



PERSONALIDAD Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES. ESTUDIO DESCRIPTIVO EN UNA POBLACIÓN DE LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA.

Roberto O. Sanchez*; **Sebastián Urquijo****.

* Psicólogo, Becario de Investigación Categoría Perfeccionamiento y docente-

** Psicólogo, docente e investigador del Grupo de Psicología Cognitiva y Educacional.

Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Mar del Plata
Funes 3280, cuerpo 5, nivel 3
7600 - Mar del Plata
Argentina

E-mail: urquijo@mdp.edu.ar

E-mail: rosanche@mdp.edu.ar

PALABRAS CLAVE: MCMI-II, Patologías isquémicas cardiovasculares, Millon, Trastornos de la personalidad.

RESUMEN:

Con el objetivo de explorar la personalidad en pacientes con enfermedades cardiovasculares, se evaluaron 149 internados de la Unidad Coronaria del Hospital Interzonal General de Agudos de la ciudad de Mar del Plata. Se partió de la elaboración teórica y del sistema de clasificación de Millon, por lo que se utilizó el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II.

El trabajo realizado fue de tipo exploratorio y se pretendía estudiar la población local para tener un punto de comparación con la literatura científica del área que presenta marcadas divergencias respecto al tipo de personalidad presuntamente predispuesta a sufrir trastornos cardiovasculares. Los resultados señalan en primer término la existencia de una alta prevalencia de trastornos de la personalidad y en segundo lugar una gran divergencia entre los rasgos distintivos de esos trastornos.

Según la clasificación propuesta por Millon, surgen con mayor frecuencia trastornos asociados al grupo de personalidades con conflictos intrapsíquicos (en particular, compulsivos y

autodestructivos) y al grupo de personalidades con déficits estructurales (en particular, paranoide). Se discuten estos resultados y se presentan líneas de investigación futura.

Entre los factores de riesgo relacionados con la aparición de trastornos isquémicos cardiovasculares (TIC) suele considerarse la propensión psicológica (Marusic, 2000), si bien, aún nos están claros los mecanismos por los cuales los factores de riesgo psicológico influyen sobre el sistema cardiovascular. Rasgos de personalidad, características conductuales, estrategias de afrontamiento al estrés y otros son los factores psicológicos que han sido relacionados. Al parecer, los mecanismos biológicos podrían ser mediados por influencias psicológicas para determinar la enfermedad coronaria (Marusic, 2000). Cinco han sido las condiciones psicológicas que se asocian a los TIC: depresión, ansiedad, factores de personalidad y rasgos de carácter, aislamiento social y estrés crónico (Rozanski y otros, 1999).

Los factores psicológicos en los TIC, presentan una influencia tanto en el surgimiento de la patología como en su curso. Por ejemplo, los estudios de seguimiento de sujetos que han sufrido un infarto de miocardio, indican un pronunciado deterioro físico, psicológico y social, tras abandonar el hospital, que parece relacionarse con la reacción psicológica provocada por el mismo hecho de sufrir un infarto, más que con el grado de deterioro del sistema cardiovascular (Bueno y Buceta, 1997). Esto es, existe una mayor relación entre la presencia de trastornos emocionales post-infarto y ciertas variables relacionadas con la evaluación subjetiva del paciente (como el grado de preocupación por el estado de salud, la presencia de trastornos emocionales pre-infarto y otras) que con los índices de severidad de la enfermedad física.

En 1959 los cardiólogos Rosenman y Friedman propusieron un conjunto de características de comportamiento que parecía describir la forma en la que se comportaban los pacientes afectados por infarto de miocardio. A este conjunto de características lo denominaron "patrón de conductas tipo A" y se caracterizaba, entre otras cosas, por: un esfuerzo intenso y mantenido hacia el logro de objetivos auto seleccionados y, por lo general, pobremente definidos; una elevada inclinación hacia la competitividad; constante implicación en múltiples y diversas actividades que, generalmente, exceden la disponibilidad de tiempo del sujeto; extraordinario nivel de alerta física y mental; etcétera. Por muchos años, la investigación cardiovascular se enfocó exclusivamente sobre la personalidad tipo A y los avances en los tratamientos fueron minúsculos (Lesperance y Frasure-Smith, 1996). Diversos estudios (Kawachi y otros, 1998; Munakata y otros, 1999; Coelho y otros, 1999) realizados en los últimos años sostienen la asociación entre personalidad tipo A y TIC, sin bien tal asociación también ha sido cuestionada por numerosas investigaciones (Rozanski y otros, 1999; Espnes y Opdahl, 1999; Schroeder y otros, 2000; Myrtek, 2001; Friedman y otros, 2001).

