

# Perfiles de personalidad en pacientes con hipertensión arterial

## *Personality profiles in hypertensive patients*

Patricia Rodríguez Belmares<sup>1</sup> y Rodrigo Cantú Guzmán<sup>2</sup>

### RESUMEN

Esta investigación descriptiva muestra el trabajo de análisis llevado a cabo mediante estudios de casos de pacientes hipertensos afiliados a una clínica universitaria de servicios médicos, con el fin de establecer la relación entre estos y diversos perfiles de personalidad en las enfermedades estudiadas por diferentes autores. Se considera que se experimenta un cambio en la percepción de la personalidad, comparada con la del momento del diagnóstico. Los participantes de esta investigación no sufrieron un impacto emocional al momento de recibir el diagnóstico, pero manifestaron pensamientos negativos relacionados con la preocupación y la tristeza.

**Palabras clave:** Enfermedad crónica; Psicología de la salud; Personalidad; Hipertensión arterial.

### ABSTRACT

*The present study involves the analysis carried out through case studies of hypertensive patients, affiliated to a university health services clinic. The study explored diverse personality profiles associated to high blood pressure as a follow up to other studies by several authors. There might be a shift in the perception of personality as linked to physical complaints as measured at the time of diagnosis. Participants in the present study did not show suffering from an emotional impact at the time of diagnosis; however, they showed negative thoughts related to preoccupations and sadness.*

**Key words:** Chronic disease; Health psychology; Personality; Arterial hypertension.

Desde la antigüedad, se ha designado al corazón como el asiento de las emociones; en efecto, según López (2005), uno de los síntomas que más comúnmente acompañan al estrés, la tensión y la ansiedad es el dolor de pecho.

La presión arterial es la fuerza ejercida por la sangre contra las paredes de las arterias cuando el corazón la bombea a todo el cuerpo. La hipertensión arterial es un padecimiento que se genera al tener la presión sanguínea en niveles constantemente altos durante varias semanas. Es un importante factor de riesgo de enfermedades coronarias, accidentes cerebrovasculares y enfermedad renal. La presión sanguínea que supera los 140 mmHg (sistólica) sobre 90 mmHg (diastólica) es una enfermedad con una alta prevalencia alrededor del mundo, y México no escapa a esa realidad. Algunos casos de hipertensión son causados por,

---

<sup>1</sup> Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Mutualismo 110, Col. Mitras Centro, 64460 Monterrey, N.L., México, correo electrónico: patriciardzb@gmail.com. Artículo recibido el 23 de abril y aceptado el 3 de julio de 2014.

<sup>2</sup> Departamento de Servicios Médicos, Consulta de Psicología, y Facultad de Medicina, Departamento de Bioquímica de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Gonzalitos y Haití, Col. Mitras Centro, 64060 Monterrey, N.L., México, correo electrónico: rodrigocantutu@yahoo.com.

o son efectos secundarios de, enfermedades de otros órganos o sistemas del cuerpo, como los riñones o el sistema endocrino, por lo que se le denomina *hipertensión secundaria*, misma que puede curarse generalmente por procedimientos médicos. Sin embargo, la mayoría (más de 90%) de los hipertensos son casos que se clasifican como primarios, o *hipertensión esencial*, en la cual los mecanismos que causan la presión arterial alta son desconocidos de un modo preciso, aunque se sabe que algunos de los factores de riesgo que la generan son la obesidad, las conductas alimentarias, el consumo excesivo de alcohol, la escasa actividad física, los antecedentes familiares y los factores psicológicos, tales como el estrés, ansiedad o depresión (Guadalajara, s.f.; Sarafino, 2002; U.S. National Library of Medicine, 2014).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012, 2013) estima que la hipertensión arterial causa la muerte anual de 7.5 millones de personas en el mundo, lo que representa 12.8% del total de las muertes; además, señala que uno de cada tres adultos tiene la presión alta, lo que es preocupante por las complicaciones que genera: insuficiencia cardíaca, enfermedad vascular periférica, insuficiencia renal, retinopatía y discapacidad visual.

