

PERSONALIDAD Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INFARTO DE MIOCARDIO¹

Rosario Antequera Jurado

Mercedes Borda Más

M^a Luisa Ocaña Vedia

Alfonso Blanco Picabia

Dpto de Psiquiatría, Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.
Facultad de Psicología. UNIVERSIDAD DE SEVILLA

RESUMEN

Son numerosos los estudios realizados sobre las características de personalidad que identifican a los pacientes con alteraciones cardiovasculares, básicamente centrados en el Patrón de Conducta Tipo A y en los que se pretende determinar hasta que punto este patrón o algunos de sus componentes están implicados en la génesis y pronóstico de la enfermedad. Sin embargo, son escasos los estudios en los que se aborde la influencia que los rasgos de personalidad (y no solo los que configuran el Patrón de Conducta Tipo A) ejercen sobre la valoración que los sujetos con infarto de miocardio realizan de su calidad de vida. Es éste precisamente el objetivo del presente estudio: determinar si existen rasgos de personalidad diferenciales de los pacientes postinfartados que incidan sobre su calidad de vida. Para ello valoramos a 30 varones diagnosticados de cardiopatía coronaria a los que se aplicó el Cuestionario de Personalidad 16 PF y el Cuestionario de

¹ Este trabajo forma parte de la actividad investigadora llevada a cabo por el Grupo de Investigación y Desarrollo Tecnológico N° 1012 denominado "Psicología Clínica y de la Salud" del que es responsable el Prf. Alfonso Blanco Picabia.

Calidad de Vida de Velasco y del Barrio (1992). Entre los resultados obtenidos hemos de resaltar la existencia de rasgos de personalidad encuadrables dentro de las alteraciones "neuróticas" y que diferencian a los sujetos postinfartados de aquellos que configuran la población "normal" y sana. Asimismo, estos rasgos de personalidad inciden sobre la valoración de los aspectos emocionales, personales o de relaciones interpersonales que configuran la calidad de vida del paciente, sin que parezcan influir en la valoración del aspecto físico y de salud de la misma.

Palabras claves: RASGOS DE PERSONALIDAD, CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD 16PF, CALIDAD DE VIDA, ALTERACIONES CARDIOVASCULARES.

SUMMARY

The relationship between personality profiles and coronary heart disease has been extensively studied, in particular Type A behavior. The aim of these studies is to estimate the etiological and pronostic value of Type A and/or its components. Nevertheless, the research about association of personality traits and subjective quality of life are scarce. This study was performed to evaluate (a) the presence of peculiar patients postinfarction traits of personality (b) the relationship between traits of personality and quality of life. The Sixteen Personality Factor Questionnaire (16 PF) of Cattell (ed. 1972) and Quality of Life Questionnaire of Velasco and Del Barrio (1992) were administred to 30 male patients hospitalized for acute myocardial infarction. The results confirm that patients with acute myocardial infarction show neurotic traits of personality and its implication on emocional, personal and interpersonal quality of life factors but not physical and health factors.

Key words: PERSONALITY TRAITS, SIXTEEN PERSONALITY FACTOR QUESTIONNAIRE (16PF), QUALITY OF LIFE, CORONARY HEART DISEASE

I. INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente y desde que se plantea la posible relación entre personalidad y enfermedad crónica, se ha intentado descubrir cuáles son las configuraciones o tipos de personalidad que se relacionan de manera unívoca

con cada enfermedad. Blatt, Cornell y Eshkol en una revisión sobre el tema realizada en 1993, proponen la existencia de dos tipos básicos de personalidad relacionados con enfermedades físicas principalmente con las inmunológicas y cardiovasculares, tal y como ya habían apuntado autores como Blatt, 1974, 1990; Blatt y Shichman, 1983; Jensen, 1984; Kneier y Temoshok 1984; Eysenck, 1990; Faragher y Cooper, 1990 y Kreitler, Chaitchik y Kreitler, 1990 o Wiggins, 1991, entre otros. El primero de ellos, sería un estilo de personalidad dependiente, caracterizado por problemas en las relaciones interpersonales, la desesperanza y el uso preferente de mecanismos de defensa de evitación (por ejemplo, la negación y la represión) que se asocia con la enfermedad neoplásica. Este sería básicamente el denominado "Patrón de Conducta Tipo C". Mientras que el segundo sería un estilo de personalidad que los autores denominan "autocrítico" y que se asocia con una vulnerabilidad a las alteraciones cardiovasculares. Se caracteriza por la preocupación por la separación, la autonomía y la autoestima, dificultades para manifestar y controlar la hostilidad, una tendencia al aislamiento social, una excesiva crítica hacia sí mismo y hacia los demás, un estilo cognitivo sobreideacional y una utilización de mecanismos de defensa tales como intelectualización, formaciones reactivas y/o sobrecompensación. Patrón que, con algunas variantes, se ajusta a las características básicas del denominado "Patrón de Conducta tipo A".

