



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**ISSSTE**

**CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE**

**SERVICIO DE PSIQUIATRÍA**

**PACIENTES ADULTOS POSTINFARTADOS DEL  
CMN: CARACTERÍSTICAS DEL  
TEMPERAMENTO Y CARÁCTER**

**T E S I S**

**PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN**

**PSIQUIATRIA**

**PRESENTA:**

**JUSTINIANO COLÍN ORTEGA**

**MÉXICO, D.F.**

**2006**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# I N D I C E

PORTADA

AGRADECIMIENTOS

INDICE

RESUMEN.

ABSTRACT.

INTRODUCCIÓN.

MÉTODO.

RESULTADOS.

DISCUSIÓN.

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFÍA.

TABLAS Y GRÁFICAS.

## Resumen

La personalidad tipo A aumenta el riesgo del infarto agudo del miocardio (IAM); frecuentemente son individuos trabajadores compulsivos que niegan cualquier vulnerabilidad física o emocional y cuya autoestima depende de constante superación de objetivos. Es importante para prevenir el IAM, evaluar y modificar tal comportamiento, pero reducir la complejidad de la personalidad a este aspecto, limita mucho la prevención. Los métodos actuales para evaluar personalidad presentan fallas prácticas, metodológicas y conceptuales, haciendo difícil su aplicación a nivel intrahospitalario. Aplicamos el Inventario de Temperamento y Carácter (ITC) de Cloninger para determinar personalidad de pacientes postinfartados del Centro Médico Nacional “20 de noviembre”, comparándola con un grupo testigo.

**Objetivos.** Evaluar la asociación entre las características del temperamento y carácter de la personalidad y los pacientes adultos postinfartados. Comprender su personalidad para optimizar su manejo.

**Método.** En este estudio observacional, transversal, comparativo y abierto; se evaluaron 115 sujetos entre 30 y 65 años: 57 pacientes postinfartados y 58 individuos sanos; se les aplicó el ITC. Se obtuvieron datos clínicos y demográficos. Los datos fueron analizados mediante el programa Epi info 6.04.

**Resultados.** Se obtuvieron valores bajos en la búsqueda de la novedad y autodirección; valores altos en la evitación del daño y en la autotrascendencia. Se encontraron correlaciones importantes entre las siete dimensiones de la personalidad y datos demográficos y clínicos.

**Conclusiones.** El Inventario del Temperamento y Carácter se puede aplicar eficientemente en pacientes posinfartados, para determinar las características y trastornos de su personalidad y establecer el tratamiento psiquiátrico adecuado.

## Summary

It's known that personality type A could increase the possibility of acute myocardium infarction (AMI). Frequently, people who works hardly deny any physical and emocional vulnerability, so their self-esteem is depending on get better onself with personal targets. Thus, is important to prevent the AMI, the assesment and change this behavior, nevertheless, this closely point about personality avoid to take other actions.

The currently methods used in the personality assesment carry out methodological, conceptual and practical faults making difficult their application, particulary into hospital field.

In this research were assessed the personality features of post-infarcted patients hospitalized in National Medical Center "20 de noviembre", it was using the 240 item self-rating Temperament and Character Inventory (TCI) of Cloninger and compared with normal subjects.

**Objetives:** To assess if exist an association between temperament and character traits of personality and post-infarcted adult patients, then to find the better possibility for medical integral treatment.

**Method:** This is an observational, transversal, comparative and open study. A total 115 subjects, 57 post-infarcted patients and 58 normal subjects were evaluated with TCI. Demographics and clinical dates were obtained so the statistical analysis was done with Epi info program 6.04.

**Results:** Low scores of novelty seeking and self-directedness were found; in addition high scores of harm avoidance and self-transcendence. Strong correlations were obtained between fundamental dimensions of personality, demographics and clinical dates.

**Conclusions:** The Temperament and Character Inventory can be applied with effectiveness to post-infarcted patients, being assessed personality disorders and their traits, therefore to establish appropriate psychiatric treatment.

# INTRODUCCIÓN

En las grandes urbes, el infarto agudo del miocardio (IAM) es uno de los diagnósticos más comunes en pacientes hospitalizados. Tiene una mortalidad aproximada del 30%, más de la mitad de estos decesos ocurren antes de que los pacientes logren llegar al hospital. El IAM generalmente sucede cuando el flujo coronario se interrumpe bruscamente, después de una obstrucción trombótica de una arteria coronaria previamente disminuida su luz por la arteriosclerosis; el trombo se desarrolla rápidamente en un sitio de daño vascular, este daño es ocasionado o favorecido por factores como el tabaquismo, la hipertensión y la acumulación de lípidos. En casos raros el IAM puede deberse a la oclusión de la arteria coronaria, secundaria a émbolos coronarios, anomalías congénitas, espasmo coronario y múltiples enfermedades sistémicas, como las inflamatorias.

En la presentación clínica del IAM, el dolor es lo más común, en algunos casos es lo suficientemente severo como para describirse como el dolor más intenso que se haya tenido. Es profundo, visceral, a veces se describe como punzante o quemante; involucra comúnmente la parte media del pecho o del epigastrio, a veces se irradia a los brazos y más raramente al abdomen, espalda, parte inferior de la mandíbula y cuello; puede irradiarse a la parte superior del área occipital, pero, no al área infraumbilical; frecuentemente se acompaña de debilidad, náuseas, vómito, sudoración, ansiedad y una sensación de muerte inminente. Puede iniciarse en el reposo o durante el ejercicio, en este caso, generalmente no cede con la suspensión de la actividad.

Las pruebas de laboratorio para confirmar el diagnóstico se dividen en cuatro fases: electrocardiograma (EKG), marcadores cardíacos, imagen e indicadores inespecíficos de necrosis tisular. La elevación del segmento S-T se produce en la obstrucción completa de la coronaria infartada, si la obstrucción trombótica, es incompleta, es transitoria o si está presente una extensa red colateral, entonces, no se observa la elevación del segmento S-T. A pesar de sus limitaciones, las características del EKG deben considerarse en el diagnóstico del IAM ya que es extremadamente raro un EKG normal durante el desarrollo de un IAM. Los marcadores cardíacos séricos, se liberan del tejido necrótico cardíaco después del IAM y son utilizadas en el diagnóstico como la creatinincinasa que se eleva en las primeras 4-8 hrs. pero, que regresa al estado basal en las siguientes 48-72 hrs. y que también se libera en un trauma músculo-esquelético, por lo que es superada en especificidad por la isoenzima MB, aunque se eleva en la miocarditis y en la cardioversión; por ello se prefiere usar a la troponina cardíaca específica T y a la troponina cardíaca específica como marcadores biológicos en el diagnóstico del IAM. La ecocardiografía bidimensional es la técnica que más se utiliza en las pruebas diagnósticas del IAM a pesar de que no se pueda distinguir entre éste y una isquemia aguda severa, sin embargo el observar las anomalías del movimiento de la pared, la seguridad y la facilidad del procedimiento la hacen muy útil hasta como prueba de tamizaje y en la decisiones del manejo (4).

## Personalidad

### Definiciones.

La personalidad puede considerarse como el conjunto de rasgos emocionales y conductuales que caracterizan a una persona en su vida diaria y que son relativamente estables y predecibles (11, p880).

Los rasgos de la personalidad son patrones consistentes de conducirse, reaccionar, sentir e interpretar, particulares de cada individuo, cuyo desarrollo está regido por el temperamento y el carácter, por lo que en última instancia, la personalidad está conformada por éstos. Si los rasgos de personalidad son desadaptativos e inflexibles siendo capaces de causar disfuncionalidad significativa y/o malestar subjetivo, entonces se considera que se trata de un trastorno de la personalidad.

*Temperamento.* Del latín *temperamentum*, manera de ser o de reaccionar de las personas o las propiedades psicológicas innatas que conforman el núcleo de la personalidad. Para definir esta palabra se han utilizado de manera ambigua términos como: actitud, factor, rasgo, dimensión, dominio, disposición, categoría, originando controversias importantes en el pasado, por lo que actualmente suelen emplearse como sinónimos. *Carácter.* Del latín *character*, señal o marca que se imprime, pinta o esculpe en algo; denota la naturaleza psicológica de una persona. Frecuentemente se emplea para designar rasgos de la personalidad moldeados por el desarrollo y las experiencias de la vida (1, p19).

Existe la convicción general que en el origen, evolución, predisposición, tratamiento, pronóstico y desenlace de las enfermedades, los factores psicológicos y conductuales juegan un papel nada despreciable; entre éstos se consideran a los rasgos de personalidad y algunos otros trastornos mentales como los más importantes.

### Historia.

La medicina antigua griega estableció el concepto de que todo individuo posee un estilo particular de funcionamiento conductual, ligado a su personalidad y de naturaleza emotiva, el cual continúa vigente.

En el siglo V a.C, Hipócrates describe los temperamentos sanguíneo o alegre que manifestaba un exceso de sangre; el melancólico con exceso de bilis negra; el colérico y violento caracterizado por un aumento de bilis amarilla y el flemático, pasivo o calmado con un exceso de flema. Estableciendo como causa de las enfermedades este exceso de los humores los cuales a su vez estaban constituidos, según Empédocles por los elementos básicos del Universo: fuego, agua, tierra, y aire respectivamente.

Tanto griegos como romanos pensaban que el balance entre estos humores creaba una oposición a dos cualidades universales: calor contra frialdad; y sequedad contra humedad; suponían que el equilibrio entre estas cualidades un estado armónico interno formado por el raciocinio, la emotividad y la conducta; así, los niños eran irracionales o impulsivos porque nacían con un exceso de humedad.

Posteriormente Galeno asoció a los temperamentos tendencias caracterológicas: el colérico con la tendencia a la ira, el sanguíneo con el optimismo, el melancólico con la tristeza y el flemático con la apatía. Señaló la influencia que tenían los factores externos, principalmente la dieta y el clima, de manera que la gente se volvía más sanguínea en primavera por tener un cuerpo más cálido y húmedo en esta estación; inversamente, en el otoño el cuerpo se volvía más frío y seco predominando el carácter melancólico.

Las contribuciones clásicas más importantes a las teorías actuales son la consideración de que existen aspectos biológicos y hereditarios que forman parte

implícita del temperamento y que son las emociones las que definen sus características (1, p18-19. 8, p245).

Teorías.