En México, la prevalencia de presión arterial alta, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012) (Instituto Nacional de Salud Pública, 2012) –tomando en cuenta los criterios establecidos para la población de 20 años y más–, es de 33.3 en los hombres y de 30.8 en las mujeres de cada cien personas de este grupo de edad y sexo.

Este padecimiento es asintomático en su fase inicial, lo que dificulta una detección oportuna e incrementa los factores de riesgo asociados cuando los tratamientos para su control son tardíos.

La siguiente frase del doctor William Harvey, en Inglaterra, en 1628, señala que desde hace ya muchos años se empezaban a relacionar las cuestiones psicológicas con las enfermedades del corazón: “Cada trastorno de la mente que produce dolor o placer, esperanza o miedo, es la causa de una agitación cuya influencia se extiende al corazón”. Esto es, desde hace casi cuatro siglos ya había científicos interesados en encontrar la relación entre estos elementos.

En 1768, William Heberden (cf. Forcada, 2013) hace una primera y brillante descripción no solo de la angina de pecho, sino que en ella también incluye las características personales de los sujetos con esa patología, que resultó ser la enfermedad coronaria. Puede decirse asimismo que es la primera descripción pormenorizada de la personalidad tipo A; sin embargo, hoy sabemos que los individuos hipervigilantes, autoexigentes, competitivos y agresivos (rasgos que definen a ese tipo de personalidad) no son los únicos candidatos a la enfermedad cardiovascular, sino que también lo son aquellos con personalidad ansiosa o depresiva, excesivamente dependientes o con marcada hostilidad y respuestas iracundas.

En relación justamente a la personalidad, se considera a Sigmund Freud como uno de sus máximos estudiosos, quien a principios del siglo XX realizó observaciones de los pacientes que atendía, en quienes investigó el desarrollo psíquico del ser humano y las enfermedades llamadas “psicosomáticas”. Los conceptos que surgieron de su teoría psicoanalítica se siguen aplicando en la práctica, lo que ha contribuido sin duda a la comprensión de los trastornos mentales.

Las investigaciones de Friedman y Rosenman (1959) en Estados Unidos fueron un intento por determinar los rasgos de personalidad de personas que habían sido afectadas por infarto de miocardio. Observaron en ellas un intenso deseo de tener éxito y un elevado nivel de competitividad. De ahí partió la idea de crear el perfil de conducta tipo A. Los trastornos cardiovasculares ocurrían con una frecuencia siete veces mayor en este grupo, en comparación con el grupo de personas con características de personalidad denominada tipo B y el grupo control, conformado por individuos desempleados, con ansiedad e inseguridad crónicas (personalidad tipo C).

Según Seelbach (2012), el estudio de la personalidad pertenece al campo de estudio de la psicología. La personalidad puede explicarse desde varios enfoques. En primer lugar, permite conocer de manera aproximada los motivos que conducen a un individuo a actuar, sentir, pensar y desenvolverse en un medio; también es posible conocer la manera en la cual puede aprender a interactuar con el entorno. La personalidad se puede definir como la estructura dinámica que posee un indi-

viduo, la cual se compone de características psicológicas, conductuales, emocionales y sociales que se desarrollan a partir de la interacción de elementos ambientales y biológicos. Se han desarrollado diversas teorías de la personalidad para describir y explicar la conducta de las personas, así como otras tipologías más sencillas cuyo objetivo es describir las diferencias individuales dependiendo de las características observadas en la conducta.

Eysenck (1987) (cf. Schmidt et al., 2010) la define como “Una organización más o menos estable y duradera del carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona que determina su adaptación única al ambiente. El *carácter* denota el sistema más o menos estable y duradero de la conducta conativa (voluntaria) de una persona; el *temperamento*, su sistema más o menos estable y duradero de la conducta afectiva (emoción); el *intelecto*, su sistema más o menos estable y duradero de la conducta cognitiva (inteligencia); el *físico*, su sistema más o menos estable y duradero de la configuración corporal y de la dotación neuroendocrina”.