El estudio de la personalidad en los pacientes infartados se ha centrado durante mucho tiempo en este patrón de conducta tipo A como posible precursor de la enfermedad o factor de riesgo ante la misma aunque los resultados encontrados se muestran inconsistentes. Así, encontramos investigaciones en las que no aparece relación alguna entre este patrón de conducta y la aparición de la enfermedad (Case y cols., 1985; Johnston y cols, 1987) o en los que tan sólo aparecen relaciones significativas entre algunos de los componentes del patrón de conducta tipo A y la enfermedad coronaria (McDougall y cols. 1985; Matthews y cols., 1977; Friedman y cols 1968). Ante esta confusión de resultados se ha postulado la posibilidad de que el patrón de conducta tipo A sea tan sólo característico de un determinado grupo de pacientes, que existan otras variables de personalidad que modulen la relación entre este patrón conductual y la enfermedad coronaria o que sean únicamente ciertos aspectos del patrón de conducta tipo A los que predicen las alteraciones cardiovasculares, destacando en este sentido la hostilidad (Krantz y Manick, 1984; Sanchez-Elvira, Bértudez y Pérez, 1990; Ricci y Gremigni, 1995).

Estos resultados hacen que se comience a plantear hasta qué punto es específica esa pretendida relación entre los patrones de conducta propuestos (tanto el tipo A como el Tipo C) y las distintas enfermedades. Fruto de esta nueva orientación son estudios como los de Baltrusch, Stangel y Waltz (1988) o Grossart-Maticek, Eysenck y Vetter (1988) entre otros, que encuentran en pacientes con alteraciones cardiovasculares características del patrón de conducta tipo C, tradicionalmente asociado a las enfermedades neoplásicas. En este mismo sentido, Denollet (1993) matiza que tan sólo algunos rasgos del patrón de conducta tipo C (como por ejemplo, la incapacidad para expresar la propia agresividad) son los que aparecen de manera consistente en los pacientes con alteraciones cardiovasculares.

Por otro lado, resulta especialmente llamativo el escaso número de investigaciones sobre la influencia que la personalidad puede ejercer en uno de los temas más abordados en las últimas décadas: la calidad de vida. Cuando, en realidad, son estas características las que pueden modular y regular la adaptación del individuo a las circunstancias ambientales y, por tanto, pueden incrementar la vulnerabilidad individual a las enfermedades cardiovasculares, incidir en la evolución de la enfermedad (Friedman, 1991) y moderar el efecto que otras variables pueden estar ejerciendo (Donollet, 1993). Asimismo, se ha señalado la necesidad de identificar grupos de sujetos que habiendo recibido el mismo diagnóstico médico, compartan determinadas características de personalidad en función de las cuales se adaptan de una manera idiosincrática a la enfermedad y al tratamiento recibido (Havik y Maelands, 1990; Friedman, 1991). Por ejemplo, Eysenck (1989) encuentra que aquellos enfermos en los que la psicoterapia se ajusta a sus peculiares características de personalidad prolongan ostensiblemente sus expectativas de vida.

Parece claro pues que continúan siendo aún muchos los aspectos planteados en la relación personalidad-enfermedad (Ibañez, Romero, Andreu, 1992), habiéndose expresado la necesidad de determinar tanto el tipo de personalidad específico para una determinada enfermedad (y entre ellas la cardiovascular) como la posibilidad de distinguir entre subgrupos de pacientes que muestren rasgos de personalidad específicos que modulen su ajuste a la enfermedad y al tratamiento y, por consiguiente, su evolución, pronóstico y calidad de vida (Pelechano, 1989; Benedito y Botella, 1991). Es precisamente el determinar si existen rasgos de personalidad diferenciales de los pacientes con alteraciones cardiovasculares (infarto de miocardio) y si éstas inciden en la posterior calidad de vida del paciente postinfartado los principales objetivos del presente estudio.

II. MÉTODO

A.- Sujetos

Hemos valorado a 30 sujetos varones diagnosticados de cardiopatía coronaria que habían ingresado en el Programa de Rehabilitación Cardíaca del Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme de Sevilla durante el año 1994. Los criterios de inclusión son (a) tener una edad inferior a los 65 años y (b) gravedad leve o moderada del cuadro clínico (clase funcional I y II según los criterios de Killip y Kimball). El intervalo de tiempo transcurrido entre el ingreso en el hospital por el infarto de miocardio y la posterior incorporación al Programa de Rehabilitación Cardíaca de forma ambulatoria (y por tanto el momento de evaluación) variaba entre 1 mes y 1 año.

