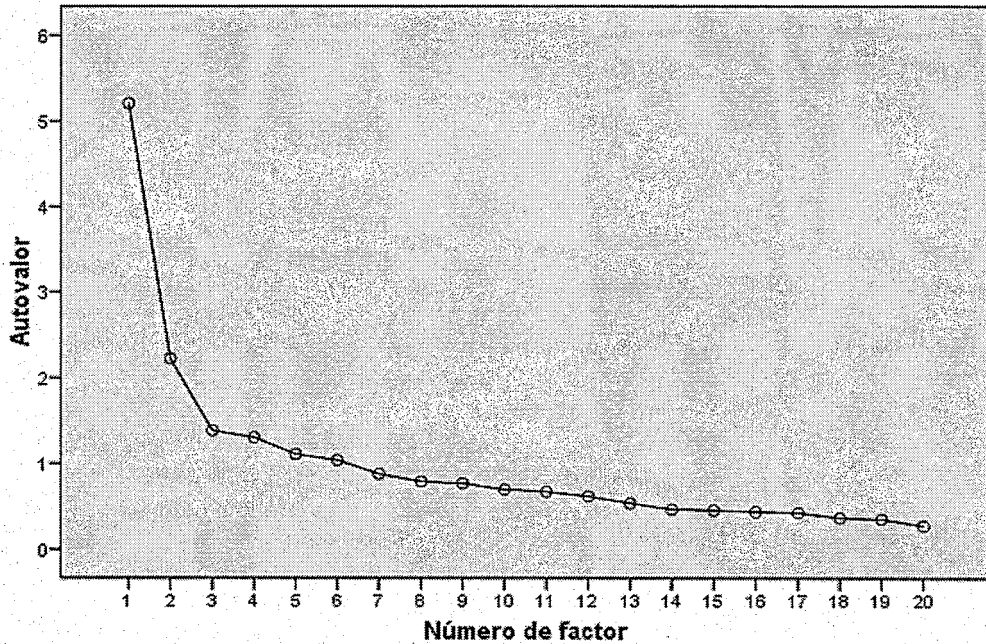
*Análisis factorial.*

El coeficiente de adecuación Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) del ITD, 0,834, sugiere que la interrelación entre los ítems es adecuada, y la prueba de esfericidad de Bartlett (1840,44, gl: 190,  $p < 0,000$ ) confirmó dicha posibilidad, por lo que resulta pertinente implementar el Análisis Factorial.

El gráfico de sedimentación muestra claramente dos factores antes del punto de inflexión (si bien aparecen otros factores con autovalores mayores a 1)



Gráfico 1. Sedimentación de los factores del ITD.



Al realizar un análisis factorial con el método Factorización del eje principal aparece una solución inicial con un primer factor que explica el 26,0% de la varianza e incluye 19 de los 20 ítems del instrumento. Sólo queda afuera el ítem 1 (“A menudo puedo hacer un escándalo por cosas sin importancia”). En la siguiente tabla se muestra dicho factor con la carga factorial de cada ítem.



Tabla 1. Factor e ítems con carga factorial

Ítem	Carga
1	
2	,594
3	,466
4	,208
5	,201
6	,618
7	,323
8	,532
9	,298
10	,656
11	,510
12	,480
13	,504
14	,673
15	,539
16	,576
17	,492
18	,183
19	,591
20	,552

Al realizar una rotación con el método Normalización Quartimax aparecen dos factores principales que explican el 29,0% de la varianza. El primer factor se corresponde con IS y el segundo con AN. En la Tabla 2 se muestran ambos factores con sus ítems y sus cargas respectivas.

Tabla 2. Rotación A.F.