La investigación descriptiva, como la utilizada en este caso, ha permitido comprender algunos factores importantes de riesgo y de protección asociados a diferentes trastornos psicológicos. Por ejemplo, Monroe, Rohde, Seeley y Lewinsohn (1999), psicólogos clínicos de la Universidad de Oregon, han demostrado la importancia del estrés en la etiología y curso de los trastornos emocionales. En efecto, los factores emocionales negativos, como la ansiedad y la depresión, causados tanto por circunstancias personales como sociales, son objeto de intensa investigación, y frecuentemente se les señala como factores que propician el desarrollo de la enfermedad coronaria, como determinantes en la adherencia a los tratamientos médicos, farmacológicos y quirúrgicos, y como obstáculos que deben considerarse en la rehabilitación (Laham, 2008).

Al estudiar el patrón de conducta tipo A (PCTA) desde una perspectiva psicológica, se deben atender tres aspectos: las disposiciones personales permanentes, los desafíos y demandas que emanan de los distintos ambientes en que viven las personas, y las conductas o reacciones actuales que

se manifiestan cuando los desafíos o demandas activan las disposiciones existentes (Del Pino, 1998).

En la investigación hecha en mujeres sobre las relaciones entre la conducta tipo A, la hostilidad y la reactividad cardiovascular en respuesta a estresores, los resultados han mostrado una mayor reactividad cardiovascular (presión sanguínea, ritmo cardíaco y conductancia de la piel) ante situaciones estresantes en aquellas mujeres con dicho patrón de conducta y con elevada hostilidad, lo que habla de la supremacía de dichos factores de riesgo psicológicos sobre los biológicos (Richard's y Giles, 2002).

No obstante, los factores de riesgo biológico (como por ejemplo la hipertensión, el sedentarismo, el tabaquismo o el colesterol elevado) suelen recibir un amplio espacio en los programas de prevención primaria y secundaria y en los medios de comunicación. Por el contrario, los factores de riesgo psicosociales, que tienen tanto peso como aquellos, no siempre son tenidos en consideración. Diversos estudios han puesto en evidencia de manera clara y convincente cuáles son los factores psicosociales que contribuyen significativamente a la patogénesis y expresión de los trastornos cardiovasculares. Estos factores se expresan principalmente en cinco campos: depresión, ansiedad elevada, rasgos disfuncionales de personalidad, aislamiento social y estrés crónico (Sánchez, 2005).

De este modo, los factores psicológicos están considerado entre los factores de riesgo que más se relacionan con la aparición de los trastornos cardiovasculares, si bien los mecanismos a través de los cuales influyen sobre el sistema cardiovascular aún no están tan claros como en el caso de los biológicos. Al parecer, los mecanismos biológicos podrían ser mediados por influencias psicológicas para determinar la enfermedad coronaria (Marusic, 2000; cf. Sánchez, 2005).

La psicología de la salud estudia todo comportamiento relacionado a los contextos de salud y enfermedad, ya sea como apoyo en algún padecimiento en específico (en el plano educativo o de intervención), su prevención o su entendimiento (creencias), tanto individual como socialmente (familia), así como el análisis del impacto de los padecimientos, a fin de que esta información se divulgue y sea en beneficio de los demás (Cantú y Basurto, 2009). Es con esta visión que se trabajó

en la presente investigación, ya que es necesario el conocimiento médico acerca de la hipertensión arterial, pero sobre todo la relación de este padecimiento con los factores psicológicos y rasgos de personalidad de los pacientes.

### Personalidad y perfiles diferentes

La importancia del concepto de personalidad para la psicopatología ha sido reconocida desde los inicios de la medicina. Hipócrates, en el siglo IV a. C., distinguió cuatro tipos de humores referentes a la personalidad: sanguíneo, melancólico, flemático y colérico, los que fueron relacionados con la vulnerabilidad a una amplia variedad de trastornos físicos y psicológicos (Widiger y Smith, 2008).

Según Millon y Frances (1987) (cf. Teijeira y Ramón, 2006), la personalidad consiste en un patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar y que se expresan automáticamente en todas las áreas de funcionamiento del individuo. Estos rasgos conforman, por tanto, un patrón idiosincrásico de sen-

tir, percibir, manifestarse y comportarse de un individuo.