Tabla 1.- Análisis de frecuencias de las distintas variables sociodemográficas que integran la muestra de sujetos

EDAD	28-40 Años	8 (26,6%)
	41-50 Años	10 (33,3%)
	51-64 Años	12 (40%)
NIVEL CULTURAL	Primarios	18 (60%)
	Secundarios	3 (10%)
	Estudios Superiores	9 (30%)
PROFESIÓN	Cuenta Ajena	17 (56,6%)
	Cuenta Propia	13 (43,3%)
SITUACIÓN LABORAL	Activo	7 (23,3%)
	Parado	6 (20%)
	Inval. Perman.	4 (13,3%)
	Inval. Tempor.	13 (43,4%)
DURACIÓN DE LA ENFERMEDAD	Menos 1 mes	5 (16,6%)
	1-6 meses	17 (56,6%)
	6-48 meses	8 (26,6%)
CARGO LABORAL DESEMPEÑADO	Direc. Seccion	6 (20%)
	Direc. Empresa	10 (33,3%)
	Operario	14 (46,6%)

En lo que se refiere a las características sociodemográficas de estos sujetos hemos de resaltar que todos ellos estaban casados, motivo por el cual el estado civil no aparece en el tabla descriptiva (Tabla 1). De dicha Tabla consideramos especialmente destacable que la mayoría de los pacientes (un 60%) tengan estudios primarios, que tan sólo 7 sujetos (23,3%) continuaban con su actividad laboral, que más de la mitad de estos sujetos (53,3%) habían desempeñado puestos directivos (de ellos, un 37,5% como jefes de sección o plantilla y un 62,5% como directores de empresa) y que además el 43,3% había trabajado por cuenta propia y el 56,6% por cuenta ajena.

B.- Instrumentos

A todos los pacientes se les aplicaron las siguientes pruebas:

A.-Una encuesta elaborada para obtener información sistematizada sobre sus características sociodemográficas, así como sobre la naturaleza de su enfermedad (diagnóstico, años de evolución, actividad laboral, etc.).

B.-Para valorar los rasgos de personalidad se utilizó el *Cuestionario de Personalidad 16 PF* de Cattell. Este cuestionario, como es sabido, valora 16 rasgos de personalidad y 4 factores de segundo orden. Se aplicó en su forma B y fue corregido según los baremos adaptados a la población española y editados en la 13ª edición del Manual editado por TEA (1995).

C.-Para valorar la calidad de vida de estos pacientes se utilizó el *Cuestionario de Calidad de Vida de Velasco y Del Barrio* (1992). Este cuestionario ha sido creado específicamente para la valoración de pacientes postinfartados. Además de ser específica es una escala multidimensional, ya que a través de los 44 ítems que la componen, recoge información sobre las siguientes áreas: salud, sueño y descanso, comportamiento emocional, proyectos de futuro, movilidad, relaciones sociales, comportamiento de alerta, comunicación y tiempo de ocio y trabajo. Cada ítem debe ser puntuado del 1 al 5 según la frecuencia con que aparece cada situación descrita. En total se pueden obtener puntuaciones que oscilan entre 44 y 220. Nos ofrece información sobre la apreciación subjetiva que el paciente realiza de su Calidad de Vida: a mayor puntuación menor satisfacción muestra el paciente con su estado actual y, por tanto, peor Calidad de Vida. En el estudio realizado por Velasco y Del Barrio (1992) el cuestionario presenta una fiabilidad de 0,75.

C.- Procedimiento de análisis

Se realizaron *análisis descriptivos* (media, desviación típica y frecuencias) de los resultados obtenidos en las variables sociodemográficas recopiladas y los dos cuestionarios utilizados: el Cuestionario de Personalidad 16 PF y el Cuestionario de Calidad de Vida.

Los *análisis comparativos* realizados a través del módulo ONEWAY fueron los siguientes:

a) comparación de las medias y desviaciones típicas de las puntuaciones obtenidas en cada uno de los factores que integran el 16 PF entre los sujetos de nuestra muestra y aquellos utilizados en la muestra utilizada para la baremación de esta prueba y cuyos datos figuran en el Manual editado por TEA.

b) comparación de las puntuaciones medias obtenidas en el Cuestionario de Personalidad 16PF y los dos grupos de sujetos efectuados en función de la puntuación (alta o baja) obtenida en cada una de las dimensiones del Cuestionario de Calidad de Vida.

En tercer lugar se realizó un *análisis correlacional* (Pearson) entre los factores que integran el Cuestionario de Personalidad 16 PF y las distintas dimensiones del Cuestionario de Calidad de Vida.

El procesamiento estadístico ha sido realizado con el programa SPSS PC Version 4.0.

III.- RESULTADOS

En la Tabla 2 se pueden observar las puntuaciones medias y las desviaciones típicas obtenidas por los 30 sujetos en cada uno de los rasgos valorados por el 16 PF junto a las puntuaciones obtenidas por la muestra normativa utilizada para elaborar la adaptación española, entre las que no figuran las correspondientes a las puntuaciones obtenidas en los factores de segundo orden. Por ello no hemos podido realizar el análisis comparativo entre los sujetos infartados y la población normativa.

Se comprueba que existen diferencias estadísticamente significativas entre ambas muestras en los rasgos que hacen referencia a problemas para mantener la estabilidad emocional, con una excesiva tendencia a la preocupación y a la culpabilidad, temor a la crítica, escasa tolerancia a la frustración y una actitud de dependencia hacia los demás con los que, por otra parte, puede presentar problemas de relación.