Hans Eysenck, un psicólogo británico, en 1953, a partir de la conjunción de la extraversión-introversión y de la estabilidad-labilidad de las emociones postula varios tipos temperamentales cuyas combinaciones resultan en personalidad normal o patológica

Buss y Plomin en 1987 afirman que el temperamento es heredable; es un conjunto de rasgos de personalidad estables que aparecen en la infancia durante el primer año de vida y permanecen relativamente estables a lo largo del tiempo. Algunos de estos rasgos son la emotividad, la sociabilidad y la actividad.

Goldsmith en 1987 y 1990 define al temperamento como el conjunto de diferencias individuales en la expresión de las emociones básicas primarias, integrando la serie de procesos que modulan un perfil emocional.

Rothbart en 1989 afirma que la autorregulación y la reactividad son las características fundamentales del temperamento; la primera son los procesos que modulan a la segunda como la atención, el acercamiento o el alejamiento, el ataque o inhibición y la capacidad para autocalmarse que se pueden observar en la sonrisa, el disgusto, el miedo y la tranquilidad. La reactividad son las respuestas conductuales de excitabilidad y del despertar.

Kagan y colaboradores en 1987 afirman que la timidez o la inhibición de los niños pueden predecir la conducta emergente en edades posteriores; sus perfiles de comportamiento se asocian con perfiles fisiológicos que involucran el cerebro y el sistema nervioso central relacionados con el miedo y con las reacciones de alarma y del despertar.

Costa y McCrae en 1992, desarrollan el modelo Big Five y su cuestionario para medirlo: NEOPI. Consta de cinco superfactores: neuroticismo y estabilidad emocional, extraversión, compulsividad/confiabilidad, cooperatividad y antagonismo y finalmente apertura a las experiencias. Este modelo está fundamentado biológicamente en estudios genéticos (1, p21-22).

Cloninger en 1987 elabora su modelo psicobiológico de tres dimensiones genéticamente independientes a las que posteriormente le agrega una cuarta para el temperamento: *búsqueda de lo novedoso*, la tendencia genética de buscar el interés o excitación de estímulos novedosos manteniendo una conducta exploradora; *evitación del daño* modula al anterior ya que responde notoriamente a señales de estímulos adversos estimulando la conducta inhibitoria; *dependencia a la recompensa* es la propensión a responder intensamente a estímulos de recompensa y dirigir la conducta a ella como la dependencia de aprobación de los demás y la sentimentalidad y finalmente la *persistencia* que es la perseverancia a la frustración y a la fatiga. Le adiciona a su modelo tres componentes empíricos del carácter, en su revisión de 1993: la *autodireccionalidad* que es la capacidad de regular la conducta y de comprometerse con las reglas elegidas, es la más importante para determinar un trastorno de personalidad; la *cooperatividad* o capacidad de identificarse y aceptar a los demás y la *autotrascendencia* o la capacidad de identificarse como parte del universo (5).

Este modelo de personalidad de siete factores proporciona un aspecto práctico que permite conocer mejor la psicobiología de las múltiples dimensiones de la personalidad humana correlacionándolas con los distintos sistemas de neurotransmisores: en la *búsqueda de lo novedoso* se ha demostrado que las proyecciones dopaminérgicas mesolímbicas y mesofrontales, desempeñan un papel crucial en la activación de cada uno



de sus aspectos, lo que apoya la importancia de la dopamina en esta activación. En la tendencia hereditaria de *evitación del peligro* o estar preocupado, miedoso, asustadizo y fatigable, se ha evidenciado que las proyecciones serotoninérgicas ascendentes del rafe dorsal hasta la sustancia negra, son esenciales para la inhibición condicionada de la actividad mediante señales de castigo y ausencia frustrante de recompensa. En la *dependencia de la recompensa*, se ha propuesto que las proyecciones noradrenérgicas procedentes del *locus ceruleus* y las proyecciones serotoninérgicas desde el rafe medio, son las que influyen en su desarrollo. En la *persistencia*, los individuos son entusiastas, ambiciosos y resueltos a rendir más de lo esperado, lo cual se relaciona con las proyecciones glutaminérgicas desde el subículo del hipocampo al núcleo accumbens, considerándola como un cortocircuito, desde el sistema de inhibición conductual al sistema de activación conductual, convirtiendo así una señal de castigo en una señal condicionada de recompensa esperada (6).

La medición de las dimensiones descritas por el modelo, se hace con el Inventario del Temperamento y Carácter (ITC), cuyos antecedentes conceptuales y desarrollo se establecen por Cloninger y colaboradores (5). La traducción y estandarización para la población mexicana se realizó por Sánchez y colaboradores en el Instituto Nacional de Psiquiatría en 1996, reportándose que las medidas y desviaciones estándares de cada una de las subescalas del ITC, así como los valores de consistencia interna de la versión en castellano fueron similares a la original, y concluyendo que, a pesar de la diferencias obvias de cultura, el instrumento conserva sólidamente la consistencia descrita por sus autores; lo cual demuestra su utilidad, al distinguir adecuadamente poblaciones particulares y lo hace aplicable en las poblaciones de habla hispana (12). Gutiérrez y colaboradores en 2001, confirman lo anterior, reportando que el ITC es un instrumento confiable y válido, sin embargo, menciona que la persistencia puede requerir una revisión posterior (10).

Flanders Dunbar, describió a los pacientes con enfermedad coronaria como personalidades compulsivas, autoritarias y agresivas con tendencia a trabajar muchas horas. Posteriormente Friedman y Rosenman definieron las personalidades tipo A y tipo B; el primero se ha asociado al desarrollo de enfermedades coronarias por tratarse de personas activas, esforzadas en alcanzar objetivos indefinidos, agresivos, impacientes, buscadoras del éxito social, emprendedoras y que se enojan cuando no logran sus propósitos. En cambio las personas tipo B son relajadas, menos agresivas y se esfuerzan menos (11, p912).

Se han realizado varios trabajos de investigación sobre la relación que existe entre estos tipos de personalidades y las enfermedades cardíacas, como Gallacher y colaboradores que encuentran que la personalidad tipo A es un fuerte predictor de cuando podría ocurrir un incidente de enfermedad coronaria, incrementando la exposición a potenciales factores disparadores, más que afectar materialmente el proceso de la aterosclerosis (9). De forma similar, se han efectuado muchos artículos en los que se relaciona el temperamento y el carácter con diversas manifestaciones de patologías, por ejemplo, Boz y colaboradores, en un estudio comparativo, evalúan los perfiles del temperamento y del carácter con el dolor de cabeza y la migraña, encontrando una alta actividad serotoninérgica relacionada con los récords de la evitación del daño (3). Sin embargo, en la literatura no se han reportado a la fecha estudios que asocien la enfermedad cardíaca, particularmente el postinfarto con el temperamento y el carácter, de manera que es en este marco en donde se sitúa el presente trabajo, constituyendo ello su motivo de investigación.

## MÉTODO

Diseño. Se realizó un estudio observacional, transversal, comparativo y abierto.  
Sujetos.

Pacientes y procedimiento:

Se identificaron 57 pacientes, 18 mujeres y 37 hombres, uno en la consulta externa y 56 hospitalizados en los servicios de Cardiología y Cirugía Cardiovascular que cumplieran con los criterios de inclusión. Se les invitó a participar de manera voluntaria en la investigación, proporcionándoles la información suficiente y necesaria de la misma; al aceptar se les aplicó el inventario del temperamento y del carácter de Cloninger, explicándoles los detalles de la manera de responder a las interrogantes, la terminología y en general aclarándoles cualquier duda que tuvieron durante este procedimiento; el cuestionario ya contestado se les recogió un día después. Se obtuvieron directamente del paciente y del expediente clínico, datos demográficos, resultados de exámenes de laboratorio y medicamentos, según se muestra en la hoja de datos generales. Los pacientes viven y son originarios de diferentes lugares del país y se dedican a muy variadas ocupaciones que no permiten establecer algún patrón particular en estos aspectos.

Los criterios de inclusión fueron:

- Que hayan sufrido durante su vida, posterior a los 18 años, al menos en una ocasión un infarto agudo del miocardio que haya requerido de hospitalización.
- Que sus condiciones físicas o médicas les permitiera resolver el cuestionario.
- Edad entre 30 y 65 años.
- Sexo, indistinto.

Los criterios de exclusión fueron:

- Pacientes con delirium.
- Pacientes con demencia.
- Pacientes que se negaran a participar.
- Que no completaran o no entregaran el cuestionario.

Los criterios de eliminación fueron:

- Preguntas del cuestionario que invalidan la prueba.

Testigos:

El procedimiento se repitió con 58 personas seleccionadas como testigos, entre ellas 27 mujeres y 31 hombres, que cumplieran con los criterios de exclusión, excepto el de no haber presentado algún evento cardiovascular y ser familiares directos de los pacientes considerados como casos. La mayor parte de los testigos se seleccionó del personal médico, de enfermería, de seguridad y administrativo que labora en el propio hospital. No se obtuvieron datos clínicos de los testigos por no contar con sus antecedentes médicos y del expediente correspondiente.

Una vez obtenidas las respuestas de los 115 sujetos, 57 pacientes y 58 testigos, se procedió a su evaluación utilizando el método estadístico programado Epi info, versión 6.04 y Statistica versión 5.0. Se calculó el coeficiente de correlación de Pearson, para encontrar el grado de asociación entre los datos demográficos y clínicos y las características evaluadas del temperamento y del carácter. Se aplicó la prueba Kruskal-Wallis para hacer las comparaciones de los grupos. Se hizo una comparación adicional con el grupo control que Cruz-Fuentes (7), utilizó en su trabajo, para observar las

diferencias con nuestros testigos, ya que en ambos estudios se consideran grupos de testigos diferentes de la población mexicana.

Las ocupaciones de pacientes y testigos se agruparon de acuerdo a su frecuencia y considerando la similitud de la actividad, así los profesores de diferentes niveles educativos se integraron en el mismo grupo y el personal de seguridad se conformó con policías, custodios, vigilantes y agentes del ministerio público

## RESULTADOS.

En la tabla 1 se muestran los resultados y las desviaciones estándar obtenidas en las siete dimensiones fundamentales del Temperamento y Carácter para ambos grupos. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuatro de ellas: valores bajos en la búsqueda de la novedad; valores altos en la evitación del daño, valores bajos en la autodirección y valores altos en la autotrascendencia. No se encontraron diferencias significativas en la dependencia de la recompensa, la persistencia y la cooperatividad de los pacientes posinfartados comparados con los testigos. Las gráficas 1 – 7 presentan con mayor detalle estos resultados. En la misma tabla se muestran los resultados de comparar los pacientes de nuestro estudio, con los controles seleccionados por Cruz-Fuentes (7) en su trabajo. Se obtienen diferencias significativas semejantes en la búsqueda de la novedad, la autodirección y en la autotrascendencia, sin embargo, en la evitación del daño, no se halló esta diferencia, que si se encontró en nuestro estudio.