Ítem	Factor 1 IS	Factor 2 AN
1		
2		,663
3	,561	
4	,158	
5		,324
6	,354	,559
7	,413	
8	,530	
9		,187
10	,268	,746
11	,563	
12	,463	
13	,257	,401
14	,261	,779
15	,602	
16	,578	,197
17	,293	,296
18		,126
19	,748	
20	,459	,238

En la tabla anterior se observa que los 10 ítems de IS cargan en la escala respectiva (si bien el ítem 4 tiene una carga factorial baja) y que 9 de los 10 ítems correspondientes cargan en la escala de AN (con el ítem 18 con baja carga). Algunos ítems cargan en ambas escalas (6, 10, 13, 14, 16, 17, y 20) si bien en todos los casos las cargas más fuertes se dan en las escalas correspondientes a nivel teórico (excepto el ítem 17 con similar carga en ambos factores).

*Estadísticos descriptivos y diferencias de medias.*

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

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

	Min.	Máx.	Media	d. e.	Alfa
Afectividad negativa	0,10	3,90	1,52	0,60	0,74
Inhibición social	0,00	3,60	1,35	0,73	0,79

En la tabla anterior se observa que las dos escalas del ITD muestran valores aceptables de consistencia interna. Los ítems 1 y 18 disminuyen levemente el Alfa de AN y el ítem 4 hace lo propio con la de IS. El Alfa de la escala completa resultó 0,82 (media: 1,44; d.e: 0,57).

#### Análisis de la relación Tipo D / Cinco grandes factores.

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

Tabla 4. Correlaciones convergentes entre el ITD y el AEP (muestra total)

	AfNe	InSo	Amab	Resp	Extr	Neur	Aper
Afectividad negativa	1	,364**	-,326**	-,158**	-,369**	,539**	-,201**
Inhibición social	,364**	1	-,261**	-,072	-,781**	,105	-,377**

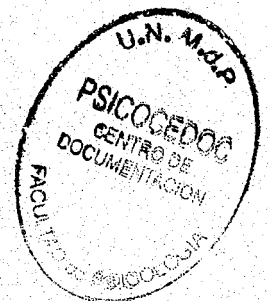
\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

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

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

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

En la tabla anterior se observan las altas correlaciones esperadas entre AN y Neuroticismo, y entre IS y Extraversión. Adicionalmente, aparecen correlaciones inversas entre ambas escalas y Amabilidad (principalmente AN), correlaciones ya observadas en la literatura (Denollet, 2005; Echevoyen, & Layús, 2014; Svansdottir et al., 2013). También se registró una moderada correlación inversa entre AN y Extraversión, lo que indicaría cierta tendencia a la introversión en las personas con alta AN. También se observa una moderada relación inversa entre IS y Apertura a la experiencia. Finalmente se obtuvo una correlación moderada entre las dos escalas del ITD, AN e IS, lo que significaría que existe cierta superposición entre ambos constructo.



## Discusión.

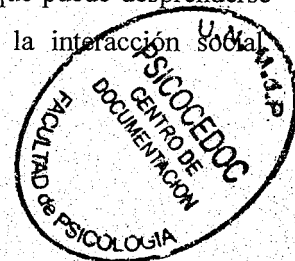
Los análisis de la versión modificada el ITD resultan positivos, habiéndose paliado, en parte, los defectos observados en la versión original (Echegoyen, & Layús, 2014). El análisis factorial muestra un factor principal que se corresponde con el constructo Tipo D e incluye 19 de los 20 ítems del instrumento y explica el 26% de la varianza, con cargas factoriales que van de 0,18 a 0,67. Al realizar la rotación aparecen los dos factores esperados. El primero, IS, con los 10 ítems correspondientes, con cargas de 0,41 a 0,75 (con excepción del ítem 4 con una baja carga factorial de 0,16). El segundo, AN, incluye 9 de los 10 ítems de la escala con cargas factoriales de 0,20 a 0,78 (con excepción del ítem 18 con baja carga factorial de 0,13).

Los coeficientes Alfa fueron satisfactorios (mayores a  $\alpha$  0,70 en las dos escalas y de  $\alpha$  0,82 para el instrumento total) y si bien algunos ítems disminuyen levemente el Alfa de la escala, tal disminución no resulta significativa.