Tabla 2.- Nivel de significación estadística entre las puntuaciones medias y las desviaciones típicas obtenidas por los sujetos que han sufrido un infarto y la población normativa del 16 PF

	INFARTADOS		NORMAL		Z	P
	Media	D.T.	Media	D.T.		
A. Sizotimia-Afectotimia	10,5	3,10	11,10	3,50	0,34	N.S.
B. Inteligencia	5,43	2,71	8,00	2,11	5,54	0.001
C. Poca-mucha fuerza ego	13,26	3,40	15,52	4,39	7,4	0.001
E. Sumisión-Dominancia	10,93	3,27	12,05	3,79	4,56	0.001
F. Desurgencia-Surgencia	12,40	3,24	14,31	4,32	0,52	N.S.
G. Poca-mucha fuerza superego	14,36	2,53	14,49	3,29	0,45	N.S.
H. Treectia-parmia	16,80	4,00	15,09	5,43	0,23	N.S.
I. Harria-Premia	9,86	2,23	10,23	3,53	0,99	N.S.
L. Alaxia-Protensión	8,86	2,47	9,85	3,15	0,84	N.S.
M. Praxemia-Autia	9,80	2,50	11,55	3,29	11,2	0.001
N. Sencillez-Astucia	2,64	2,06	10,69	2,77	25,2	0.001
O. Adecuación-Culpabilidad	12,03	3,89	10,23	4,12	6,81	0.001
Q1. Conservador-radical	10,16	3,05	9,91	3,00	1,20	N.S.
Q2. Adhesión-autosuficiencia	7,56	2,38	9,73	3,37	0,31	N.S.
Q3. Baja integración-Autoima.	10,96	2,39	12,74	3,31	6,28	0.001
Q4. Poca-mucha tensión	10,36	4,39	9,52	5,02	4,28	0.001
QI. Ajuste-ansiedad	7,33	1,81				
QII. Intro-Extraversión	5,96	1,52				
QIII. Poca-mucha socialización	4,98	1,44				
QIV. Dependencia-Independen.	3,42	1,41				

No obstante, consideramos que sería de mayor utilidad determinar el porcentaje de individuos que habían obtenido puntuaciones que podríamos considerar como "bajas", "medias" y/o "elevadas" en cada uno de los rasgos, por lo que realizamos una distribución de frecuencias en función de los intervalos establecidos en el manual de la prueba. Esto es, consideramos una puntuación típica baja aquellas comprendidas entre 1 y 4,5, una puntuación media a las comprendidas entre 4,6 y 6,5 y una puntuación elevada a aquellas superiores a 6,6. Los resultados se muestran en la Tabla 3. Allí comprobamos que son varios los rasgos en los que más del 60% de la muestra ha obtenido puntuaciones extremas. Concretamente en los factores C (Poca fuerza del ego), M (Practico), O (Culpabilidad), Q3 (Baja integración), Q4 (mucho tensión energética), QI (Ansiedad alta) y QIV (Dependencia).

Asimismo, resaltan otros dos factores en los que mas del 40% de la muestra ha obtenido un valor extremo: E(Sumisión) y G (Poca fuerza del superego). Lo que nos indica que los sujetos infartados presentan características de personalidad encuadrables dentro de las alteraciones “neuróticas” con rasgos depresivos: elevado nivel de ansiedad y tensión, con una escasa estabilidad emocional y por tanto de control sobre las emociones e impulsos. Al tiempo que presenta una elevada dependencia hacia aquellas personas que configuran su medio, mostrando una actitud sumisa quizás como medio de conseguir de ellos la ayuda que consideran necesitar.

Tabla 3.- Frecuencias de sujetos que son clasificados como de puntuaciones “Altas”, “Medias” o “Bajas” en cada uno de los factores del 16PF

	BAJO	MEDIO	ALTO
A.Sizotimia-Afectotimia	10 (33,3)	13 (43,3)	7 (23,3)
B.Inteligencia	21 (70)	8 (26,7)	1 (3,3)
C.Poca-mucha fuerza ego	21 (70)	9 (30)	
E.Sumisión-Dominancia	17 (56,7)	11 (36,7)	2 (6,7)
F.Desurgencia-Surgencia	6 (20)	18 (60)	6 (20)
G.Poca-mucha fuerza superego	12 (40)	13 (43,3)	5 (16,7)
H.Trectia-parmia	11 (36,7)	12 (40)	7 (23,3)
I.Harria-Premsia	5 (16,7)	18 (60)	7 (23,3)
L.Alaxia-Protensión	9 (30)	13 (43,4)	8 (26,7)
M.Praxernia-Autia	19 (63,3)	8 (26,7)	3 (10)
N.Sencillez-Astucia	10 (33,3)	15 (50)	6 (16,7)
O.Adecuación-Culpabilidad	1 (3,3)	6 (20)	23 (76,7)
Q1.Conservador-radical	10 (33,3)	11 (36,7)	9 (30)
Q2.Adhesión-autosuficiencia	10 (33,3)	14 (46,7)	6 (20)
Q3.Baja integración-Autoima.	22 (73,3)	6 (20)	2 (6,7)
Q4.Poca-mucha tensión	3 (10)	8 (26,7)	19 (63,3)
QI.Ajuste-ansiedad	2 (6,7)	5 (16,6)	23 (76,6)
QII.Intro-Extraversión	3 (10)	18 (60)	9 (30)
QIII.Poca-mucha socializacio	11 (36,6)	15 (50)	4 (13,3)
QIV.Dependencia-Independen.	23 (76,6)	7 (23,3)	