En la tabla 2 se muestran los datos demográficos de los dos grupos pacientes y testigos. En edad, a pesar de un rango semejante, hay una diferencia notable con una  $P < 0.001$ . El género y la convivencia fueron muy semejantes. El estado civil a pesar de particularizarlo no resultó diferente en los grupos. La escolaridad que abarcó desde el nivel primaria hasta el doctorado fue muy semejante en los grupos ( $P > 0.5$ ). La religión que profesan los sujetos de estudio no es estadísticamente diferente. La estatura tampoco tuvo alguna diferencia significativa, no así el peso corporal que mostró una  $P = 0.3$ , evidenciando el mayor peso de los pacientes, lo que a su vez se refleja en el índice de masa corporal en el que se determinó una  $P = 0.02$ . Las diversas intensidades en el abuso del alcohol no son significativas en los pacientes ni en los testigos, en cambio el abuso del tabaco tanto en intensidad como en duración es mucho mayor en los pacientes que en los testigos, según lo demuestran las  $P < 0.001$  respectivas.

Los datos clínicos del grupo de pacientes se muestran en la tabla 3. El 70.2 % de los pacientes han tenido entre dos y tres ingresos hospitalarios, con una media de 3.35 y un rango de 1 – 12. El 96.5 % de los pacientes fue diagnosticado con cardiopatía isquémica; el 54.38 % con infarto agudo del miocardio; la dislipidemia estuvo presente en el 46.61 %; 40.35% padecen hipertensión arterial; y el 33.33% son diabéticos. La temperatura corporal estuvo dentro del rango normal de 36-37 °C con una media de 36.43. La frecuencia respiratoria se mantuvo en un rango entre 14.23, con una media de 18.62 ventilaciones por minuto. La frecuencia cardiaca tuvo una media de 78.34 y un rango de 68 - 96 l/min. valores considerados normales. La tensión sistólica presentó una media de 122.47, valor normal, sin embargo el rango que fue de 90-150, superó al de referencia. Similar comportamiento tuvo la tensión diastólica con una media semejante al valor de referencia de 77.39 y un rango de 60-100.

La hemoglobina mostró una media y un rango dentro del parámetro normal de 13.37 y 7-19. El rango del hematocrito de 30-55 queda fuera del rango normal, pero su media de 40.21 está en valores normales. Los leucocitos con una media de 8.58, una desviación estándar de 4.02 y un rango de 3-19 quedan fuera de los valores normales. Semejante resultado se presenta en el caso de los neutrófilos con una media de 53.88, desviación estándar de 20.53 y rango de 5-91; en cambio los linfocitos presentan rango de 1-25, media de 24.74 que se encuentran dentro de los valores normales. El rango y la media de los monocitos de 1-25 y 10, quedan fuera de los parámetros normales. Los eosinófilos no presentan alguna alteración con sus valores de media de 2.10 y rango de 0-

7; los basófilos con un rango de 0-1 y una media 0.433, también se hallan en parámetros normales; comportándose de la misma forma las plaquetas con media de 233.67 y rango de 106-412. La glucosa muestra un resultado anómalo con un rango de 56-430 y una media de 138.28. El rango de la creatinina de 0-19 y media de 1.56 son valores que se salen de los referenciales; lo cual se repite en el caso del nitrógeno de urea con rango de 5-113 y media de 19.76 y se continúa con el colesterol total al presentar un rango de 73-250, sin embargo su media de 156 se encuentra dentro del valor normal; cabe mencionar que sólo se registró el 33% (19 sujetos) de los pacientes. El colesterol de alta densidad con rango de 13.3-43.8 y media de 29.52, se encontró dentro de los parámetros de referencia; en este caso únicamente se obtuvieron datos del 24.5% (14 sujetos) de los pacientes. El colesterol de baja densidad se registró sólo en el 22.8% (13 sujetos) de los pacientes, su rango de 48.3-197.5 y su media de 98.99 con una desviación estándar de 41.28 quedan fuera del valor de referencia. Los triglicéridos tuvieron una media de 188.32 y un rango de 2-641 lo cual los deja fuera de los parámetros de referencia. El sodio con rango de 130-147 y media de 137.35 queda dentro del valor normal. El potasio tuvo un rango de 3-7 que excede al rango referencial y una media de 4.24 que es normal comparado con el mencionado rango. Los registros del cloruro muestran un rango de 35-117 y una media de 108.78 que son mayores a los valores de referencia.

La sangre tipo O+ estuvo presente en el 43.86% de los pacientes; la tipo A+ en el 19.3 % y los demás grupos la presentaron el 1.75% cada uno; las observaciones se realizaron en el 70.17 % de los pacientes (40 sujetos). El 56.14 % de los pacientes sufrió su infarto un año previo o en menos tiempo; entre 2 y 5 años lo sufrió el 24.56 % y con una antigüedad mayor a los 5 años el 14.03%.

En la tabla 4 se observan las correlaciones de los principales datos demográficos y clínicos con las siete dimensiones del temperamento y del carácter. Se encontraron correlaciones negativas notables entre la talla, el peso y los eosinófilos con la evitación del daño (HA),  $r > 0.5 \leq 0.43$ ; por el contrario, los niveles de glucosa se correlacionaron positivamente:  $r = 0.77$ . Los monocitos mostraron una correlación negativa con la dependencia a la recompensa (RD) y con la autodirección (SD),  $r = -0.27$  y  $-0.33$ , respectivamente. La escolaridad se correlaciona positivamente con la persistencia (PE) y la autodirección (SD),  $r = 0.32$  y  $0.29$  respectivamente. La talla, el hematócrito y el colesterol total se correlacionan positivamente con la autodirección (SD),  $r \geq 0.27 \leq 0.39$ , pero se correlaciona negativamente el colesterol de alta densidad,  $r = -0.75$ . Finalmente, se halló una correlación negativa entre los niveles de neutrófilos,  $r = 0.3$  y la autotrascendencia.

Las ocupaciones de ambos grupos se describen en la tabla 5, y en la gráfica 8 se comparan, observándose una diferencia en el personal administrativo, siendo mayor en los testigos. En las gráficas 9 a 15, se muestran las comparaciones entre las características fundamentales del temperamento y del carácter y las ocupaciones de los pacientes y testigos, sin que en algún caso fueran estadísticamente significativas

## DISCUSIÓN.

Los resultados obtenidos en este trabajo describen las características de la personalidad de este grupo de pacientes lo que concuerda con los objetivos trazados, así, los valores bajos en la búsqueda de la novedad indican que estos pacientes tienen menor tendencia hacia la actividad exploratoria en respuesta a lo que se considera como novedoso, es decir, son menos curiosos y poco hacen para evitar la rutina y la monotonía. Los valores altos en la evitación del daño significan mayor timidez, conducta esquiva y de preocupación por daños probables que aún no se producen, o en otras palabras, se trata de individuos que sufren por adelantado y los predispone a la ansiedad, depresión y baja autoestima. Los valores bajos en la autodirección sugieren menor capacidad para controlar, regular y adaptar la conducta de acuerdo a sus objetivos y valores; tienen baja su autoestima, culpan a otros de sus problemas, no aceptando sus errores. Tienen pobre capacidad en la identificación de sus objetivos y propósitos y en el desarrollo de estrategias para aumentar la confianza y las habilidades para la resolución de problemas. Los valores altos de la autotrascendencia reflejan que estos pacientes tienen mayor tendencia a la espiritualidad, a la identificación con todo el mundo y a la aceptación de la incertidumbre y la ambigüedad; tienden a identificarse con la naturaleza como un todo, ello los conduce a aceptarse espiritualmente impulsados por el deseo interno de la inmortalidad.

La búsqueda de la novedad y la evitación del daño forman parte del temperamento, componente de la personalidad, característicamente hereditario, estable a lo largo del desarrollo, desde la infancia hasta la adultez, por ello, se puede afirmar que sus características encontradas en estos pacientes, no han sido modificadas por el infarto agudo del miocardio y que corresponden a los pacientes con alto riesgo de sufrirlo; en cambio, no se puede decir lo mismo de la autodirección y de la autotrascendencia, integrantes del carácter, -el otro componente de la personalidad- ya que éste se considera como levemente hereditario, pero influenciado por el aprendizaje sociocultural y madura escalonadamente desde la infancia hasta el final de la edad adulta; por lo que un evento vital tan estresante como el IAM pudo modificarlo y explicar los valores altos de la autotrascendencia, pero no los valores bajos de la autodirección..

Los valores altos de la evitación del daño y bajos en la autodirección, encontrados en los pacientes corresponderían a las clasificaciones de los trastornos de personalidad del grupo C del DSM-IV, que los describe como personas evitativas, dependientes y obsesivo-compulsivas, según Bond (2). Sin embargo, sólo cuatro pacientes y un testigo obtuvieron un puntaje < 20 en la autodirección lo que indica que tienen una probabilidad mayor al 90% de padecer un trastorno de la personalidad. Puntaje en el rango de 20 – 27 lo obtuvieron 11 pacientes y 5 testigos lo cual les confiere una probabilidad del 45% para tener un trastorno de personalidad. Estos porcentajes nos sugieren la probabilidad de encontrar un trastorno de la personalidad sólo basada en el carácter; una vez establecido esto; se pueden utilizar las dimensiones del temperamento para hacer el diagnóstico diferencial, por tanto, el valor alto de la evitación del daño, nuevamente nos conduce al grupo C del DSM-IV, ello de acuerdo a Svrakic et al (13, 14).

El rasgo obsesivo y la severidad de los síntomas obsesivo-compulsivos, se han relacionado con la baja autodirección y la alta evitación del daño Cruz-Fuentes et al (7).

En nuestro trabajo, aunque no investigamos a pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo, obtuvimos resultados semejantes de estas dimensiones de la personalidad lo que apoya la presencia de aspectos obsesivos en los pacientes estudiados.