Dada la relevancia teórica de los ítems de menor funcionamiento psicométrico, entendemos que resulta conveniente mantenerlos dentro del instrumento mientras se realizan estudios posteriores.

De acuerdo a la literatura, se encontraron fuertes relaciones entre la Personalidad Tipo D y las dimensiones de los “cinco grandes”. En particular, resultan elevadas las relaciones esperadas entre AN y Neuroticismo ( $r$  0,54) y entre IS y Extroversión ( $r$  -0,78). Estas relaciones se condicen con las reportadas en la literatura. En el Apéndice 2 se incluye una tabla donde se muestran esos hallazgos.

También se hallaron correlaciones inversas moderadas entre AN e IS con Amabilidad ( $r$ -0,33 y  $r$  -0,26, respectivamente), hallazgo también reportado en la literatura. En particular, la evidencia es más convincente respecto a la relación entre AN y Amabilidad (De Fruyt, & Denollet, 2002), si bien en el presente trabajo ambas escalas se relacionaron con dicho factor, coincidiendo con los resultados reportados por Svansdottir y colaboradores en el año 2013 (AN  $r$  0,35 e IS  $r$  0,27). El trabajo reporta evidencia respecto a cierta falta de Amabilidad en las personas Tipo D. Podría sostenerse, en principio, que la combinación AN, IS y Oposicionismo resulta un posible predictor de la enfermedad cardiovascular. La muestra, además, presentó una moderada correlación inversa entre AN y Extroversión ( $r$  -0,37), de lo que puede desprenderse que la AN además de conllevar emociones displacenteras dificulta la interacción social.



Finalmente, se encontró una moderada relación inversa entre IS y Apertura a la experiencia, de lo que podría deducirse que la inhibición de las emociones y el distanciamiento de los demás, propios de la IS, conllevaría una personalidad más de tipo convencional. Sin embargo, estas hipótesis deberían chequearse en otros trabajos.

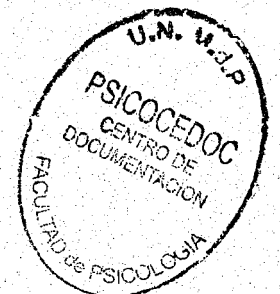
Adicionalmente, se encontró una correlación moderada entre AN e IS ( $r$  0,36) lo que estaría dando cuenta de una superposición entre ambas dimensiones y la existencia de un único constructo (Tipo D).

En resumen, los resultados resultan satisfactorios para el instrumento si bien se debería observar el funcionamiento de los ítems ya mencionados en futuros trabajos antes de decidir su inclusión o exclusión del inventario. El trabajo debería continuarse, en particular con muestras de población con enfermedades cardiovasculares, contando además con información extra (de informantes clave tales como familiares o personal médico) que permitan detectar a aquellos pacientes con probable personalidad Tipo D. Contar con estos datos permitiría afianzar el funcionamiento del instrumento, paso previo para su uso en tareas de investigación y de evaluación psicológica con esta población en particular. De este modo, la disciplina contará con un instrumento válido y confiable para utilizar en un área de sumo interés dada su relación con la salud de la población en general.