En lo que se refiere a los resultados obtenidos en el Cuestionario de Calidad de Vida de Velasco y del Barrio, las puntuaciones medias y las desviaciones típicas obtenidas se muestran en la Tabla 4 en la que también

se exponen las puntuaciones máximas posibles en cada uno de los factores que la integran. Dado que no disponemos de punto de corte ni de puntuaciones normativas, hemos establecido un punto de corte en la puntuación media de cada uno de los factores y calculado el porcentaje de sujetos que han obtenido una puntuación superior a la misma, esto es, que tendrían una peor Calidad de Vida. En general, se comprueba como, en líneas generales, no se produce un notable descenso de su calidad de vida, siendo especialmente las áreas relacionadas con la "movilidad" y "sueño/descanso" las que en mayor proporción se encuentran afectadas (un 46,7% y un 36,6% de sujetos con baja calidad de vida respectivamente) (Antequera, Ocaña, Pastor y Blanco, en prensa).

Tabla 4.- Puntuaciones medias y desviaciones típicas obtenidas por los sujetos con infarto de miocardio en el Cuestionario de Calidad de Vida. Porcentaje de sujetos que han superado la media teórica (Peor Calidad de Vida)

	Puntuación Máxima Posible	Media	D.T.	Sujetos con puntuaciones superiores a la media
Salud	40 (8 ítems)	18,23	(5,21)	9 (30%)
Sueño Descanso	15 (3 ítems)	7,43	(3,04)	11 (36,6%)
Comp. Emocional	15 (3 ítems)	6,30	(2,07)	8 (26,7%)
Proyectos futuro	15 (3 ítems)	6,40	(2,23)	10 (33,3%)
Movilidad	30 (6 ítems)	14,40	(3,23)	14 (46,7%)
Relaciones sociales	40 (8 ítems)	16,10	(5,41)	6 (16,7%)
Comp. Alerta	15 (3 ítems)	5,96	(2,45)	9 (25%)
Comunicación	20 (4 ítems)	7,20	(3,27)	6 (16,7%)
Ocio y trabajo	30 (6 ítems)	15,00	(5,1)	10 (33,3%)
TOTAL	220 (44 ítems)	99,4	(27,7)	7 (23,3%)

En la Tabla 5 se muestran los resultados de la correlación efectuada entre los distintos factores del 16 PF y las dimensiones del cuestionario de Calidad de Vida. Se comprueba que casi todas las dimensiones de la calidad de vida valoradas correlacionan con algún factor de personalidad, a excepción de las dimensiones denominadas "Salud" y "Sueño-descanso". Lo que parece

Tabla 5.- Correlaciones efectuadas entre los factores del 16 PF y las dimensiones y puntuacion total del Cuestionario de Calidad de Vida

	Salud	Sueñ/ Desc.	Comp. Emocion	Proyec Futuro	Movilidad	Relac Soc.	Comp. Alerta	Comun.	Ocio y Trabajo	TOTAL
A	-.08	-.25	-.07	-.16	-.18	-.29	-.06	-.35	-.48*	-.48*
B	.15	.08	.01	.01	.02	-.22	-.01	-.03	-.02	-.13
C	-.00	-.20	-.29	-.27	-.52*	-.43	-.38	-.54*	-.23	-.30
E	-.09	-.09	.04	.14	-.14	-.07	-.01	-.15-	.01	-.05
F	-.05	-.29	-.13	-.14	-.21	-.28	-.22	-.44*	-.20	-.26
G	-.02	.01	-.06	-.07	.34	.20	-.20	-.19	.30	.29
H	-.08	.08	-.27	-.16	.05	-.33	-.37	-.18	-.21	-.15
I	.09	.11	.10	-.24	.02	.31	.10	.28	.09	.28
L	.07	.01	-.05	-.43*	-.12	-.02	.22	.07	.14	.08
M	.28	.15	.35	.18	.39	.32	.41	.42	.21	.24
N	.18	-.09	-.11	.27	.27	-.03	-.07	-.18	.02	-.15
O	.32	.18	.44*	.25	.20	.40	.42	.43*	.48*	.52*
Q1	-.34	-.22	-.25	-.13	-.15	-.20	-.15	.13	-.13	-.16
Q2	.09	.19	.20	.28	.22	.24	.31	.20	-.05	.01
Q3	-.25	.17	-.42	-.08	-.14-	.37	-.52*	-.36	-.15	-.29
Q4	.31	.19	.64**	.07	.52*	.36	.46*	.46*	.30	.47*
QI	.26	.08	.14	-.01	.32	.40	.38	.48*	.27	.38
QII	.13	-.29	-.37	-.31	-.31	-.23	-.41	-.43*	-.33	-.35
QIII	.01	.17	.01	.04	.20	-.07	-.16	.13	-.02	.050
QI	.04	-.00	-.12	-.02	-.02	-.13	.13	.23	.12	-.004
V										