A pesar de que los rasgos extremos del temperamento no son directamente indicadores de un trastorno de personalidad, si se asocian con un mal funcionamiento social, personal o laboral, son patognómicos si se acompañan de rasgos bajos del carácter. Tanto el temperamento como el carácter son susceptibles de tratamiento; farmacológico y psicoterapéutico respectivamente Svrakic (13). En nuestro estudio, la alta evitación del daño y la baja autodirección, son factibles de tratamiento, con medicamentos antidepresivos, específicamente inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y psicoterapia cognitivo conductual, existencial o de otro tipo.

Las fuertes correlaciones significativas encontradas entre los datos clínicos y demográficos con las siete dimensiones de la personalidad, se reportan como hallazgos adicionales cuya importancia y significado superan con mucho los objetivos del presente trabajo, pero que merecen más estudios extensos, cuidadosos y específicos. En algunos casos las correlaciones parecen bastante normales, como la escolaridad con la persistencia y la autodirección, o la talla y la evitación del daño; pero en otros, la correlación es muy interesante como los niveles de glucosa con la evitación del daño, los monocitos con la autodirección y la dependencia a la recompensa, los neutrófilos con la autotrascendencia o los linfocitos con la evitación del daño.

Limitaciones del estudio. Una de las principales limitaciones de la investigación es que el hecho de aplicar el cuestionario al paciente, sólo posterior al infarto, proporciona datos que pueden considerarse parciales de las características de la personalidad ya que se desconoce ésta, antes de ocurrir el IAM; por ello, es necesaria la aplicación previa del inventario a pacientes con alto riesgo de sufrir el infarto. Algunos datos clínicos no son suficientes para fundamentar la correlación respectiva, como el colesterol de alta densidad que se registró en sólo 14 pacientes. No se reportan datos que también se obtuvieron, por no hallar una manera apropiada de hacerlo, como es el caso de la ocupación, tan variada en ambos grupos, la convivencia con familiares o no, la medicación o la comorbilidad.

## CONCLUSIONES.

Los pacientes posinfartados presentan diferencias notables en dos factores del temperamento: búsqueda de la novedad y evitación del daño y en dos dimensiones del carácter: autodirección y autotranscendencia, lo cual implica que presenten ante lo novedoso, menor conducta exploratoria y mayor rigidez, mayor control de su impulsividad y más actitud reflexiva. Con poca eficiencia en el desarrollo de estrategias para afrontar sus problemas dada su pobre identificación de objetivos, baja autoestima, tendencia a la ansiedad y depresión; que intentan equilibrar con una mayor inclinación hacia la autotranscendencia. Esto contribuye a una mayor comprensión de la personalidad de estos pacientes y modifica substancialmente lo que hasta el momento se ha creído ya que, entre otras diferencias, su autoestima no depende de los altos objetivos propuestos, sino que su autoestima está baja y los objetivos no los tienen claros.

Las características de personalidad encontradas sólo corresponden a este grupo de pacientes y por ende no son atribuibles a otro tipo de población.

El inventario del temperamento y carácter de Cloninger es un instrumento adecuado, confiable, y útil, que puede ser aplicado a los pacientes posinfartados para conocer las dimensiones principales, trastornos y el posible sistema de neurotransmisores asociado de su personalidad; lo que permitiría establecer un tratamiento psiquiátrico apropiado que aunado al tratamiento médico, disminuya la estancia hospitalaria y prevenga las recaídas. Es factible que la aplicación del cuestionario a los pacientes con alto riesgo de sufrir un IAM, y de ser necesario un manejo psiquiátrico, podría contribuir a su prevención.

Pensamos que el estudio abre la puerta a una amplia gama de posibilidades de investigación en un contexto más amplio e integrativo de la personalidad con aspectos biológicos, psicológicos y sociales y particularmente, con distintas ramas médicas como la inmunología o la medicina genómica; requiriéndose para ello, los estudios necesarios.



## BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- Albores, Gallo Lilia *et al.* ¿qué es el temperamento? el retorno de un concepto ancestral. *Salud Mental*, 26, (3), junio 2003.
- 2.- Bond, Alyson J. Neurotransmitters, temperament and social functioning. *European Neuropsychopharmacology*. 11, p261-274. 2001.
- 3.- Boz, C. *et al.* Temperament and character profiles of patients with tension-type headache and migraine. *Psychiatry Clin Neurosci*. 58, (5), p536-543. 2004.
- 4.- Braunwald, *et al.* (Editors). *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 15th. Edition. Parte 8, section 4, Chapter 243. Mc Graw Hill. 2002.
- 5.- Cloninger, C. Robert *et al.* . A Psychobiological Model of Temperament and Character. *Arch Gen Psychiatry*. 50, p975-990. Dec. 1993.
- 6.- Cloninger, C. Robert. Genética y psicobiología del modelo de personalidad de siete factores. *Advanced Selected Topics in Psychiatry*. American Psychiatric Association. p12-21. Intersistemas Editores. México, 2002.
- 7.- Cruz-Fuentes, Carlos *et al.* Severity of Obsessive-Compulsive Symptoms is related to Self-Directedness Character Trait in Obsessive-Compulsive Disorder. *CNS Spectrums*. 9, (8). August 2004.
- 8.- Chávez, León Enrique. *Trastornos de la personalidad*. Libro 5. PAC Psiquiatría-3. Edición Intersistemas. 1ª. Edición, 2002.
- 9.- Gallacher, John E.J. *et al.* Is a Type A behavior Really a Trigger for Coronary Heart Disaes Events?. *Psychosomatic Medicine* 65, p339-346. 2003.
- 10.- Gutiérrez, F. *et al.* Psychometric properties of the Temperament and Character Inventory (TCI) questionnaire in a Spanish psychiatric population. *Acta Psychiatr Scand*. 103, (2), p143-147. 2001.
- 11.- Kaplan, Harold I and Sadock, Benjamín J. *Sinopsis de Psiquiatría*. Editorial Médica Panamericana. 8va Edición. México, 2001.
- 12.- Sánchez de Carmona, Manuel *et al.* Traducción y confiabilidad del Inventario de Temperamento y Carácter (ITC). *Salud Mental*. 19, p5-9. Suplemento octubre de 1996.
- 13.- Svrakic, D.M. *et al.* Differential Diagnosis of Personality Disorders by the Seven Factor Model of Temperament and Character. *Arch Gen Psychiatry*. 50, p991-999. 1993.

14.- Svrakic, D.M. *et al.* Temperament, character, and personality disorders: etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatr Scand.* 106, p189-195. 2002.

| TABLA 1. DIMENSIONES PRINCIPALES DEL TEMPERAMENTO Y CARÁCTER, MEDIAS ± DESVIACIONES ESTÁNDAR |             |           |          |    |               |            |          |    |            |          |          |    |                |               |
|--|-------------|-----------|----------|----|---------------|------------|----------|----|------------|----------|----------|----|----------------|---------------|
| Dimensiones  | Pacientes   | Desv. Est | Varianza | n  | Testigos      | Desv. Est. | Varianza | n  | Controles  | Desv Est | Varianza | n  | Kruskal-Wallis | P'            |
| Búsqueda de la novedad   | 16.158 ± 3  | 3.28      | 10.7584  | 57 | 17.912 ± 4.37 | 4.37       | 19.0969  | 57 | 19.6 ± 5.6 | 5.6      | 31.36    | 54 | 4.634          | 0.031 < 0.001 |
| Evitación del daño   | 15.421 ± 5  | 5.52      | 30.4704  | 57 | 12.018 ± 5.24 | 5.24       | 27.4576  | 57 | 13.6 ± 6.3 | 6.3      | 39.69    | 54 | 10.159         | 0.001 0.107   |
| Dependencia de la recompensa   | 14.404 ± 3  | 3.78      | 14.2884  | 57 | 14.534 ± 3.72 | 3.72       | 13.8384  | 58 | 15.0 ± 4.0 | 4        | 16       | 54 | 0.029          | 0.864 0.322   |
| Persistencia   | 5.000 ± 1.3 | 1.389     | 1.9293   | 57 | 4.638 ± 1.66  | 1.66       | 2.7556   | 58 | 5.3 ± 1.7  | 1.7      | 2.89     | 54 | 0.875          | 0.349 0.309   |
| Autodirección  | 30.579 ± 7  | 7.7       | 59.29    | 57 | 34.000 ± 5.61 | 5.61       | 31.4721  | 57 | 34.0 ± 6.1 | 6.1      | 37.21    | 54 | 5.349          | 0.02 0.011    |
| Cooperatividad   | 30.526 ± 7  | 7.44      | 55.3536  | 57 | 31.345 ± 5.04 | 5.04       | 25.4016  | 55 | 31.9 ± 5.9 | 5.9      | 34.81    | 54 | 0.006          | 0.937 0.285   |
| Autotrascendencia  | 19.667 ± 6  | 6.16      | 37.9456  | 57 | 17.121 ± 6.07 | 6.07       | 36.8449  | 58 | 13.9 ± 6.3 | 6.3      | 39.69    | 54 | 5.657          | 0.017 < 0.001 |