En los últimos años un nuevo tipo de personalidad ha sido propuesta como relacionada con el riesgo de contraer TIC (Lesperance y Frasure-Smith, 1996). Denollet y otros investigadores (Denollet, Sys, Stroobant y Rombouts, 1996; Denollet y Brutsaert, 1998), postularon que la personalidad tipo D (de "distress") mantiene una alta relación con la probabilidad de desarrollar una enfermedad cardiovascular.

El tipo D se define como un rasgo de personalidad caracterizado por la afectividad negativa (tendencia a preocuparse y a tener una visión pesimista de las cosas, acompañada a menudo de sentimientos de infelicidad o irritación, de síntomas depresivos y de tensión crónica y de un bajo nivel de bienestar subjetivo) y por la inhibición social (tendencia a mantenerse distanciado de los demás, inhibir a menudo la expresión de los sentimientos y bajos niveles de soporte social percibido).

Este tipo de personalidad resultó ser un predictor de mortalidad a largo plazo en pacientes con TIC, independientemente de los factores de riesgo biomédicos. Existe evidencia que sugiere que una combinación de alta afectividad negativa y alta inhibición social (lo que da por resultado el subtipo de personalidad tipo D) suele estar presente en pacientes en riesgo de TIC (Denollet, 2000; Denollet, Vaes y Brutsaert, 2000).

Más allá de la divergencia hallada en la literatura, lo que los distintos estudios realizados desde los trabajos seminales de Friedman y Rosenman hacia fines de los 50', han demostrado es el potencial rol de la personalidad como determinante en los TIC. Sin embargo, tal como se expuso previamente, no existe acuerdo sobre cuales serían los rasgos, patrones o estilos de personalidad que se asociarían a los trastornos cardiovasculares. Por lo tanto, para este trabajo, se consideró pertinente indagar acerca de la personalidad en pacientes que sufren enfermedades cardíacas, utilizando nuevas aproximaciones teóricas e instrumentos para la evaluación de la personalidad que permitan obtener información más completa. El tema adquiere importancia mayúscula si se considera que las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en la Argentina, siendo el infarto agudo de miocardio una de sus formas más agresivas (Hirschon y otros, 1998).

Nuestro propósito consistió en intentar realizar una evaluación objetiva de la personalidad en pacientes que han sufrido patologías isquémicas, con el objeto de determinar los estilos y, eventualmente, trastornos de personalidad de esa población. Para ello, se utilizó el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II [MCMI-II] (Millon, 1999), eficaz instrumento psicométrico que permite establecer, con precisión y economía, un continuo entre aspectos funcionales y disfuncionales de la personalidad.

La conceptualización de Millon respecto a la personalidad y sus trastornos (Millon, 1976; Millon, 1990; Millon y Everly, 1994; Millon y Davis, 1998) resulta adecuada para los fines buscados ya que permite un acercamiento teórico al tema del funcionamiento de la personalidad y al de por qué, en ocasiones, este funcionamiento puede resultar disfuncional. El MCMI-II, desarrollado para operacionalizar el modelo psicopatológico propuesto por Millon (Craig, 1999), resulta, en principio, una prueba adecuada para la evaluación de la personalidad. Choca y otros (1996) consideran que el MCMI-II proporciona un fiel reflejo de la conceptualización teórica de Millon sobre los trastornos de personalidad. Además, según Piotrowski (1997), una revisión de estudios recientes indica que el MCMI ocupa un lugar preponderante entre los tests más frecuentemente usados en la práctica clínica, siendo solo superado por el MMPI en el área de la evaluación objetiva de la personalidad. Existe una vasta literatura asociada con el MCMI, que ya alcanzaba 500 artículos y seis libros en 1999 (Craig, 1999).

El Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II es una técnica de evaluación en psicología clínica y psicopatología, construida en función de la formulación teórica de los patrones de personalidad de Millon, sobre la idea de un continuo normal-anormal. En este modelo se propone una aproximación funcional e interpersonal, que da cuenta de los vínculos conceptuales entre las características clínicas observadas en los individuos que podrían ser identificados como prototipos de un determinado patrón, y los factores etiológicos (biológicos y psicológicos) y etapas del desarrollo que podrían ser establecidas para cada uno de esos prototipos. En adición, el MCMI permite medir también la presencia de ciertas condiciones sintomáticas tales como ansiedad, depresión y otras.

El MCMI-II resulta adecuado para la exploración de la personalidad porque sus resultados permiten

un acercamiento a los estilos de personalidad y no sólo a los trastornos de personalidad (Choca y Van Denburg, 1998). El DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1988) define los rasgos de personalidad como pautas duraderas en la forma de percibir, pensar y relacionarse con el ambiente y con uno mismo, y que se hacen presentes en una amplia gama de contextos personales y sociales. Estos rasgos sólo constituyen un trastorno de personalidad cuando resultan inflexibles y desadaptativos.

En síntesis, en este trabajo se considera que pueden existir ciertos estilos de personalidad disfuncionales (que en algunos casos pueden llegar a convertirse en trastornos de personalidad) que determinan una propensión a las enfermedades isquémicas. Se asume, además, que esos estilos pueden ser detectados y el que el MCMI-II es un instrumento adecuado para hacerlo.

Metodología

Muestra

Se trabajó con una muestra incidental, ya que los sujetos evaluados fueron aquellos que ingresaron a la Unidad Coronaria del Hospital Interzonal General de Agudos, Mar del Plata, Argentina. Finalmente, se obtuvo información de 149 pacientes, 113 (76,8%) de sexo masculino y 36 (24,2%) de sexo femenino. Muchos pacientes no pudieron ser evaluados a causa de su condición física o de su traslado a otras unidades de atención.

Instrumento

Para evaluar las características (estilos y trastornos) de la personalidad, se utilizó el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II -MCMI-II- (Millon, 1999). Con este instrumento se busca detectar la existencia de patrones de personalidad comunes, presumiblemente relacionados con el surgimiento del TIC. El MCMI-II tiene 175 ítems con formato de respuesta Verdadero/Falso, y un tiempo relativamente breve de aplicación (15 a 25 minutos). Las diferentes características de la personalidad patológica son recogidas en 26 escalas: 4 escalas de fiabilidad y validez (validez, sinceridad, deseabilidad y alteración); 10 escalas básicas de la personalidad (esquizoide, fóbica, dependiente, histriónica, narcisista, antisocial, agresivo-sádica, compulsiva, pasivo-agresiva y autodestructiva/masoquista); 3 escalas de personalidad patológica (esquizotípica, límite o borderline y paranoide); 6 síndromes clínicos de gravedad moderada (ansiedad, histeriforme, hipomanía, distimia, abuso de alcohol y abuso de drogas); y 3 síndromes clínicos de gravedad severa (pensamiento psicótico, depresión mayor y trastorno delirante). El MCMI no adopta el procedimiento tradicional de transformar las puntuaciones directas en puntuaciones típicas (T). Según el autor esto resultaría inadecuado ya que las puntuaciones T suponen distribuciones normales para las dimensiones subyacentes medidas lo que no es el caso de los trastornos de personalidad. En lugar del puntaje T, Millon usa la puntuación de tasa base (TB) de prevalencia, que se podría definir como la puntuación que indica la probabilidad que tiene un sujeto de presentar un atributo determinado y no tanto el lugar que ocupa dentro de la distribución normal (Choca y Van Denburg, 1998).

De acuerdo con la idea de continuidad sindrómica que sostiene el autor, los tres trastornos de personalidad patológica pueden ser considerados como elaboraciones más graves de los trastornos de personalidad básicos, que a su vez son una desviación patológica de estilos normales y saludables. Así, por ejemplo, un estilo de personalidad introvertida puede dar lugar a un trastorno esquizoide de personalidad e incluso, en los casos de mayor gravedad, a un trastorno

esquizotípico de la personalidad; un estilo de personalidad sociable puede dar lugar a un trastorno histriónico de la personalidad o a un trastorno límite de la personalidad en los casos más graves.