## Referencias Bibliográficas

- Álvarez, R., López, C., & Pérez, C. (2011). Estudio de la relación entre los Cinco Grandes Factores de la Personalidad y los Trastornos de la Personalidad. Tesis de Licenciatura, Faca. De Psicología, Unid.
- Andrés, M., Richards, M., & Aydmune, Y. (2012). Relaciones entre estrategias de regulación emocional y factores de personalidad. Actas de Resúmenes de la XIV Reunión Nacional y III Encuentro Internacional de la Asociación Argentina de Ciencias del Comportamiento.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 (DSM-5). *American Psychiatric Publishing*, Arlington.
- Arribillaga, P., Gómez, A., & Testoni, E. (2009). Análisis psicométrico de la versión de Internet del Listado de Adjetivos para Evaluar la Personalidad [AEP]. Tesis de Licenciatura, Fac. De Psicología, UNMDP.
- Binder, R., Kohls, S., Schmid, J., & Saner, H. (2007). Prevalence and variance of type D personality in a Swiss cohort during cardiac rehabilitation. *European Journal of Preventive Cardiology*; 14(suppl 1): s86.
- Castro-Solano, A. (2002). *Técnicas de evaluación psicológica en los ámbitos militares*. Buenos Aires, Paidós.
- Castro-Solano, A., & Casullo, M. (2001). Rasgos de personalidad, bienestar psicológico y rendimiento académico en adolescentes argentinos. *Interdisciplinaria*, 18, 65–85.
- Carinci, F., Nicolucci, A., Ciampi, A., Labbrozzi, D., Bettinardi, O., Zotti, A., & Tognoni, G. (1997). Role of interactions between psychological and clinical factors in determining 6-month mortality among patients with acute myocardial infarction. *European Heart Journal*, 18, 5, 835-845.
- Cibanal, N. (2013). Perfiles psicológicos de Estudiantes Universitarios. Relaciones entre la Personalidad, la presencia de psicopatologías y el Bienestar Psicológico. Tesis de Licenciatura, Fac. De Psicología, UNMDP.
- Coelho, R., Ramos, E., Prata, J., Maciel, M. J., & Barros, H. (1999). Acute myocardial infarction: psychosocial and cardiovascular risk factors in men. *Journal of Cardiovascular Risk*, 6, 3, 157-162.
- Costa, P., & McCrae, R. (1990). *Personality In Adulthood. A Five-Factor Theory Perspective*. New York: GuilfordPress.

- Costa, P., & McCrae, R. (1999). *NEO-PI-R: Inventario de la personalidad NEO revisado (NEO-PI-R) e Inventario NEO Reducido de Cinco Factores (NEO-FFI)*. Manual profesional. Madrid: TEA Ediciones
- De Fruyt, F., & Denollet, J. (2002). Type D Personality: A Five-Factor Model Perspective. *Psychology and Health, 17, 5*, 671-673.
- Del Pino Pérez, A., Borges del Rosal, A., Díaz del Pino, S., Suárez Santana, D., & Rodríguez Matos, I. (1990). Propiedades psicométricas de la escala tipo A de Framingham (ETAF). *Psiquis, 11, 1*, 47-58.
- Del Pino Pérez, A., Gaos Meizoso, M., Díaz del Pino, S., Díaz Cruz, F., & Suarez Santana, D. (1992). Propiedades psicométricas de la escala de Bortner para la medida del patrón de conducta tipo "A". *Psiquis, 13, 1*, 11-26.
- Dema, V. (2014). ¿De qué mueren los argentinos? *La Nación*, 13 de febrero.
- Denollet, J. (2000). Type D personality: A potential risk factor refined. *Journal of Psychosomatic Research, 49*, 255-266.
- Denollet, J. (2005). DS14: Standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. *Psychosomatic Medicine, 67*, 89-97.
- Denollet, J. (2008). Depression, anxiety, and trait negative affect as predictors of cardiac events: Ten years after. *Psychosomatic Medicine, 70*, 949-951.
- Denollet, J., & Brutsaert, D. (1998). Personality, diseases everity, and the risk of long-term cardiac events in patients with a decrease dejection fraction after myocardial infarction. *Circulation, 97*, 167-173.
- Denollet, J., & De Potter, B. (1992). Coping subtypes for men with coronary heart disease: Relationship to well-being, stress and Type-A behaviour. *Psychological Medicine 22*(3), 667-684.
- Denollet, J., Pedersen, S., Vrints, C., & Conraads V. (2006). Usefulness of type D personality in predicting five-year cardiac events above and beyond concurrent symptoms of stress in patients with coronary heart disease. *American Journal of Cardiology, 97*, 970-973.
- Denollet, J., Schiffer, A., & Spek, V. (2010). A general propensity to psychological distress affects cardiovascular outcomes. Evidence from research on the Type D (Distressed) Personality Profile. *Circulation-Cardiovascular Quality and Outcomes, 3*, 546-557.