| TABLA 2. DATOS DEMOGRAFICOS DE PACIENTES Y TESTIGOS. |                      |               |               |         |
|--|----------------------|---------------|---------------|---------|
|  |                      | Pacientes     | Testigos      | P       |
| Edad (años)  | Rango                | 30-65         | 28-65         |         |
|  | Media                | 54.47 ± 7.34  | 42.76 ± 8.85  | < 0.001 |
| Género   | % masculinos         | 68.42 (39)    | 60.35 (35)    |         |
| Convivencia  | % pareja             | 73.7          | 69            | > 0.5   |
|  | % otros              | 12.3          | 20.7          | > 0.1   |
|  | % solos              | 14            | 10.3          |         |
| Estado Civil   | % casados            | 73.7          | 72.4          | > 0.1   |
|  | % divorciados        | 10.5          | 3.4           | > 0.1   |
|  | % solteros           | 8.8           | 18.9          | > 0.1   |
|  | % unión libre        | 1.8           | 3.4           | > 0.1   |
|  | % separados          | 0             | 1.7           | > 0.1   |
|  | % viudas             | 5.3           | 0             | > 0.1   |
| Escolaridad (grados)                                 | Rango                | 0 - 6         | 0 - 6         |         |
|  | Media                | 2.94 ± 1.42   | 3.15 ± 1.15   | 0.54    |
| Religión   | % católicos          | 84.2          | 82.8          | 0.73    |
|  | % cristianos         | 3.5           | 1.7           |         |
|  | % evangelistas       | 1.8           | 1.7           |         |
|  | % testigo de J       | 1.8           | 0             |         |
|  | % ninguna            | 8.8           | 13.8          |         |
| Talla (cm)   | Rango                | 143-182       | 145-183       | 0.31    |
|  | Media                | 164.52 ± 7.98 | 162.91 ± 8.59 |         |
| Peso (kg)  | Rango                | 55 - 121      | 50 - 104      | 0.03    |
|  | Media                | 78.05 ± 13.42 | 73.43 ± 13.82 |         |
| Índice de masa corporal (kg/m <sup>2</sup> )         | Rango                | 19 - 40       | 20 - 41       |         |
|  | Media                | 28.86 ± 4.07  | 27.37 ± 4.54  | 0.02    |
| Alcoholismo  | % leve               | 71.4          | 83.9          |         |
|  | % moderado           | 14.3          | 8.9           |         |
|  | % grave              | 14.3          | 7.1           | 0.27    |
| Tabaquismo   | Duración (años)      |               |               |         |
|  | Rango                | 0 - 48        | 0 - 40        |         |
|  | Media                | 13.41 ± 16.07 | 3.73 ± 9.07   | < 0.001 |
|  | Intensidad (cig/día) |               |               |         |
|  | Rango                | 0 - 80        | 0 - 35        |         |
|  | Media                | 15.07 ± 18.04 | 5.16 ± 9.83   | < 0.001 |

| TABLA 3. DATOS CLINICOS DE PACIENTES . |                          |                |                       |
|--|--------------------------|----------------|-----------------------|
|  |                          | Pacientes      | Valores de referencia |
| Ingresos hospitalarios                 | Rango                    | 1.0 -12.0      |                       |
|  | Media                    | 3.35 ± 2.56    |                       |
|  | %1-3 ingresos            | 70.2           |                       |
| Diagnósticos                           | Cardiopatía isquémica%   | 96.5           |                       |
|  | Infarto agudo miocardio% | 54.38          |                       |
|  | Dislipidemia %           | 45.61          |                       |
|  | Hipertensión arterial %  | 40.35          |                       |
|  | Diabetes mellitus %      | 33.33          |                       |
| Temperatura °C                         | Rango                    | 36 - 37        | 36.5 - 37.5           |
|  | Media                    | 36.43 ± 0.5    |                       |
|  | Observaciones % (56)     | 98.24          |                       |
| Frecuencia respiratoria<br>r/min       | Rango                    | 14 - 23        | 012 - 20              |
|  | Media                    | 18.62 ± 2.74   |                       |
|  | Observaciones % (29)     | 50.87          |                       |
| Frecuencia cardiaca<br>l/min           | Rango                    | 68 - 96        | 60 -100               |
|  | Media                    | 78.34 ± 7.51   |                       |
|  | Observaciones %(49)      | 85.96          |                       |
| Tensión sistólica<br>mm Hg             | Rango                    | 90 -150        | 90 - 130              |
|  | Media                    | 122.47 ± 14.42 |                       |
|  | Observaciones %(57)      | 100            |                       |
| Tensión diastólica<br>mm Hg            | Rango                    | 60 - 100       | 60 - 90               |
|  | Media                    | 77.39 ± 10.25  |                       |
|  | Observaciones %(57)      | 100            |                       |
| Hemoglobina g/dl                       | Rango                    | 07 - 019       | 012 - 016             |
|  | Media                    | 13.37 ± 2.37   |                       |
|  | Observaciones %(53)      | 92.98          |                       |
| Hematócrito %                          | Rango                    | 30 - 55        | 37 - 47               |
|  | Media                    | 40.21 ± 6.3    |                       |
|  | Observaciones %(48)      | 84.21          |                       |
| Leucocitos x 10 <sup>3</sup> /uL       | Rango                    | 03 - 019       | 4.8 - 10              |
|  | Media                    | 8.58 ± 4.02    |                       |
|  | Observaciones %(53)      | 92.98          |                       |
| Neutrófilos %                          | Rango                    | 05 - 091       | 42.2 - 75.2           |
|  | Media                    | 53.88 ± 20.53  |                       |
|  | Observaciones %(50)      | 87.72          |                       |
| Linfocitos %                           | Rango                    | 01 -025        | 20.5 - 51.5           |
|  | Media                    | 24.74 ± 12.57  |                       |
|  | Observaciones %(49)      | 85.96          |                       |
| Monocitos %                            | Rango                    | 01 - 025       | 1.7 - 9.3             |
|  | Media                    | 10.00 ± 5.48   |                       |
|  | Observaciones %(49)      | 85.96          |                       |
| Eosinófilos %                          | Rango                    | 0 - 7          | 0 - 10                |
|  | Media                    | 2.10 ± 1.86    |                       |
|  | Observaciones %(29)      | 50.87          |                       |
| Basófilos %                            | Rango                    | 0 - 1          | 0 - 5                 |
|  | Media                    | 0.435 ± 0.501  |                       |
|  | Observaciones %(23)      | 40.35          |                       |
| Plaquetas x 10 <sup>3</sup> /uL        | Rango                    | 106 - 412      | 150 - 450             |
|  | Media                    | 233.67 ± 77.09 |                       |
|  | Observaciones %(40)      | 70.17          |                       |

| <b>TABLA 3. DATOS CLÍNICOS DE PACIENTES.</b> |                     |                 |           |
|--|---------------------|-----------------|-----------|
| Glucosa mg/dl                                | Rango               | 56 - 430        | 70 - 110  |
|  | Media               | 138.28 ± 67.01  |           |
|  | Observaciones %(50) | 87.72           |           |
| Creatinina mg/dl                             | Rango               | 0 - 19          | 0.4 - 1.3 |
|  | Media               | 1.56 ± 2.66     |           |
|  | Observaciones %(49) | 85.96           |           |
| Nitrógeno de urea mg/dl                      | Rango               | 5 - 113         | 07 - 018  |
|  | Media               | 19.76 ± 17.87   |           |
|  | Observaciones %(46) | 80.7            |           |
| Colesterol total mg/dl                       | Rango               | 73 - 250        | 100 - 200 |
|  | Media               | 156 ± 47.60     |           |
|  | Observaciones %(19) | 33.33           |           |
| Colesterol alta densidad                     | Rango               | 13.3 - 43.8     | 35 - 160  |
|  | Media               | 29.52 ± 9.02    |           |
|  | Observaciones %(14) | 24.56           |           |
| Colesterol baja densidad                     | Rango               | 48.3 - 197.5    | 66 - 130  |
|  | Media               | 98.99 ± 41.28   |           |
|  | Observaciones %(13) | 22.8            |           |
| Triglicéridos mg/dl                          | Rango               | 2.0 - 641       | 35 - 160  |
|  | Media               | 188.32 ± 138.61 |           |
|  | Observaciones %(25) | 43.86           |           |
| Sodio mmol/l                                 | Rango               | 130 - 147       | 136 - 145 |
|  | Media               | 137.35 ± 3.99   |           |
|  | Observaciones %(48) | 84.21           |           |
| Potasio mmol/l                               | Rango               | 003 - 007       | 3.5 - 5.1 |
|  | Media               | 4.24 ± 0.69     |           |
|  | Observaciones %(49) | 85.96           |           |
| Cloruro mmol/l                               | Rango               | 95 - 117        | 98 - 107  |
|  | Media               | 108.78 ± 3.55   |           |
|  | Observaciones %(45) | 78.94           |           |
| Sangre tipo                                  | O + %               | 43.86           |           |
|  | A + %               | 19.3            |           |
|  | B + %               | 1.75            |           |
|  | AB + %              | 1.75            |           |
|  | A - %               | 1.75            |           |
|  | O - %               | 1.75            |           |
|  | Observaciones %(40) | 70.17           |           |
| Tiempo postinfarto años                      | <= 1 año %          | 56.14           |           |
|  | 2 - 5 años %        | 24.56           |           |
|  | > 5 años %          | 14.03           |           |
|  | Observaciones %(54) | 94.73           |           |