* P < 0.05; ** P < 0.01

indicar una mayor relación entre los rasgos de personalidad y las dimensiones de calidad de vida vinculadas a aspectos emocionales y de relaciones interpersonales, mientras que dicha relación es mucho menor con aquellos factores que hacen referencia a los aspectos físicos. Mientras que los factores de personalidad que correlacionan con estas dimensiones son el A (reservado/abierto), C (Grado de afectación por los sentimientos), F (Sobrio/descuidado), L (Confiado/suspica), O (seguridad en sí mismo/tendencia a la culpabilidad), Q3 (poco/mucho control de su autoimagen), Q4 (tenso/relajado), QI (ansiedad baja/alta) y QII (Introversión/extroversión). De esta manera, los factores que correlacionan con una peor calidad de vida son la mayor tendencia a la culpabilidad y los mayores niveles de tensión con una escasa capacidad para mantenerlos bajo control.

Tabla 6.- Comparaciones en las puntuaciones medias obtenidas en los factores del 16PF en función de la puntuación (Alta-baja) obtenida en la Escala de Calidad de Vida

	BAJA C.V. (Media)	ALTA C.V. (Media)	F
A.Sizotimia-Afectotimia	11.6	9.0	5.903*
B.Inteligencia Baja-Alta	5.5	5.3	0.047
C.Poca-Mucha fuerza ego	14.2	12.0	3.446
E.Sumisión-Dominancia	11.9	9.6	4.101*
F.Desurgencia-Surgencia	13.1	11.4	1.985
G.Poca-Mucha fuerza superego	14.0	14.8	0.812
H.Trectia-Parmia	17.0	16.4	0.153
I.Harria-Premsia	9.2	10.6	2.715
L.Alaxia-Protensión	8.7	9.0	0.160
M.Praxernia-Autia	9.2	10.5	2.009
N.Sencillez-Astucia	11.5	10.8	0.948
O.Adecuación-Culpabilidad	10.4	14.0	7.817**
Q1.Conservador-Radical	10.1	10.1	0.004
Q2.Adhesión-Autosuficiencia	6.8	8.4	3.499
Q3.Baja integración-Autoim.	11.5	10.2	1.905
Q4.Poca-Mucha tensión	8.7	12.5	6.721**
QI.Ajuste-Ansiedad	6.6	8.2	7.187**
QII.Intro-Extroversion	6.5	5.2	5.937*
QIII.Poca-Mucha socialización	4.7	5.3	1.434
QIV.Dependencia-Independencia	3.3	3.5	0.136

* P< 0.05; ** P<0.01

Dado que el principal objetivo de este estudio es analizar la relación entre distintas variables de personalidad y la calidad de vida de los pacientes infartados, realizamos un análisis de varianza entre las puntuaciones obtenidas en los diferentes factores de personalidad del 16PF y las puntuaciones superiores e inferiores a la puntuación media obtenida por el total de la muestra en la escala de Calidad de Vida. En la Tabla 6 se muestran los resultados en los que se observa que son los factores A (Reservado/Abierto), E (Dependencia/Independencia), Q4 (Relajado/tenso), Q1 (Ansiedad alta/baja) y QII (Introversión/extroversión) los que diferencian a sujetos con alta-baja puntuación en la escala de Calidad de Vida.

IV. DISCUSIÓN

El objetivo en el que se encuadra el presente estudio es el de determinar la incidencia que distintos rasgos de personalidad (y no exclusivamente los que componen el Patrón de Conducta Tipo A) pueden ejercer sobre la calidad de vida del paciente postinfartado. Si bien este estudio debe ser entendido como un primer acercamiento al análisis de las características de personalidad que inciden en un mejor o más satisfactorio ajuste a la enfermedad ya que, como todo estudio piloto, presenta algunas limitaciones. Por ejemplo, el número de sujetos que configuran nuestro estudio no nos permite analizar si pueden discriminarse distintos subtipos de pacientes cuyas particulares características de personalidad hagan que difieran en su manera de entender y afrontar la enfermedad y por tanto hacer que sean sustancialmente distintos el tratamiento y el apoyo psicoterapéutico más beneficioso para ellos. Tampoco contamos con muestras de sujetos que hayan sufrido otro tipo de alteraciones cardiovasculares o incluso afectos de algún tipo de enfermedad crónica que nos permitiese verificar hasta qué punto las características de personalidad encontradas son idiosincráticas de los sujetos infartados o son comunes a sujetos con otras alteraciones físicas.