- 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., & Brutsaert, D. L. (1996). Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease. *The Lancet*, 347, 417-421.
- Denollet, J., Vaes, J., & Brutsaert, D. (2000). Inadequate response to treatment in coronary heart disease: adverse effects of type D personality and younger age on 5-year prognosis and quality of life. *Circulation*, 102, 630-635.
- Denollet, J., & Van Heck, G. (2001). Psychological risk factors in heart disease. What Type D personality is (not) about. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 465-468.
- Echegoyen, C., & Layús, J. (2014). Validación de una escala breve para evaluar Personalidad tipo D. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNMDP.
- Espnes, G., & Opdahl, A. (1999). Associations among behavior, personality, and traditional risk factors for coronary heart disease: a study at a primary healthcare center in mid-Norway. *Psychological Reports*, 85, 2, 505-17.
- Frasure-Smith, N., Lesperance, F., & Talajic, M. (1995). The impact of negative emotions on prognosis following myocardial infarction: is it more than depression. *Health Psychology*, 14, 388-398.
- 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, 19-31.
- Goldberg, L. (1990). An alternative "description of personality". The Big Five factor structure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1216-1229.
- Goldberg, L. (1992). The development of markers for the Big-Five factor structure. *Psychological Assessment*, 4, 26-42.
- Goldberg, L. (1999). *A Broad-Bandwidth, Public-Domain, Personality Inventory Measuring the Lower-Level Facets of Several Five-Factor Models*. En I. Mervielde, I. Deary, F. De Fruyt, y F. Ostendorf (Eds.), *Personality Psychology in Europe*, Vol. 7. (pp. 7-28). Tilburg, Holanda, Tilburg University Press.

- Goldberg, L., Johnson, J., Eber, H., Hogan, R., Ashton, M., Cloninger, R., & Gough, H. (2006). The international personality item pool and the future of public-domain personality measures. *Journal of Research in Personality, 40*, 84–96.
- Howard, S., & Hughes, B. M. (2012). Construct, concurrent, and discriminant validity of Type D personality in the general population: Associations with anxiety, depression, stress, and cardiac output. *Psychology and Health, 27*, 242-258.
- John, O., & Srivastava, S. (1999). The Big-Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. *Handbook of personality: Theory and research* (Vol. 2, pp. 102–138).
- Karlsson M, Edstrom-Pluss C, Held C, Henriksson P, Billing E, & Wallen N. (2007). Effects of expanded cardiac rehabilitation on psychosocial status in coronary artery disease with focus on type D characteristics. *Journal of Behavioral Medicine; 30*:253–261. doi: 10.1007/s10865-007-9096-5.
- Kawachi, I., Sparrow, D., Kubzansky L., Spiro, A., Vokonas, P., & Weiss, S. (1998). Prospective study of a self-report type A scale and risk of coronary heart disease: test of the MMPI-2 type A scale. *Circulation, 98*, 5, 405-12.
- Kim J., Yoon S., Lee S., Yoo H., Kim C., Choi-Kwon S., & Lee B. (1998). Type A behavior and stroke: hightenseness dimension may be a risk factor for cerebral infarction. *European Neurology, 39*, 3, 168-173.
- Kop, J. W. (1999). Chronic and acute psychological risk factors for clinical manifestations of coronary artery disease. *Psychosom Med.;61*(4):476-87.
- Ledesma R., & Molina, G. (2009). Classical item and test analysis with graphics: The ViSta-CITA program. *Behav Res Methods, 41*, 4, 1161-1168.
- Ledesma, R., Sanchez, R., & Díaz-Lázaro, C. (2011). Adjective Checklist to Assess the Big Five Personality Factors in the Argentine Population. *Journal of Personality Assessment, 93*, 46-55.
- Lesperance, F., & Frasere-Smith, N. (1996). Negative emotions and coronary heart disease: Getting to the heart of the matter. *The Lancet, 47*, 414-416. Analyses for its improvement. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 4*, 639–648.