**TABLA 4. COEFICIENTES DE CORRELACION DE PEARSON, SIGNIFICATIVAS CUANDO P<0.05**

|          | NS      | HA             | RD             | PE            | SD             | CO      | ST             |
|----------|---------|----------------|----------------|---------------|----------------|---------|----------------|
| EDAD     | -0.0454 | 0.1436         | 0.0335         | -0.0193       | -0.2078        | -0.1872 | -0.1035        |
|          | p=.737  | p=.287         | p=.805         | p=.887        | p=.121         | p=.163  | p=.444         |
| ESCOL    | 0.1781  | -0.1316        | -0.0126        | <b>0.3261</b> | <b>0.2986</b>  | 0.1701  | -0.049         |
|          | p=.185  | p=.329         | p=.926         | <b>p=.013</b> | <b>p=.024</b>  | p=.206  | p=.717         |
| TALLA    | 0.1037  | <b>-0.3062</b> | -0.1833        | -0.0193       | <b>0.2764</b>  | -0.104  | -0.2149        |
|          | p=.443  | <b>p=.021</b>  | p=.172         | p=.887        | <b>p=.037</b>  | p=.442  | p=.108         |
| PESO     | 0.1797  | <b>-0.2859</b> | -0.0405        | -0.0192       | 0.207          | -0.0534 | -0.2026        |
|          | p=.181  | <b>p=.031</b>  | p=.765         | p=.888        | p=.122         | p=.693  | p=.131         |
| IMC      | 0.1137  | -0.1164        | 0.0628         | -0.0032       | 0.0567         | 0.0372  | -0.0709        |
|          | p=.400  | p=.389         | p=.643         | p=.981        | p=.675         | p=.783  | p=.600         |
| INTENTAB | -0.0573 | -0.1816        | 0.0774         | 0.0725        | 0.1329         | -0.0096 | -0.1115        |
|          | p=.675  | p=.181         | p=.571         | p=.596        | p=.329         | p=.944  | p=.413         |
| DURALCOH | -0.0184 | -0.022         | 0.1043         | -0.0387       | -0.0799        | -0.1121 | 0.0193         |
|          | p=.893  | p=.872         | p=.444         | p=.777        | p=.558         | p=.411  | p=.888         |
| FC       | 0.2015  | 0.0984         | -0.2383        | 0.0067        | 0.0252         | -0.2164 | -0.2589        |
|          | p=.136  | p=.471         | p=.077         | p=.961        | p=.854         | p=.109  | p=.054         |
| FR       | 0.0265  | -0.0644        | 0.0918         | 0.0245        | 0.171          | 0.1695  | 0.0308         |
|          | p=.846  | p=.637         | p=.501         | p=.858        | p=.208         | p=.212  | p=.822         |
| TAS      | 0.0446  | 0.2045         | 0.0507         | -0.0022       | -0.2323        | -0.0361 | 0.096          |
|          | p=.744  | p=.131         | p=.710         | p=.987        | p=.085         | p=.792  | p=.481         |
| TAD      | 0.0459  | 0.1673         | -0.0671        | -0.1054       | -0.0213        | -0.0094 | 0.1352         |
|          | p=.737  | p=.218         | p=.623         | p=.439        | p=.876         | p=.945  | p=.320         |
| HGB      | 0.0102  | -0.2068        | 0.0978         | 0.0658        | 0.2744         | 0.261   | -0.0881        |
|          | p=.948  | p=.178         | p=.528         | p=.671        | p=.071         | p=.087  | p=.570         |
| HCT      | 0.0343  | -0.2571        | -0.0255        | 0.174         | <b>0.3414</b>  | 0.0802  | -0.1691        |
|          | p=.825  | p=.092         | p=.869         | p=.259        | <b>p=.023</b>  | p=.605  | p=.273         |
| LEU      | -0.0664 | 0.1261         | 0.0014         | 0.0532        | -0.1475        | -0.1209 | -0.0909        |
|          | p=.669  | p=.415         | p=.993         | p=.732        | p=.339         | p=.434  | p=.557         |
| NEUT     | -0.0504 | 0.1152         | 0.0077         | -0.0271       | -0.1519        | -0.1629 | <b>-0.3015</b> |
|          | p=.734  | p=.435         | p=.959         | p=.855        | p=.303         | p=.269  | <b>p=.037</b>  |
| LINF     | 0.0669  | -0.166         | 0.035          | -0.0214       | 0.0441         | 0.1525  | 0.0618         |
|          | p=.652  | p=.259         | p=.813         | p=.885        | p=.766         | p=.301  | p=.676         |
| MONOS    | 0.1373  | 0.1362         | <b>-0.2761</b> | -0.0277       | <b>-0.3305</b> | -0.1487 | -0.0655        |
|          | p=.352  | p=.356         | <b>p=.058</b>  | p=.852        | <b>p=.022</b>  | p=.313  | p=.658         |
| EO       | -0.1453 | <b>-0.4336</b> | -0.1451        | 0.3522        | 0.1846         | -0.019  | -0.0481        |
|          | p=.452  | <b>p=.019</b>  | p=.453         | p=.061        | p=.338         | p=.922  | p=.804         |
| BASO     | 0.1547  | -0.0479        | 0.2178         | -0.1357       | -0.2532        | 0.3088  | 0.3965         |
|          | p=.481  | p=.828         | p=.318         | p=.537        | p=.244         | p=.152  | p=.061         |
| PLT      | 0.0513  | 0.3162         | 0.1288         | -0.2563       | -0.3273        | 0.1025  | 0.2907         |
|          | p=.770  | p=.064         | p=.461         | p=.137        | p=.055         | p=.558  | p=.090         |
| CREATINI | 0.1111  | -0.1745        | 0.1029         | 0.1244        | 0.0552         | 0.0938  | 0.0703         |
|          | p=.525  | p=.316         | p=.556         | p=.476        | p=.753         | p=.592  | p=.688         |
| BUN      | 0.0647  | -0.2832        | -0.1273        | 0.1592        | 0.1242         | 0.1278  | 0.1276         |
|          | p=.712  | p=.099         | p=.466         | p=.361        | p=.477         | p=.464  | p=.465         |

**TABLA 4. COEFICIENTES DE CORRELACION DE PEARSON, SIGNIFICATIVAS CUANDO P<0.05**

|          |         |               |         |         |                |         |         |
|----------|---------|---------------|---------|---------|----------------|---------|---------|
| COLTOTAL | -0.0096 | -0.2931       | 0.2237  | 0.1894  | <b>0.3923</b>  | 0.2489  | -0.1415 |
|          | p=.956  | p=.087        | p=.196  | p=.276  | <b>p=.020</b>  | p=.149  | p=.418  |
| COL_AD   | 0.2215  | 0.0956        | 0.3354  | -0.3207 | <b>-0.7495</b> | -0.3289 | -0.2624 |
|          | p=.567  | p=.807        | p=.378  | p=.400  | <b>p=.020</b>  | p=.387  | p=.495  |
| COL_BD   | -0.052  | 0.4627        | 0.5405  | -0.071  | -0.1113        | 0.3543  | 0.2755  |
|          | p=.894  | p=.210        | p=.133  | p=.856  | p=.775         | p=.349  | p=.473  |
| TGL      | -0.1526 | 0.3619        | 0.1455  | 0.428   | 0.3195         | 0.6363  | 0.274   |
|          | p=.695  | p=.338        | p=.709  | p=.250  | p=.402         | p=.065  | p=.476  |
| GLUCOSA  | 0.2606  | <b>0.7703</b> | -0.1574 | 0.5037  | -0.257         | 0.352   | 0.3359  |
|          | p=.498  | <b>p=.015</b> | p=.686  | p=.167  | p=.504         | p=.353  | p=.377  |
| TPO_POST | 0.1935  | -0.2187       | -0.0604 | 0.1549  | 0.151          | 0.0285  | 0.0827  |
|          | p=.161  | p=.112        | p=.664  | p=.263  | p=.276         | p=.838  | p=.552  |

NS=Búsqueda de la novedad; HA=Evitación del daño; RD=Dependencia de la recompensa; P=Persistencia; SD=Autodirección; CO=Cooperatividad; ST=Autotranscendencia; ESCOL=Escolaridad; IMC=Índice de masa corporal; INTENTAB= Inten - sidad del tabaquismo; DURALCOH=Duración del alcoholismo; FC=Frecuencia Cardiaca; FR=Frecuencia respiratoria; - TAS=Tensión arterial sistólica ; TAD=Tensión arterial diastólica; HGB=Hemoglobina; HCT=Hematócrito; LEU=Leucocitos; - NEU=Neutrófilos; LINFOS=Linfocitos; MONOS=Monocitos; EO=Eosinófilos; BASO=Basófilos; PLT=Plaquetas; CREATINI= Creatinina; BUN=Nitrógeno de urea; COLTOTAL=Colesterol total; COL\_AD=Colesterol alta densidad; COL\_BD=Colesterol- baja densidad; TGL=Triglicéridos; TPO\_POST=Tiempo posterior al infarto.

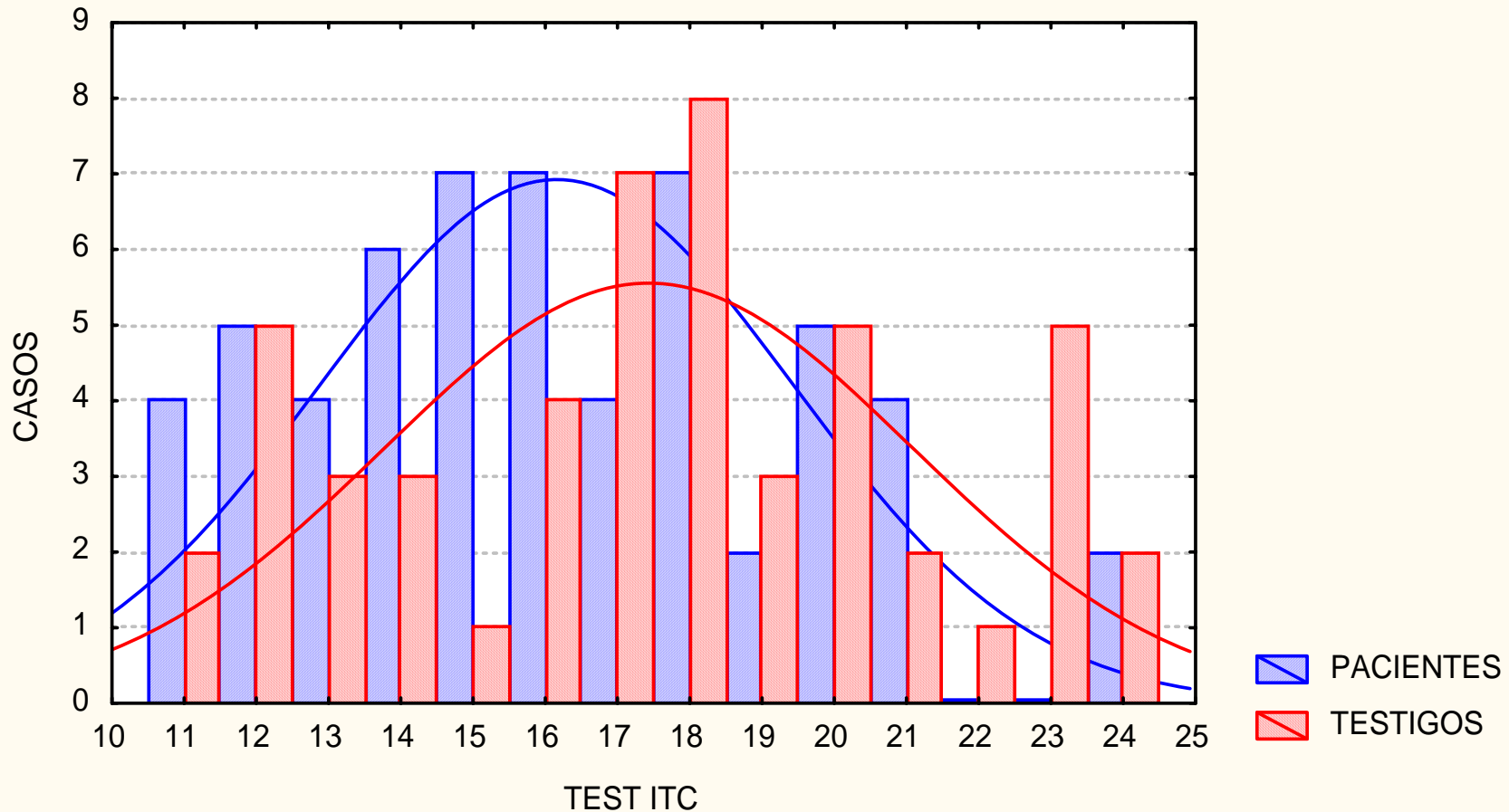


| TABLA 5. OCUPACIONES DE PACIENTES Y TESTIGOS. |  |           |  |          |
|---|--|-----------|--|----------|
| Ocupación                                     |  | Pacientes |  | Testigos |
|   |  |           |  |          |
| Profesores                                    |  | 13        |  | 9        |
| Personal Administrativo                       |  | 11        |  | 23       |
| Personal de seguridad                         |  | 8         |  | 4        |
| Personal de salud                             |  | 6         |  | 12       |
| Hogar   |  | 6         |  | 3        |
| Otros   |  | 13        |  | 7        |
|   |  |           |  |          |
| Total   |  | 57        |  | 58       |
|   |  |           |  |          |