De cualquier manera, los resultados obtenidos muestran la existencia de ciertas características de personalidad que diferencian a los sujetos infartados de aquellos que no padecen ningún tipo de enfermedad. Entre estas características encontramos una mayor inestabilidad emocional, mayor propensión a presentar sentimientos de culpa o de preocupación, que en ocasiones se centran en hechos o acciones realizadas; pero que, otras veces, el sujeto no puede concretar las causas que lo generan. Presentan asimismo una escasa

tolerancia a la frustración, a la que pueden responder con una elevada irritabilidad o a través de una activación fisiológica que da lugar a una gran tensión. Pero junto a estas características los sujetos infartados presentan, de manera genérica, una tendencia estadísticamente significativa a mostrarse como más dependientes y pasivos (tal vez como medio de conseguir la ayuda que consideran que necesitan) que los sujetos no infartados. Así pues, encontramos como características distintivas de estos sujetos aquellos rasgos encuadrables dentro de las alteraciones neuróticas, tal y como se ha referenciado en trabajos anteriores (Bonaguidi, Trivella, Michelassi, Carpeggiani, Pruneti y L'Abbate, 1995). Pero sin que podamos concluir hasta qué punto estas características son previas a la aparición de la alteración cardiovascular (pudiendo haber ejercido incluso un papel importante en la etiología de la misma) o son más bien la consecuencia de la experiencia de haber sufrido un infarto de miocardio y la cohorte de procesos psicológicos que ello desencadena.

Cuando intentamos analizar los resultados relacionados con la valoración que sobre su calidad de vida realizan los pacientes comprobamos que, en líneas generales, no parece haber una notable disminución de la misma. Es de resaltar que las características de personalidad que parecen mostrar una mayor relación con la calidad de vida del paciente son, una vez más, aquellas relacionadas con el núcleo neurótico. Pero lo más destacable sería que ninguna de estas características inciden en la percepción del nivel y/o estado de salud del paciente. Es decir, la valoración que el paciente realiza de su estado físico y de los síntomas somáticos que pueden aparecer como consecuencia de la enfermedad, no parece estar mediatizada por esas características de personalidad. Por el contrario éstas parecen incidir fundamentalmente en aquellos aspectos relacionados con la capacidad para relacionarse con otras personas, para mantener la estabilidad emocional y en su manera de percibir el futuro.

En suma, los resultados del presente estudio confirman la existencia de características de personalidad que diferencian a los sujetos que han sufrido un infarto de miocardio de las personas de la población "normal" y sana. Concretamente aquellos que hacen referencia a la capacidad para controlar sus emociones y vivencias y para preservar el equilibrio emocional ante los problemas y conflictos. Sin embargo, resulta especialmente destacable que estos rasgos incidan especialmente sobre la valoración que el paciente realiza de aquellos aspectos más personales, emocionales o de relación, siendo

escasa su incidencia en la valoración que el enfermo efectúa de su estado de salud. Resultados que, en cierta medida, no corroboran los de aquellos autores que afirman que, a mayor nivel de neuroticismo y ansiedad, mayor tendencia a presentar quejas somáticas (Costa, Zonderman, Engel y cols 1985, Costa y McCrae, 1987; Watson y Pennebaker, 1989).

BIBLIOGRAFÍA

- Antequera, R.; Ocaña, M.L.; Pastor, L.; Blanco Picabia, A. (en prensa). Calidad de vida en pacientes con infarto de miocardio. Enviado a publicación a Revista de Cardiología
- Baltrusch, H.; Stangel, W.; Waltz, M. (1988): Cancer from the behavioural perspective the type C pattern. *Activitas Nervosa Superior*, (30), 18-20.
- Benedito, C.; Botella, C. (1991): Diferencias individuales y predicción en el asma bronquial. *Boletín de Psicología*, (12), 21-38.
- Blatt, S.J. (1974): Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 29, 105-157.
- Blatt, S.J. (1990): Interpersonal relatedness and self-definition: Two personality configurations and their implications for psychopathology and psychotherapy. En J. Singer (ed): *Repression and dissociation: Implications for personality theory, psychopathology and health*. Chicago: University of Chicago Press.
- Blatt, S.J.; Shichman, S. (1983): Two primary configurations of psychopathology. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 6, 187-254.
- Blatt, S.J.; Cornell, C.E.; Eshkol, E. (1993): Personality style, differential vulnerability, and clinical course in immunological and cardiovascular disease. *Clinical Psychology Review*, 13, 421-450.
- Case, R.B.; Heller, S.S.; Moss, A.J.; The Multicenter Post-Infarction Research Group, (1985): Type A behavior and survival after acute myocardial infarction. *N. Eng. J. Med.*, (312), 737-741
- Costa, P.T.; Zonderman, A.B.; Engel, B.T.; Baile, W.F.; Brimlow, D.L.; Brinker, J. (1985): The relation of chest pain symptoms to angiographic of coronary artery stenosis and neuroticism. *Psychosomatic Medicine*, 47 (3), 285-293
- Costa, P.T.; McCrae, R.R. (1987): Neuroticism, somatic complaints and disease: Is the bark worse than the bite? *Journal of Personality*, 55, 299-316
- Denollet, J. (1993): Biobehavioral research on coronary heart disease: Where is the person?. *J. of Behavioral Medicine*, 16 (2), 115-141.
- Eysenck, H.J. (1989): Psychological factors in the prognosis, prophylaxis and treatment of cancer and coronary heart disease. *Evaluación Psicológica*, 5 (2), 181-198.