- Lichtman, J., Froelicher, E., Blumenthal, J., Carney, R., Doering, L., Frasure-Smith, N., Freedland, K., Jaffe, A., Leifheit-Limson, E., Sheps, D., Vaccarino, V., & Wulsin, L. (2014). Depression as a Risk Factor for Poor Prognosis Among Patients With Acute Coronary Syndrome: Systematic Review and Recommendations. A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, *129*, 1350-1369.
- Marusic, A. (2000). Psychological factors associated with coronary heart disease. *Irish Journal of Psychological Medicine*, *17*, 135-139.
- Matthews, K., Owens, J., Kuller, L., Sutton-Tyrrell, K., & Jansen-Mc Williams, L. (1998). Are hostility and anxiety associated with carotid atherosclerosis in healthy postmenopausal women? *Psychosomatic Medicine*, *60*, 633-8.
- Munakata, M., Hiraizumi, T., Nunokawa, T., Ito, N., Taguchi, F., Yamauchi, Y., & Yoshinaga, K. (1999). Type A behavior is associated with an increased risk of left ventricular hypertrophy in male patients with essential hypertension. *Journal of Hypertension*, *17*, 115-120.
- Murphy, J., Monson, R., Olivier, D., Sobol, A., & Leighton, A. (1987). Affective disorders and mortality. A general population study. *Arch Gen Psychiatry*, *44*, 5, 473-80.
- Myrtek, M. (2001). Meta-analyses of prospective studies on coronary heart disease, Type A personality, and hostility. *International Journal of Cardiology*, *79*, 245-251.
- Pedersen, S., & Denollet, J. (2003). Type D personality, cardiac events, and impaired quality of life: a review. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, *10*, 4, 241-248.
- Pedersen, S., Lemos, P., Van Vooren, P., Liu, T., Daemen, J., Erdman, R., Smits, P., Serruys, P., & Van Domburg, R. (2004). Type D Personality Predicts Death or Myocardial Infarction After Bare Metal Stent or Sirolimus-Eluting Stent Implantation. *Journal of the American College of Cardiology*, *44*, 5, 997-1001.
- Pedersen, S., Theuns D. A., Muskens-Heemskerk A, Erdman, R. A., & Jordaens L. (2007). With impaired health-related quality of life 3 months post-implantation. *Europace*, 675-80
- Pelle, A., Erdman, R., Van Domburg, R., Spiering, M., Kazemier, M., & Pedersen S. (2008). Type D patients report poorer health status prior to and after cardiac rehabilitation compared to non-type D patients. *Annals of Behavioral Medicine*, *36*, 2, 167-75.