El concepto de personalidad, a pesar de ser algo ambiguo, implica aquellas características que definen a la persona y su estilo de afrontar situaciones o resolverlas, detalles que engloban su manera de ser. Ya Soler y Gascón (1999) (cf. Teijeira y Ramón, 2006) refieren que, en el campo de la clínica, cada vez se ve a más pacientes con alteraciones conductuales derivados de alteraciones en su personalidad. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association, 1994) ahonda en la idea de que los factores psicológicos o conductuales afectan la condición médica general y pueden influir en el inicio y curso de cualquier trastorno orgánico. Dentro de los principales trastornos causados por el estrés enlista los cardiovasculares, como hipertensión, enfermedad coronaria, angina de pecho, infarto del miocardio, taquicardia y arritmias cardíacas episódicas. De aquí la importancia de la relación entre la personalidad y el padecimiento de algunas enfermedades.

En la Tabla 1 se muestran las características de los diferentes patrones.

**Tabla 1.** Tipos de personalidad.

<b>TIPO A</b>	Personas muy impacientes, competitivas, ambiciosas y usualmente agresivas en los negocios; les cuesta relajarse; suelen impulsar a otros a apresurarse la mayor parte del tiempo; por lo general trabajan varias horas y realizan diversas actividades al mismo tiempo; se impacientan fácilmente con la demora de otros; son personas estresadas y frecuentemente se encuentran de mal humor (Friedman y Rosenman, 1959; Roa, 1995).
<b>TIPO B</b>	Personas pacientes, relajadas y fáciles de sobrellevar. No son grandes triunfadores en los negocios y la mayoría de las veces ponen las cosas a un lado para terminarlas cuando sienten deseos de completar sus metas. Son personas apáticas y no se involucran en metas difíciles. Prefieren llevar las cosas con calma antes de sufrir estrés (González, 2006; Laham, 2007, 2008).
<b>TIPO C</b>	Personas poco asertivas que se someten a los deseos de otros y optan por ignorar los propios. Tienden a ocultar las emociones negativas y tratan de mantener una apariencia calmada y positiva ante los demás, aunque en su interior puedan sentir desesperanza y tristeza. Son personas incapaces de expresar ira; pueden sentirla, pero suelen suprimirla o ignorarla. Tampoco expresan otras emociones negativas, como miedo, ansiedad o tristeza (Anarte, López, Ramírez y Esteve, 2000; González, 2006; Laham, 2008).
<b>TIPO D</b>	Personas con tendencia a experimentar emociones negativas en todo momento y situación; se sienten infelices a menudo, tienden a preocuparse, son pesimistas, se irritan fácilmente, tienen baja autoestima y poca asertividad y experimentan síntomas depresivos y de ansiedad. Con tendencia a inhibir emociones y conductas en la interacción social, suelen poner distancia con los otros; tienden a ser cerrados y reservados y reportan bajos niveles de apoyo social percibido (Laham, 2008; Pedersen y Denollet, 2003; Sánchez, 2005).

## MÉTODO

### Participantes

La muestra que se utilizó en esta investigación fueron nueve pacientes: ocho mujeres y un hombre, con edad promedio de 65 años y desviación estándar de 5.46, todos ellos afiliados al Servicio Médico de la Universidad Autónoma de Nuevo León y originarios de la ciudad de Monterrey N.L. (México), quienes dijeron contar con un nivel socioeconómico medio. Los criterios de inclusión fueron que estuvieran afiliados a la clínica, que fueran mayores de edad y que no hubieran sido diagnosticados con hipertensión arterial por la cual estuvieran recibiendo tratamiento médico al momento del estudio.

Los datos sociodemográficos revelaron que cinco de los pacientes estaban jubilados, siendo amas de casa los otros cuatro. En relación al tiempo que había transcurrido desde el diagnóstico de hipertensión, éste tuvo un promedio de 20 años, con desviación estándar de 6.29. Cinco de los pacientes sufrían otro padecimiento, aparte de la hipertensión: diabetes, quiste hepático, reumatismo y colesterol elevado. En cuanto al nivel educativo, cuatro de los participantes reportaron haber culminado su carrera profesional, otra una carrera técnica, tres la primaria y una de ellas carecía de estudios. Seis de los participantes estaban casados, dos eran solteros y una viuda.