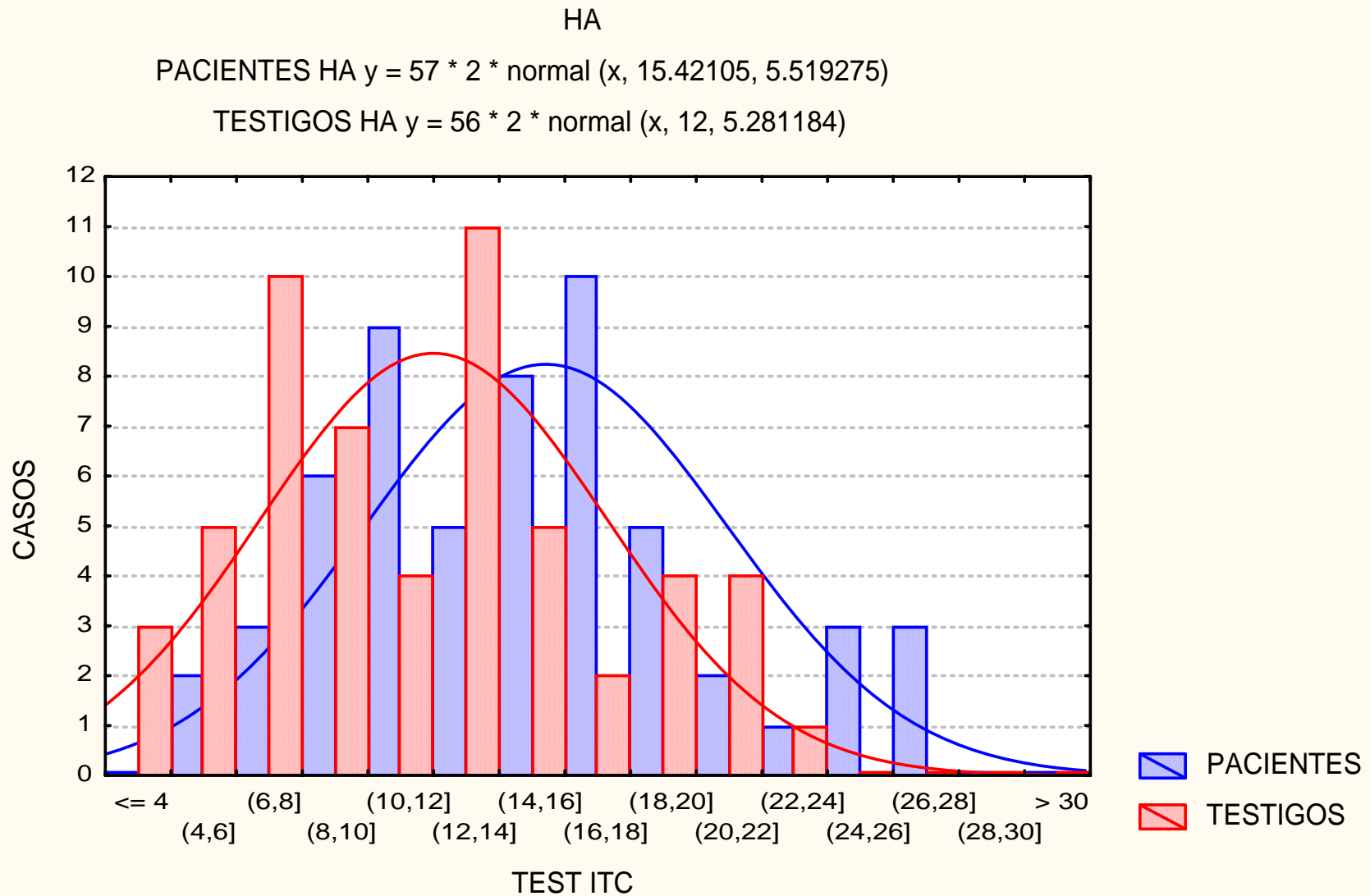
NS

PACIENTES NS  $y = 57 * 1 * \text{normal}(x, 16.1579, 3.283016)$

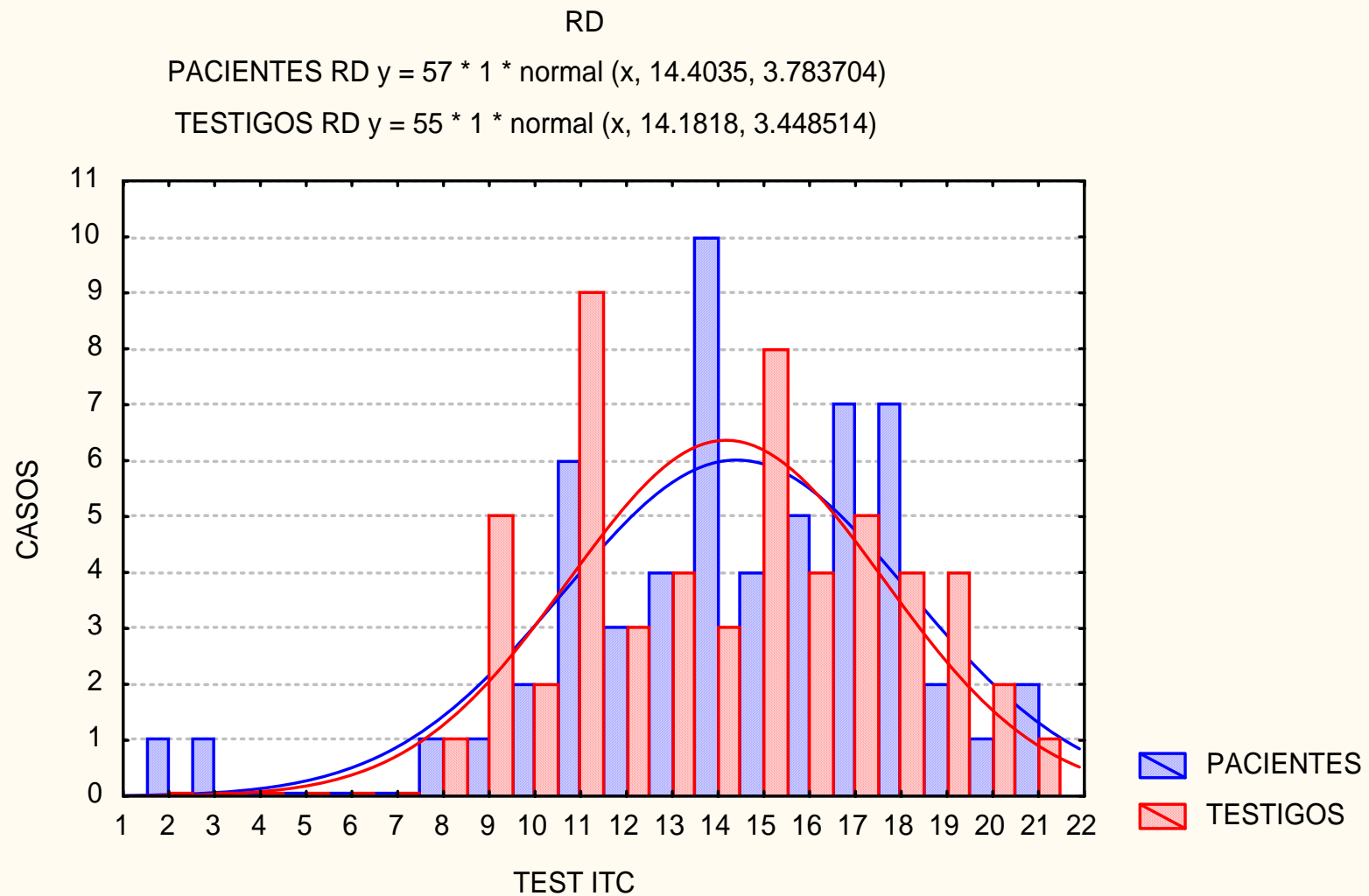
TESTIGOS NS  $y = 51 * 1 * \text{normal}(x, 17.43137, 3.661993)$