En este trabajo se adoptó la perspectiva de Choca y otros investigadores (Choca y Van Denburg, 1998; Choca y otros, 1992) de asumir que las puntuaciones altas se consideran una medida de las asunciones básicas de la persona, de sus actitudes más destacadas y de su forma característica de interactuar, sin dar por sentado que cualquier elevación es señal de patología. Por tal motivo, se tomó como punto de corte una TB mayor o igual a 85 en lugar de 75 como indica el autor (Millon, 1999). Una puntuación TB de 75 sería el punto de corte a partir del cual se confirmaría que el sujeto presenta la característica que se está midiendo, mientras que una TB de 85 o superior señalaría patrones de personalidad más descompensados.

Resultados

Para interpretar los resultados de la aplicación del instrumento a la población estudiada se determinó, en primera instancia, cual era la escala del perfil de personalidad que aparecía con la puntuación más elevada, siempre con TB igual o superior a 85. La escala más elevada define el tipo de perfil de personalidad. Posteriormente, se agruparon esos datos de acuerdo a las cuatro grandes categorías propuestas por Millon (Millon y Davis, 1998):

estilos con dificultades para el placer [DPP] (que subsume las escalas esquizoide y evitativa), estilos interpersonalmente desequilibrados [ID] (escalas dependiente, histriónica, narcicista y antisocial), estilos con conflictos intrapsíquicos [CI] (escalas agresivo-sádica, compulsiva, pasivo-agresivo y autodestructivo), y personalidades con déficit estructurales [DE] (escalas esquizotípica, límite y paranoide). Este último grupo supone niveles más graves de disfuncionalidad que los anteriores, según la teoría del autor. La clasificación se completa con dos categorías: sin trastorno de personalidad [STP] (que incluye aquellos sujetos con ninguna escala con TB superior a 84) y perfiles inválidos [INV] (aquellos en los que la escala de sinceridad, una de las escalas que mide tendencia de respuestas, excede el máximo permitido por el instrumento). Los resultados se muestran en la tabla 1:

	N	%
INV	17	11,4
STP	4	2,7
DPP	9	6,0
ID	19	12,8
CI	67	45,0
DE	33	22,1
	149	100

Los resultados anteriores muestran que en la población estudiada se registra una alta incidencia de trastornos de la personalidad de acuerdo a los parámetros de medida sugeridos por el autor. El 97% de los perfiles válidos presenta una puntuación indicativa de un trastorno de la personalidad. Dentro de este cuadro, se destacan las personalidades con conflictos intrapsíquicos (con más del 50% de los perfiles válidos) y las personalidades con déficit estructurales (con el 25% de los perfiles válidos).

Se realizó también el análisis de las frecuencias de cada una de las escalas de los grupos diagnósticos de mayor incidencia (CI y DE). Los resultados se muestran en las tablas 2 Y 3.

Escalas CI	N	%
Agresivo	10	14,9
Compulsivo	37	55,2
Pasivo-Agresivo	7	10,4
Autodestructivo	13	19,4
TOTAL	67	100

Escalas DE	N	%
Esquizotípico	12	36,4
Límite	5	15,2
Paranoide	16	48,5
TOTAL	33	100

En la Tabla 2. se observa que dentro del grupo de sujetos con conflictos intrapsíquicos más de la mitad cumple los criterios del instrumento para el diagnóstico de un trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, mientras que cerca del 20% podría diagnosticarse con un trastorno autodestructivo (masoquista) de la personalidad. Esta última categoría diagnóstica que fuera incluida el Apéndice de categorías diagnósticas que requieren estudios ulteriores en el DSM-III-R (APA, 1988) y que fuera excluida luego del DSM-IV (APA, 1995) fue incorporada por Millon en la revisión que llevó a la segunda versión del MCMI (Millon, 1999) aparecida al mismo tiempo que el DSM-III-R.

Si bien dicho trastorno (al igual que el de la personalidad sádica) luego se abandonaría en la nosología oficial, Millon quedó convencido de su utilidad y lo mantuvo en su modelo (Choca, 1999).

En la Tabla 3. se observa que dentro de las personalidades con déficit estructurales prevalecen los tipos paranoide y esquizotípico. Como se dijo anteriormente, en la teoría del autor los trastornos de personalidad con déficit estructurales suponen un grado mayor de gravedad que los otros trastornos de personalidad, diferencia que no se da en la nosología oficial de la APA. El nivel de severidad del trastorno ya fue propuesto por Millon en la primera versión de su modelo en 1969 (Millon, 1976). Millon creyó que a medida que la severidad de la sintomatología aumenta, el sabor distintivo de los diferentes estilos de personalidad se atenúa (Choca, 1999) por lo que estos tres trastornos deben entenderse como derivaciones más patológicas, disfuncionales y desadaptativas de los otros tipos.