### Instrumento

Se utilizó como instrumento un formato de entrevista semiestructurada diseñada específicamente para esta investigación. Dicho instrumento incluía preguntas muy específicas y concretas acerca de las variables de estudio, como la descripción de la personalidad y aspectos comportamentales asociados al diagnóstico de la hipertensión arterial; asimismo, para la construcción del formato se tomaron en cuenta la valoración y la opinión de su contenido por diversos profesionales: un psicólogo con experiencia previa en clínica y formación profesional en investigación, un médico familiar especialista en diagnósticos, y alumnos pasantes de la carrera de Psicología que realizaban prácticas pro-

fesionales en dicha institución con supervisión clínica y de investigación.

Esta entrevista semiestructurada consta de trece preguntas abiertas relacionadas al padecimiento, los pensamientos acerca de éste, la manera de afrontarlo, el concepto de sí mismo sobre su personalidad y la manera en que otras personas podrían describir al paciente. Se anexó al formato mencionado la tabla (Tabla 1) en la que se describen los cuatro tipos de personalidad, pidiéndoles al final de la entrevista que identificasen el que más se relacionaba con su forma de ser al momento del diagnóstico y en la actualidad.

Las preguntas que se formularon, aparte de los datos generales de identificación, fueron las siguientes: ¿Qué pensó al recibir el diagnóstico?, ¿Qué cambios ocurrieron en su vida al saber que padecía hipertensión?, ¿Cómo se siente actualmente respecto a la hipertensión?, ¿Qué cosas ha hecho que considere que no le ayudan a cuidarse de su enfermedad?, ¿Cómo se describe como persona, o sea, su forma de ser más característica?, ¿Cómo lo describen los demás como persona, o sea, su forma de ser más característica?, ¿Cuál es su manera de reaccionar ante situaciones amenazantes o de estrés?, ¿Cree usted que hay relación entre las enfermedades físicas y los aspectos emocionales o de personalidad de cada individuo? ¿Por qué?, ¿Qué aspectos de su personalidad cree que tienen que ver con su padecimiento de hipertensión? ¿Por qué?, Clasificación de los perfiles: A, B, C o D (actual); A, B, C o D (al momento del diagnóstico), ¿Considera que haya algunos aspectos más relacionados a su enfermedad?

### Procedimiento

Mediante una metodología de tipo cualitativo, se utilizó como técnica el análisis de contenido a partir de las entrevistas semiestructuradas conducidas por profesionales y pasantes de la carrera de Psicología, con capacitación y experiencia previa en su realización, utilizando cubículos o consultorios donde se tenía privacidad y poniendo énfasis en las frecuencias y coincidencias en las respuestas de los participantes. Para esta investigación, cuyo objetivo fue analizar la relación en la percepción de los patrones de personalidad (tipos A, B, C o D) en pacientes con hipertensión arterial, se consideraron

como casos los pacientes participantes. Se llevó a cabo un muestreo por conveniencia debido a que por diversas razones personales o de tiempo no todos los derechohabientes accedieron a ser entrevistados. Por esta misma razón, no se pudo disponer de un número equitativo de participantes por sexo, por lo que al momento de los análisis no se hicieron distinciones en cuanto a esta variable. La muestra fue así conformada por pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial bajo tratamiento médico, a quienes se aplicó la entrevista ya detallada arriba para evaluar los diferentes aspectos incluidos. Tras el consentimiento informado de cada paciente, las entrevistas se llevaron a cabo en un ambiente adecuado, donde se les explicó el objetivo de la investigación y se procedió a formularles las preguntas.

## RESULTADOS

Cinco de los participantes dijeron que no se vieron afectados al recibir el diagnóstico; cuatro de ellos tuvieron pensamientos negativos, como preocupación y tristeza; cuatro relacionaron la enfermedad con cuestiones hereditarias, y solo uno lo aceptó pasivamente.

Los conocimientos acerca del padecimiento de hipertensión en los participantes indicaron cuatro causas básicamente: factores hereditarios, estrés, cuestiones emocionales y hábitos alimenticios.

Los cambios que ocurrieron en la vida de los participantes a raíz del diagnóstico estuvieron relacionados en su mayoría con su alimentación y conductas saludables, lo que expresaron cinco de ellos; uno informó no haber tenido ningún cambio, y uno más dijo haberse dado cuenta de que necesitaba tener un mayor control emocional.