- Eysenck, H.J. (1990): The prediction of death from cancer by means of personality/ stress questionnaire: Too good to be true?. *Perception and Motor Skills*, 71, 216-218.
- Faragher, E.B.; Cooper, C.L. (1990): Type A stress prone behaviors and breast cancer. *Psychological Medicine*, 20, 663-670.
- Friedman, M. y cols. (1968): The relationship of behaviour. A to the state of the coronary vasculature. *Am. J. Med.*, (44), 525.
- Friedman, H.S. (1991): *The self-healing personality: Why some people achieve health and others succumb to illness*. Nueva York: Henry Holt.
- Grossarth-Maticsek, R.; Eysenck, H.J.; Vetter, H. (1988): Personality type, smoking habit and their interaction on predictors of cancer and coronary heart disease. *Personality and Individual Differences*, 9, 479-495.
- Havik, O.E.; Maelands, J.G. (1990): Patterns of emotional reactions after myocardial infarction. *J. of Psychosomatic Research*, 34 (3), 271-285
- Ibañez, E.; Romero, R.; Andreu, Y. (1992): Personalidad tipo C: una revisión crítica. *Boletín de Psicología*, (35), 49-79
- Jensen, M.R. (1984): *Psychobiological factors predicting and treatment of neoplastic disorders*. Doctoral Dissertation Yale University. New Haven.
- Johnston, D.W. y cols. (1987): Type A behaviour and and ischaemic heart disease in middle age British men. *Br. Med. J.*, (295), 86-89.
- Kneier, A.W.; Temoshok, L. (1984): Repressive coping reactions in patients with malignant melanoma as compared to cardiovascular disease patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 28, 145-155.
- Krantz, D.S.; Manuck, S.B. (1984): Acute psychophysiologic reactivity and risk of cardiovascular disease: a review and methodologic critique". *Psychological Bulletin*, 96, 435-464.
- Kreitler, S.; Chaitchik, S.; Kreitler, H. (1990): The psychological profile of women attending breast screening tests. *Social Science and Medicine*, 31, 1177-1185.
- Matthews, K.A.; Glass, D.C.; Rosenman, R.H.; Bortner, R.W. (1977): Competitive drive, pattern A, and coronary heart disease: A further analysis of some data from the Western Collaborative Group Study. *J. Chron. Dis.*, 30, 489-498.
- McDougall J.M.; Debromski, T.M.; Dimsdale, J.E.; Hackett, T.P. (1985): Components of Type A: Hostility and anger. Further relationship to angiographic findings. *Health Psychology*, 4, 137-152.
- Pelechano, V. (1989): Unas notas con algunas reflexiones respecto a la Psicología de la Personalidad y Terapias-intervenciones científico-psicológicas. *Análisis y Modificación de Conducta*, (15), 177-192.
- Ricci, P.E.; Gremigni, P. (1995): Anger hostility patterns and coronary heart disease implications. En J. Rodríguez Marín (Ed): *Health Psychology and quality of life research: Proceedings of the 8th Annual Conference of the European Health*

Psychology Society. Alicante. Servicio de publicaciones de la Universidad de Alicante.

- Sánchez-Elvira, A.; Bermúdez, J.; Pérez, A.M.** (1990): Evaluación de los componentes del patrón de conducta Tipo A en la manifestación de conductas hostiles. *Evaluación Psicológica*, 6 (2), 233-253.
- Velasco, J.A.; del Barrio, V.; Mestre, M.V.; Penas, C.; Ridocci, F.** (1993): Validación de un nuevo cuestionario para evaluar la Calidad de Vida en pacientes postinfartados. *Rev. Esp. Cardiol*, 46, 552-558.
- Watson, D.; Pennebaker, J.W.** (1989): Health complaints, stress, and distress: exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96, 234-254.
- Wiggins, J.S.** (1991): Agency and communion as conceptual coordinates for the understanding and measurement of interpersonal behavior. En W.W. Grove y D. Cicchetti (Eds.): *Thinking clearly about psychology. Vol 2. Personality and psychotherapy*. Minneapolis: University of Minnesota Press.