Discusión

Al analizar los resultados obtenidos en función de los objetivos propuestos (explorar la personalidad en pacientes con enfermedades cardiovasculares) surge en primer término la elevada incidencia de supuestos trastornos de la personalidad. Por ejemplo, según el DSM-IV (APA, 1995) el trastorno paranoide de la personalidad afecta al 0,5-2,5% de la población general y al 2-10% de los pacientes ambulatorios psiquiátricos, mientras que en la muestra estudiada la prevalencia de este trastorno superó el 12% de los perfiles válidos. Respecto al trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, según la nosología oficial tiene una prevalencia estimada del 1% en la población general y del 3-10% en individuos que acuden a clínicas de salud mental, mientras que en la población estudiada este trastorno alcanzó al 28% de los perfiles válidos.

Otro tanto puede decirse respecto al porcentaje total de sujetos que pueden ser diagnosticados con

un trastorno de la personalidad: mientras que para la población general se estima una prevalencia aproximada del 15% (Pérez Urdániz y otros, 2001) en la población estudiada ese porcentaje alcanza al 86% de la muestra y al 97% de los perfiles validos.

La alta prevalencia encontrada en la población objeto de estudio hace recomendable tener en cuenta la recomendación de Choca y Van Denburg (1998) respecto a que los resultados del test están muy condicionados por los sentimientos y percepciones del sujeto en el momento de responder al inventario, sobre todo cuando éste sufre graves perturbaciones o se encuentra en un estado muy distinto al habitual. Como se dijo anteriormente, los sujetos que formaron parte de este estudio se encontraban internados en Unidad Coronaria a causa de su afección cardíaca, por lo tanto tal vez sería más adecuado considerar los resultados como reflejo del estado del sujeto en el momento de la toma (Piersma, 1989) y sus puntuaciones podrían variar si se obtuvieran en otro momento. Sin embargo, cabe señalar aquí que las puntuaciones en general superaron ampliamente el punto de corte propuesto por el autor (TB=75) y aún el tomado para este trabajo (TB=85). Por ejemplo, la TB media de los sujetos diagnosticados con trastorno paranoide de la personalidad fue de 106,4 mientras que la de los sujetos diagnosticados con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad fue de 95,9. Esta duda (alta prevalencia de trastornos de la personalidad o puntajes sobrevalorados por la situación en la que se encontraba la persona al momento de responder al inventario) en parte podrá ser salvada ya que algunos de los sujetos volverán a ser evaluados en una tarea de seguimiento por estar realizando tareas de rehabilitación en la misma institución donde estuvieron internados.

Respecto al tipo de trastornos encontrados, surge en primera instancia el factor de la gravedad ya que no sólo los del tipo con déficit estructurales son los más graves sino que, según Millon (Millon y Davis, 1998) los del grupo de conflictos intrapsíquicos pueden reflejar un nivel de funcionamiento más grave que los del grupo de estilos interpersonalmente desequilibrados. Estas personas tienen dificultades para relacionarse con los demás de manera que les resulte satisfactoria; aún en entornos favorables anulan sus posibilidades de satisfacción o piensan que son incapaces de sentirse contentos. Los conflictos que viven estas personalidades pasan por asumir una posición dependiente o independiente (como en el caso del compulsivo) o por evitar la discordancia entre lograr el placer o evitar el displacer (como en el caso del autodestructivo). Estos dos aspectos recuerdan a los componentes de la personalidad tipo D revisados anteriormente. Así, la afectividad negativa podría relacionarse con la dificultad para obtener placer de los sujetos autodestructivos y la inhibición social con la dificultad de establecer vínculos interpersonales satisfactorios de los sujetos compulsivos. Sin embargo, estas relaciones deberían estudiarse más profundamente en trabajos posteriores. Del mismo modo, también existe un paralelismo entre el patrón de vida sobreexigido del compulsivo y el patrón de personalidad tipo A (Millon y Davis, 1998).