El sentir actual respecto a la hipertensión de los pacientes fue de control y estabilidad en su mayoría; sin embargo, tres de ellos dijeron cansarse con facilidad, lo que algunos atribuyeron a la edad.

Los hábitos relacionados con la alimentación no saludable, el sobrepeso y la falta de actividad física fueron considerados por parte de los participantes como los factores que no favorecían el cuidado de la enfermedad, pero también, aunque con menos frecuencia, las situaciones que ge-

neraban estrés, el descuido en los chequeos y el tratamiento médico, así como los hábitos de fumar e ingerir alcohol.

Siete de los nueve participantes se describieron a sí mismos en una categoría que involucra ser muy activo, impaciente y alegre; cuatro se consideraban personas nerviosas y con tendencia a preocuparse, y cinco como aprensivos y con una personalidad un tanto melancólica.

Seis de los participantes consideraban que otras personas los describían como activos e inquietos, y cuatro como personas irritables; una se consideraba como irritable y activa a la vez, y tres de ellas como personas alegres y sociables.

Las formas de reaccionar de los participantes ante situaciones estresantes dieron los siguientes resultados: cinco de ellos refirieron tener emociones negativas, tales como nerviosismo, alteración, ansiedad y miedo; tres de estos cinco participantes solían presentar malestar físico, al contrario de tres que dijeron tener autocontrol emocional; solo una persona recurría a medicamentos para disminuir la preocupación, y dos afirmaron que su reacción consistía en mantenerse ocupados.

Cinco de los nueve participantes entrevistados consideraron que sí había una relación entre las enfermedades físicas y la personalidad de cada individuo; tres dudaron acerca de esa relación en todos los casos, y solamente un participante dijo no encontrarla.

Para el análisis de la escala de doce preguntas en relación a los perfiles de personalidad, se halló que las respuestas más frecuentes se asociaron con un perfil actual del tipo B, pues la mayoría de los participantes manifestaron preferir llevar las cosas con calma, no involucrarse en metas complicadas y expresar las emociones sin problema, factores que, según mencionaron, eran un resultado de la edad. Las respuestas con frecuencias más bajas arrojaron un perfil tipo D, el menos referido por los nueve participantes, consistente en sentirse infeliz generalmente, distanciarse de la gente y considerar que se tiene un apoyo social pobre.

Seis de los participantes, tras haber leído la tabla donde se explican las características principales de cada perfil, consideraron cumplir el perfil tipo B, dos de ellos el C, uno el perfil D, y ninguno el perfil tipo A, casi lo opuesto al perfil en que dijeron encuadrar al momento del diagnóstico,

pues ocho participantes consideraban haber satisfecho este último perfil al llevar un ritmo de vida acelerado, tener urgencia con el tiempo e impaciencia, rasgos que relacionaron con la etapa vital en la que se encontraban ya que la mayoría estaban casados, atendían a sus hijos, trabajaban a tiempo completo y desatendían los aspectos de salud.

Sobre las creencias respecto a los aspectos de la personalidad relacionados con el padecer hipertensión, siete de los participantes juzgaron que ser impacientes y haber estado bajo mucha presión y estrés; a la par, cinco de ellos enfatizaron el hecho de preocuparse por las cuestiones familiares, tres hicieron referencia a la falta de autocontrol emocional y solo una persona mencionó el aspecto hereditario.

## DISCUSIÓN

En este trabajo, la mayoría de los participantes dijo no haber sufrido un impacto emocional al momento de recibir el diagnóstico, aunque sí tuvieron pensamientos negativos relacionados a la preocupación y la tristeza. Se consideró que el desarrollo de la enfermedad se debía a factores hereditarios, siendo mencionado lo anterior con gran frecuencia a lo largo de las entrevistas con los nueve participantes. A pesar de tales antecedentes, hubo muy escasa aceptación del padecimiento hipertensivo, coincidiendo con las observaciones de Cantú (2012), quien investigó a pacientes hipertensos y diabéticos que creían que su enfermedad se debía a ciertos factores genéticos y que, de manera semejante, no suponían como grave o fatal, a diferencia de otros padecimientos crónicos. Lo anterior, que se desprende del hecho de que la noticia del diagnóstico no tuvo un impacto relevante en los pacientes, lleva a pensar en la contradicción que existe entre los rasgos del perfil de personalidad tipo A y esta reacción a la enfermedad; es decir, personas con niveles altos de impulsividad, competencia y autoexigencia no suponían relevante el diagnóstico de una enfermedad crónica, al menos en su etapa inicial.