- Rozanski, A., Blumenthal, J., & Kaplan, J. (1999). Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*, *99*, 2192-2217.
- Sánchez, R. (2015). Personalidad y Trastornos Isquémicos Cardiovasculares. *En Factores psicológicos y trastornos isquémicos cardiovasculares*. Urquijo, S. (comp). Editorial UNMdP, Mar del Plata (en prensa).
- Sánchez, R. (2005). La Personalidad tipo D y el riesgo cardiovascular. *Nexos*, *20*, 22-28.
- Sánchez, R., & Ledesma, R. (2007). Los cinco grandes factores: cómo entender la personalidad y cómo evaluarla. *En A. Monjeau (Ed.), Conocimiento para la transformación. Serie Investigación y Desarrollo* (pp. 131-160). Mar del Plata, Ediciones Universidad Atlántida Argentina.
- Sánchez, R.; Ledesma, R.; De Carli, M., & Novelli, O. (2009). Evaluación de la personalidad según el modelo de los cinco grandes factores: presentación de una versión preliminar informatizada del listado de Adjetivos para Evaluar la Personalidad (AEP). IV Congreso Marplatense de Psicología.
- Sánchez, R., & Ledesma, R. (2013). Listado de Adjetivos para Evaluar Personalidad: Propiedades y normas para una población argentina. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, *22,2*, 147-160.
- Sanz, J., Silva, F., & Avia, M. (1999). La evaluación de la personalidad desde el modelo de los "Cinco Grandes": El Inventario de Cinco-Factores NEO (NEO-FFI) de Costa y McCrae. En F. Silva (Ed.), *Avances en Evaluación Psicológica* (pp. 171-234). Valencia: Promolibro.
- Saucier, G. (1994). Mini-Markers: A Brief Version of Goldberg's Unipolar Big-Five Markers. *Journal of Personality Assessment*, *63*, 506-516.
- Saucier, G., & Goldberg, L. (1996). Evidence for the Big Five in analyses of familiar English personality adjectives. *European Journal of Personality*, *10*, 61-77.
- Saucier, G., & Goldberg, L. (2002). Assessing the Big Five: Applications of 10 psychometric criteria to the development of marker scales. *En B. de Raad y M. Perugini (Eds.), Big Fiveassessment* (pp. 30-54). Ashland, OH: Hogrefe y Huber.
- Schiffer, A., Smith, O., Pedersen, S., Widdershoven, J., & Denollet, J. (2008). Type D personality and depressive symptoms are independent predictors of impaired health status in chronic heart failure. *European Journal of Heart Failure*, *10(9)*:922-30.

- Schmidt, M., Quadros, A., Abelin, A., Minozzo E., Wottrich, S., Kunert, H., Viguera, E., Ruschel, P., Sarmiento-Leite, R., & Gottschall, C. (2006). Psychological Characteristics of Patients Undergoing Percutaneous Coronary Interventions. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 97, 4, 331-337.
- Schroeder, K., Narkiewicz, K., Kato, M., Pesek, C., Phillips, B., Davison, D., & Somers, V. K. (2000). Personality type and neural circulatory control. *Hypertension*, 36, 830-833.
- Smith, T., & Ruiz, J. (2002). Psychosocial Influences on the Development and Course of Coronary Heart Disease: Current Status and Implications for Research and Practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 3, 548-568.
- Svansdottir, E., Van Den Broek, K., Karlsson, H., Olason, D., Thorgilsson, H., & Denollet, J. (2013). The distressed (Type D) and Five-Factor Models of personality in young, healthy adults and their association with emotional inhibition and distress. *Personality and Individual Differences*, 55, 123-128.
- Urquijo, S., & del Valle, M. (2012). Diferencias de género en las relaciones entre regulación emocional, personalidad y bienestar psicológico de estudiantes universitarios. XIV Reunión Nacional y III Encuentro Internacional de la Asociación Argentina de Ciencias del Comportamiento.
- Wells, K. B., Burnam, M. A., Rogers, W., Hays, R., & Camp, P. (1992). The course of depression in adult outpatients: Results from the Medical Outcomes Study. *Archives of General Psychiatry*, 49, 788-794.
- Weng, C., Denollet, J., Lin, C., Lin, T., Wang, W., Lin, J., Wong, S., & Mools, F. (2013). The validity of the type D construct and its assessment in Taiwan. *BMC Psychiatry*, 13, 46.
- Wenger, N. (1998). Social support and coronary heart disease in women; the challenge to learn more. *European Heart Journal*, 19, 1603-1605.

## Apéndice I

### Inventario Tipo D

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

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

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

Apéndice2

Relaciones entre la Personalidad Tipo D y los cinco grandes factores

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