En cuanto a los sujetos con déficit estructurales, Millon (Millon y Davis, 1998) señala que se trata de personalidades socialmente incompetentes, con dificultades de relación y a menudo aislados, hostiles o confusos, por lo que son incapaces de suscitar el apoyo interpersonal que podría reforzarlos y orientarlos hacia un estilo de vida más eficaz y satisfactorio. Millon (1976) denomina a esta característica como competencia social defectiva y se refiere a la historia personal errática de estas personas y a su incapacidad de alcanzar un nivel de manejo social proporcionado a sus aptitudes y talentos. Nuevamente, la inhibición social de la personalidad tipo D parece relacionarse con esta característica.

En el caso particular de la personalidad paranoide, la desconfianza suspicaz hacia los otros y el deseo de no mantener relaciones en las que pueda perder el poder de autodeterminación es una de sus características predominantes. Es característico de estas personas, entonces, el bajo apoyo social percibido y el mantenerse distanciado de los demás, propio de la personalidad tipo D.

Conclusiones

Como resultado de este trabajo puede concluirse que, en principio, la patología cardiovascular mantendría una relación estrecha con la existencia de trastornos de personalidad, en principio de gravedad moderada o alta.

Por otro lado, se observa que hay una gran variabilidad en los tipos de trastornos detectados ya que si bien los tres tipos tratados aquí con más detalle (obsesivo, autodestructivo y paranoide) representan la mitad de los perfiles válidos, el resto de los trastornos (a excepción del histriónico) también aparecieron representados en la muestra estudiada.

Estos resultados contribuyen a alimentar la controversia de la literatura sobre la asociación de tipos específicos, patrones comunes o estilos particulares de personalidad (por ejemplo, personalidades de Tipo A o Tipo D) y la aparición de trastornos isquémicos cardiovasculares. Por lo tanto, puede concluirse que a partir de los resultados de este trabajo no es posible definir un patrón de personalidad propensa a sufrir trastornos cardiovasculares, si bien existen ciertos estilos en primera instancia más ligados con tal circunstancia.

Cabe aclarar para finalizar que aquí se ha trabajado sólo con la escala más alta de cada sujeto cuando para determinar más fehacientemente un perfil de personalidad resulta más conveniente combinar las dos (Millon y Davis, 1998) o tres (Choca y Van Denburg, 1998) escalas más altas. Al realizar estas combinatorias la dispersión entre los diferentes estilos resultantes es más amplia y su análisis escapa a los límites de este trabajo.

Para continuar con esta investigación, a fin de arribar a conclusiones más certeras, resultaría apropiado, como se dijo, volver a evaluar a los mismos sujetos en condiciones distintas para determinar tanto si se mantiene la prevalencia de trastornos de personalidad en la población cuanto si se registran los mismos altos puntajes de TB encontrados en este trabajo. También resultaría conveniente replicar el estudio en otras poblaciones (en este caso se trató de la Unidad Coronaria de un hospital general) para determinar si se obtienen resultados similares. Finalmente, cabría avanzar sobre el estudio de los perfiles resultantes que combinan las dos o tres escalas más elevadas de cada sujeto como una manera de contar con descripciones más precisas de cada subtipo de personalidad presente en personas con patología isquémica cardiovascular.

Poder llevar adelante algunas de las líneas de investigación que se han planteado a partir de los resultados de este trabajo permitirá un acercamiento más firme al estudio de la personalidad en la población abordada.

Bibliografía

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-III-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1988.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1995.
- BUENO, A. y BUCETA, J. Tratamiento psicológico después del infarto de miocardio. Madrid: Dykinson; 1997.
- CHOCA, J. Evolution of Millon's Personality Prototypes. Journal of Personality Assessment 1999 Jun; 72(3):353-364

CHOCA, J.; VAN DENBURG, E. Guía para la interpretación del MCMI. Barcelona: Paidós; 1998.

CHOCA, J.; RETZLAFF, P.; STRACK, S.; MOUTON, A. et al. Factorial elements in Millon's personality theory. *Journal of Personality Disorders* 1996, 10(4): 377-383.

CHOCA, J.; SHANLEY, L.; VAN DENBURG, E.; AGRESTI, A.; MOUTON, A. y USKOKOVIC, L. Personality disorder or personality style: That is the question. *Journal of Counseling and Development* 1992; 70:429-431.

COELHO, R.; RAMOS, E.; PRATA, J.; MACIEL, M. J.; BARROS, H. Acute myocardial infarction: psychosocial and cardiovascular risk factors in men. *Journal of Cardiovascular Risk* 1999; 6(3):157-62.