Es interesante ver cómo los participantes, a raíz de esta enfermedad, prestaban más atención a su alimentación y a su actividad física (atención

que había ido disminuyendo con los años) que a algunos factores psicológicos, como ser asertivos en sus relaciones interpersonales, controlar mejor las emociones y disminuir su ansiedad.

Ninguno de los participantes trabajaba en ese momento, ya sea por estar jubilado o por dedicarse a las tareas domésticas; eran personas que consideraban tener el padecimiento bajo control y afirmaban que el ritmo de vida llevado anteriormente tuvo mucho que ver con el inicio de éste al describirse como impacientes, haber estado bajo mucha presión y estrés, preocuparse excesivamente por su familia y por el trabajo desempeñado por varios años, factores que consideraban ser los desencadenantes.

En un primer perfil descriptivo de su personalidad, eran personas en su mayoría activas, ansiosas, aprensivas, inquietas e irritables, lo que concuerda con su percepción de cómo podrían describir las demás. Al momento del estudio, sin embargo, la mayoría de los participantes se ubicaban en el perfil de personalidad tipo B, pues preferían ahora tomar las cosas con calma, no involucrarse en metas complicadas y expresar las emociones sin problema, características que ellos mismos consideran haber adquirido con el paso del tiempo (cf. Sánchez, 2005).

A manera de reflexión a partir de este estudio, parece ser que el diagnóstico de hipertensión puede modificar los rasgos de personalidad más característicos de la personalidad tipo A.

La atención psicológica, opción pocas veces considerada por la población en general, podría ayudar a disminuir las cifras crecientes de personas hipertensas detectadas a edades cada vez más tempranas, al trabajar con objetivos tales como el control de los niveles de ansiedad, el manejo de los conflictos internos y el énfasis en los recursos propios para llevar una vida más estable, tales como la asertividad y las técnicas para detectar el estrés y disminuirlo.

Por lo anterior, el presente estudio propone seguir esta línea de trabajo sobre la relación entre el tipo de personalidad y las enfermedades cardiovasculares. En futuros estudios valdría la pena investigar las diferencias de género a este respecto, así como la edad de las personas que hayan sido diagnosticadas recientemente, a fin de hacer comparaciones de muestras. Debe insistirse que las ins-

tuciones de salud trabajen de manera interdisciplinaria, brindando a las personas la atención médica requerida, pero también la atención psicológica, pues analizar las creencias sobre la enferme-