CRAIG, R. Overview and Current Status of the Millon Clinical Multiaxial Inventory. *Journal of Personality Assessment* 1999 Jun; 72(3):390-406.

DENOLLET, J. Type D personality: A potential risk factor refined. *Journal of Psychosomatic Research* 2000; 49(4): 255-266.

DENOLLET, J.; VAES, J.; BRUTSAERT, D. L. 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* 2000; 8,102(6):630-5.

DENOLLET, J.; BRUTSAERT, D. Personality, disease severity, and the risk of long-term cardiac events in patients with a decreased ejection fraction after myocardial infarction. *Circulation* 1998; 97:167-173.

DENOLLET, J.; SYS, S.; STROOBANT, N.; ROMBOUTS, H., et al. Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease. *The Lancet* 1996; 347: 417-421.

ESPINES, G.A. & OPDAHL A. Associations among behavior, personality, and traditional risk factors for coronary heart disease: a study at a primary health care center in mid-Norway. *Psychological Reports* 1999; 85(2):505-17.

FRIEDMAN, R.; SCHWARTZ, J. E.; SCHNALL, P. L.; LANDSBERGIS, P. A.; PIEPER, C.; GERIN, W. et al. Psychological variables in hypertension: Relationship to casual or ambulatory blood pressure in men. *Psychosomatic Medicine* 2001; 63(1):19-31.

HIRSCHON, A. y otros. Infarto agudo de miocardio en la Argentina. Tercera Encuesta Nacional SAC 1996. *Revista Argentina de Cardiología* 1998; 66(1): 63-72.

KAWACHI, I.; SPARROW, D.; KUBZANSKY L.D.; SPIRO, A. 3RD; VOKONAS, P. S.; WEISS, S. T. Prospective study of a self-report type A scale and risk of coronary heart disease: test of the MMPI-2 type A scale. *Circulation* 1998; 4;98(5):405-12

LESPERANCE, F.; FRASURE-SMITH, N. Negative emotions and coronary heart disease: Getting to the heart of the matter. *The Lancet* 1996; 47: 414-416.

MARUSIC, A. Psychological factors associated with coronary heart disease. *Irish Journal of Psychological Medicine* 2000;17(4): 135-139.

MILLON, T. *Psicopatología Moderna. Enfoque biosocial de los aprendizajes erróneos y de los disfuncionalismos.* Barcelona:Salvat; 1976.

MILLON, T. *Toward a new personology.* New York: Wiley; 1990.

MILLON, T. *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II. Manual.* Madrid: TEA; 1999.

MILLON, T. y DAVIS, R. *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV.* Barcelona:Masson; 1998.

MILLON, T. y EVERLY, G. *La personalidad y sus trastornos.* Barcelona: Martínez Roca; 1994.

MUNAKATA, M.; HIRAZUMI, T.; NUNOKAWA, T.; ITO, N.; TAGUCHI, F.; YAMAUCHI, Y. et al. Type A behavior is associated with an increased risk of left ventricular hypertrophy in male patients with essential hypertension. *Journal of Hypertension* 1999; 17(1):115-20.

MYRTEK M. Meta-analyses of prospective studies on coronary heart disease, type A personality, and hostility. *International Journal of Cardiology* 2001; 79(2-3):245-51.

PIERSMA, H. The MCMI as treatment outcome measures for psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology* 1989; 45:87-93.

PIOTROWSKI, C. Use of the Millon Clinical Multiaxial Inventory in clinical practice. *Perceptual and Motor Skills* 1997. 84(3, Pt 2): 1185-1186.

PEREZ URDANIZ, A; SANTOS GARCIA, J.; MOLINA RAMOS, R.; RUBIO LARROSA, V.; CARRASCO PERERA, J.; MOSQUERA TERRÓN, I. et al. Aspectos socioculturales en la génesis de los trastornos de la personalidad. *Actas Españolas de Psiquiatría* 2001; 29(1):47-57.

ROZANSKI A., BLUMENTHAL J., KAPLAN J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation* 1999; 99:2192-2217.

SCHROEDER, K., NARKIEWICZ, K., KATO, M., PESEK, C., et al. Personality type and neural circulatory control. *Hypertension* 2000; 36(5):830-833.