dad es fundamental para prever el impacto, las estrategias de afrontamiento y la adhesión al tratamiento que aquella implique.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1994). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington: APA.
- Anarte, M., López, E., Ramírez, C. y Esteve, R. (2000). *Evaluación del patrón de conducta tipo C en pacientes crónicos*. Murcia (España): Universidad de Málaga.
- Cantú G., R. (2012). *Perfiles de comportamiento y representación social en la enfermedad crónica degenerativa: Una evaluación psicosocial en cáncer, VIH/sida, diabetes e hipertensión*. Tesis inédita de doctorado. Monterrey (México): Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Cantú G., R. y Basurto, G. (2009). *Psicología de la salud; antecedentes, aplicaciones y propuestas*. Monterrey (México): Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Del Pino, A. (1998). Tratamiento cognitivo-conductual para modificar el patrón de conducta tipo A. En V. Caballo (Ed.): *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (vol. 2, pp. 359-383). Madrid: Siglo Veintiuno.
- Eysenck, H. (1987). The definition of personality disorders and the criteria appropriate for their description. *Journal of Personality Disorders*, 1, 211-219.
- Forcada, P. (2013). Trastornos de la personalidad y placa aterosclerótica coronaria: una nueva perspectiva. *Revista Argentina de Cardiología*, 81(1), 4-6.
- Friedman, M. y Rosenman, R. (1959). Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. *Journal of the American Medical Association*, 169(2), 1286-1296. doi:10.1001/jama.1959.03000290012005.
- González, M.J. (2006). *Manejo del estrés*. Málaga (España): Innova.
- Guadalajara, J.F. (s.f.). *Hipertensión arterial*. México: Universidad Nacional Autónoma de México. disponible en línea: [http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2008/jun\\_01\\_ponencia.html](http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2008/jun_01_ponencia.html) (Recuperado el 2 de junio del 2014).
- Instituto Nacional de Salud Pública (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012*. Disponible en línea: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf> (Recuperado el 5 de septiembre de 2013).
- Laham, M. (2007). *La psicocardiología en el tratamiento de la persona coronaria*. Buenos Aires: Ediciones del Instituto de Psicocardiología.
- Laham, M. (2008). Psicocardiología: su importancia en la prevención y la rehabilitación coronarias. *Summa Psicológica*, 15(1), 143-170.
- López, D. (2005). *Estrés, epidemia del siglo XXI: cómo entenderlo, entenderse y vencerlo*. Buenos Aires: Lumen.
- Marusic, A. (2000). Factor analysis of risk for coronary heart disease: an independent replication. *International Journal of Cardiology*, 75(2-3), 233-238.
- Millon, T. y Frances, A.J. (1987). Editorial. *Journal of Personality Disorders*, 1, iii.
- Monroe, S.M., Rohde, P., Seeley, J.R. y Lewinsohn, P.M. (1999). Life events and depression in adolescence: Relationship loss as a prospective risk factor for first onset of major depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(4), 606-614. doi: 10.1037/0021-843X.108.4.606.
- Organización Mundial de la Salud (2012). *¿Es la hipertensión un problema frecuente?* Disponible en línea: [http://new.paho.org/col/index.php?option=com\\_content&view=article&id=190:historiadel-dia-mundial-de-la-salud&catid=794&Itemid=500](http://new.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=190:historiadel-dia-mundial-de-la-salud&catid=794&Itemid=500) (Recuperado el 5 de septiembre de 2013).
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Global Health Observatory. Raised blood pressure. Situation and trends*. Disponible en línea: [http://www.who.int/gho/ncd/risk\\_factors/blood\\_pressure\\_prevalence\\_text/en/index.html](http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/blood_pressure_prevalence_text/en/index.html) (Recuperado el 5 de septiembre de 2013).
- Pedersen, S. y Denollet, J. (2003). Type D personality, cardiac events, and impaired quality of life: a review. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 10, 241-248.
- Richard's, M. y Giles, M. (2002). Factores de enfermedad cardíaca en mujeres. *Revista de Psicología de la Universidad Nacional de Mar de Plata*, 1(2), 15-19.
- Roa, A. (1995). *Evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Ciencias de la Educación Preescolar y Especial.
- Sánchez, R. (2005). Personalidad tipo D y riesgo cardiovascular. *Nexos*, 20(1), 22-26.
- Sarafino, P.E. (2002). *Health psychology: Biopsychosocial interactions*. New York: John Wiley & Sons.



- Schmidt, V., Firpo, L., Vion, D., De Costa, M., Casella, L., Cuenya, L., Blum, G. y Pedrón, V. (2010). Modelo psicobiológico de personalidad de Eysenck: una historia proyectada hacia el futuro. *Revista Internacional de Psicología*, 11(2), 1-21.
- Seelbach, G.A. (2012). *Teorías de la personalidad*. Toluca (México): Red Tercer Milenio.
- Soler, P.A. y Gascón, J. (1999). *RTM-II. Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Teijeira, S. y Ramón, J. (2006). Aproximación conductual a los trastornos de personalidad. *Revista Gallega de Terapia Ocupacional*, 4(1), 2-16.
- U.S. National Library of Medicine (2014). *Hypertension*. Disponible en línea: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000468.htm> (Recuperado el 1 de junio de 2014).
- Widiger, T. y Smith, G. (2008). Personality and psychopathology. En O. John, R. Robin y L. Pervin (Eds.): *Handbook of personality: Theory and research* (pp.743-769). New York: The Guilford Press.