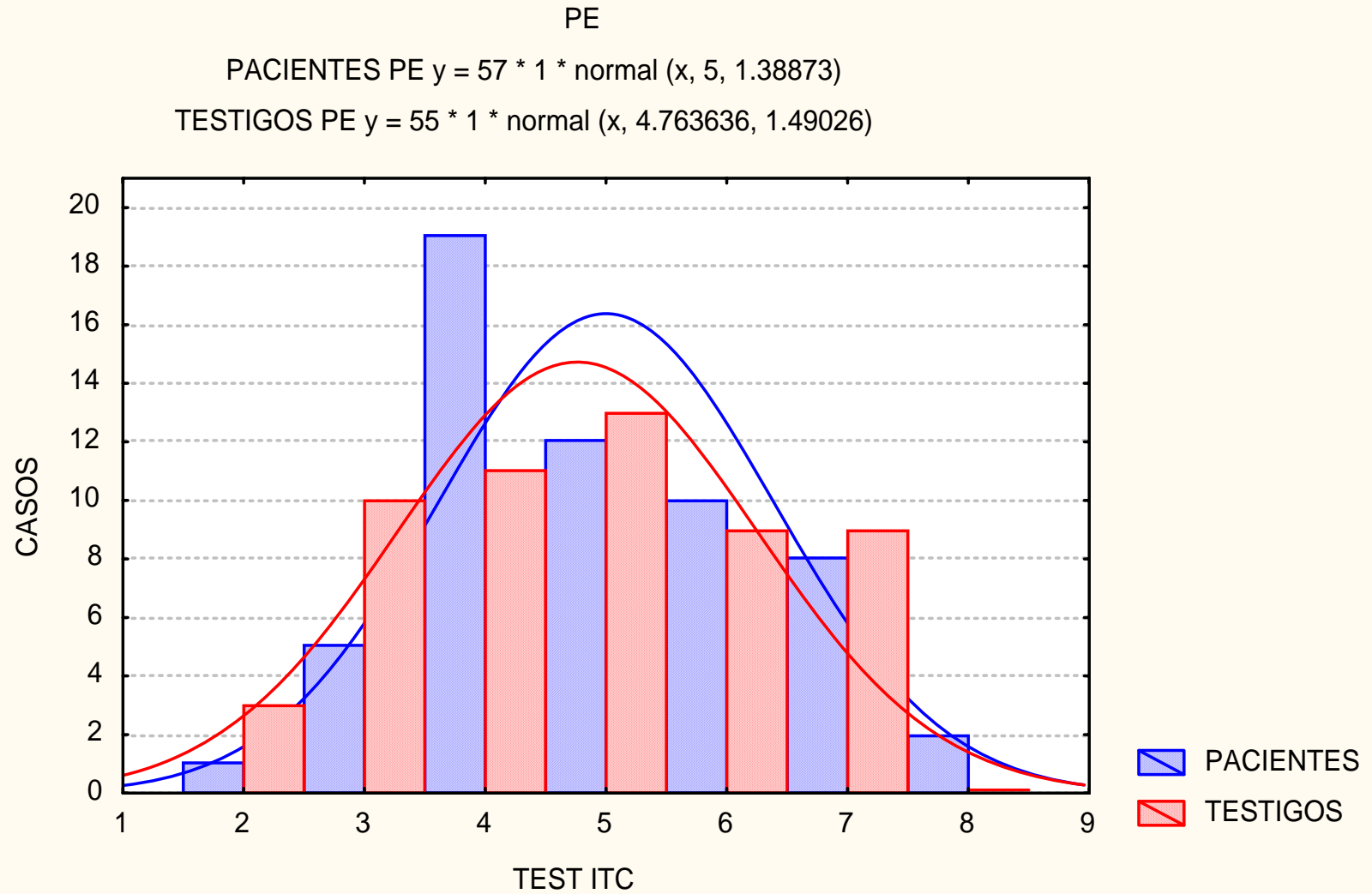
Gráfica 1. Escalas del temperamento: Búsqueda de la novedad (NS).  $P = 0.031$ .



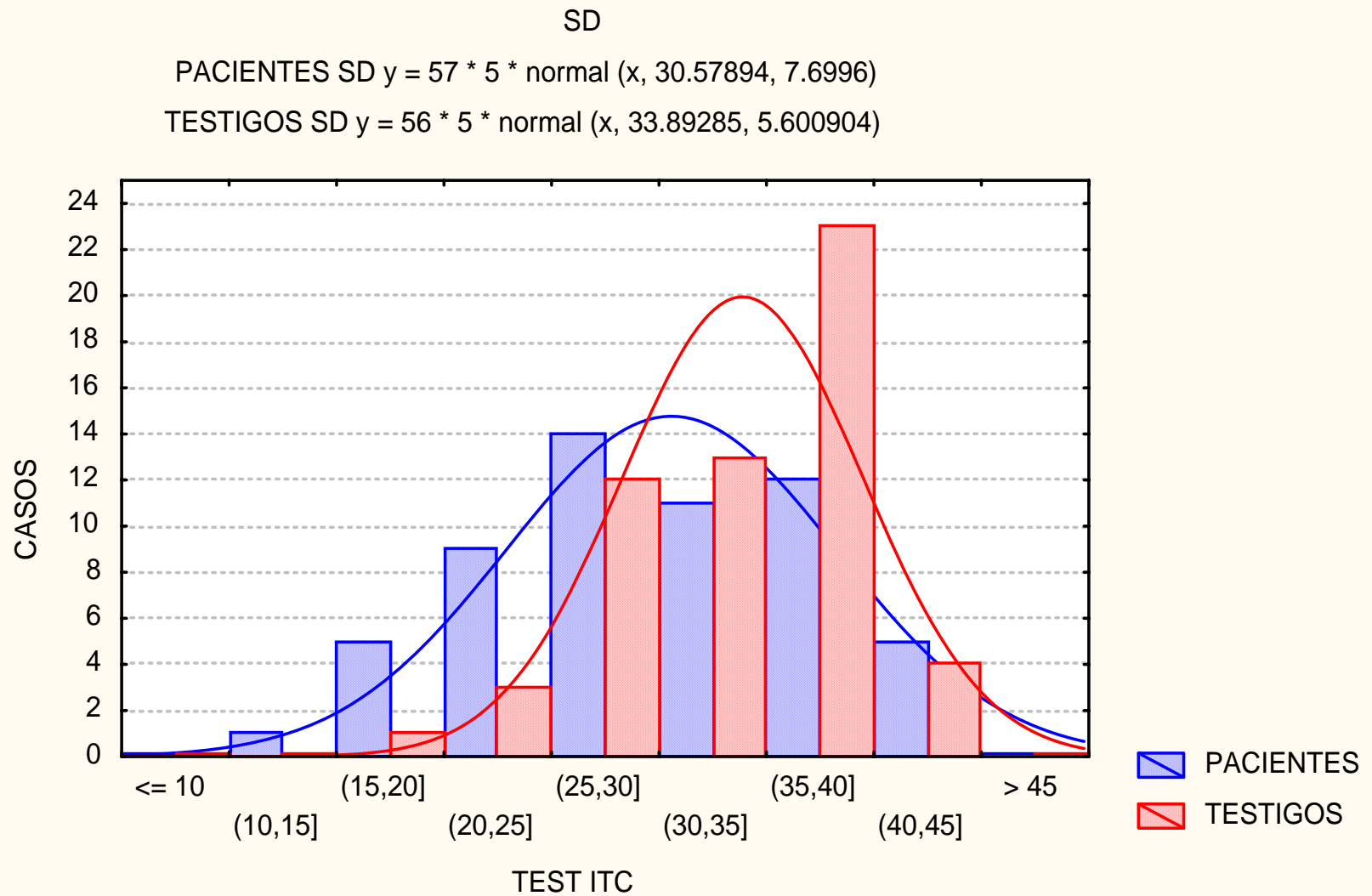
Gráfica 2. Escalas del temperamento: Evitación del daño (HA). P= 0.001.



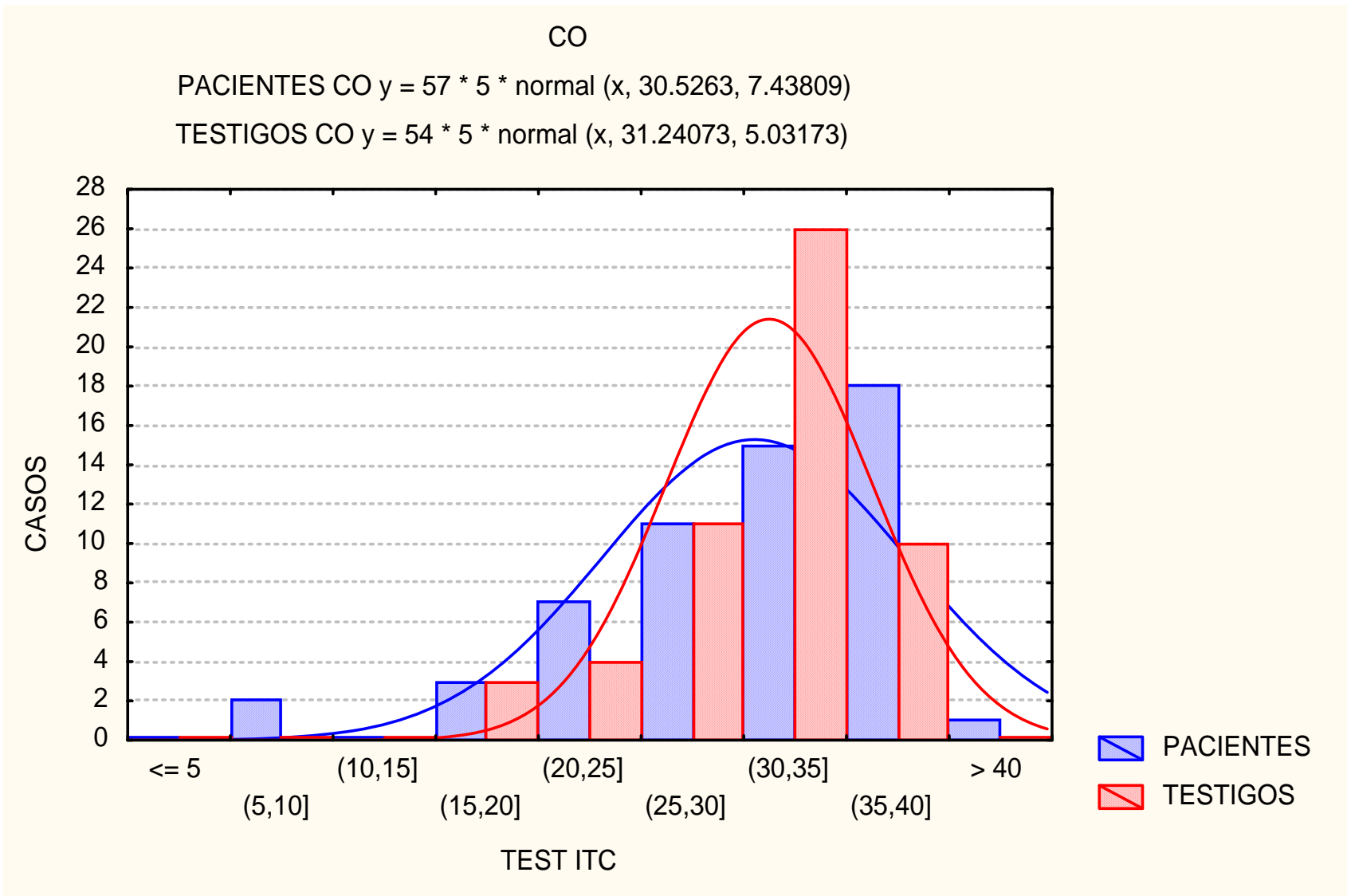
Gráfica 3. Escalas del temperamento: Dependencia a la recompensa (RD).P= 0.864.



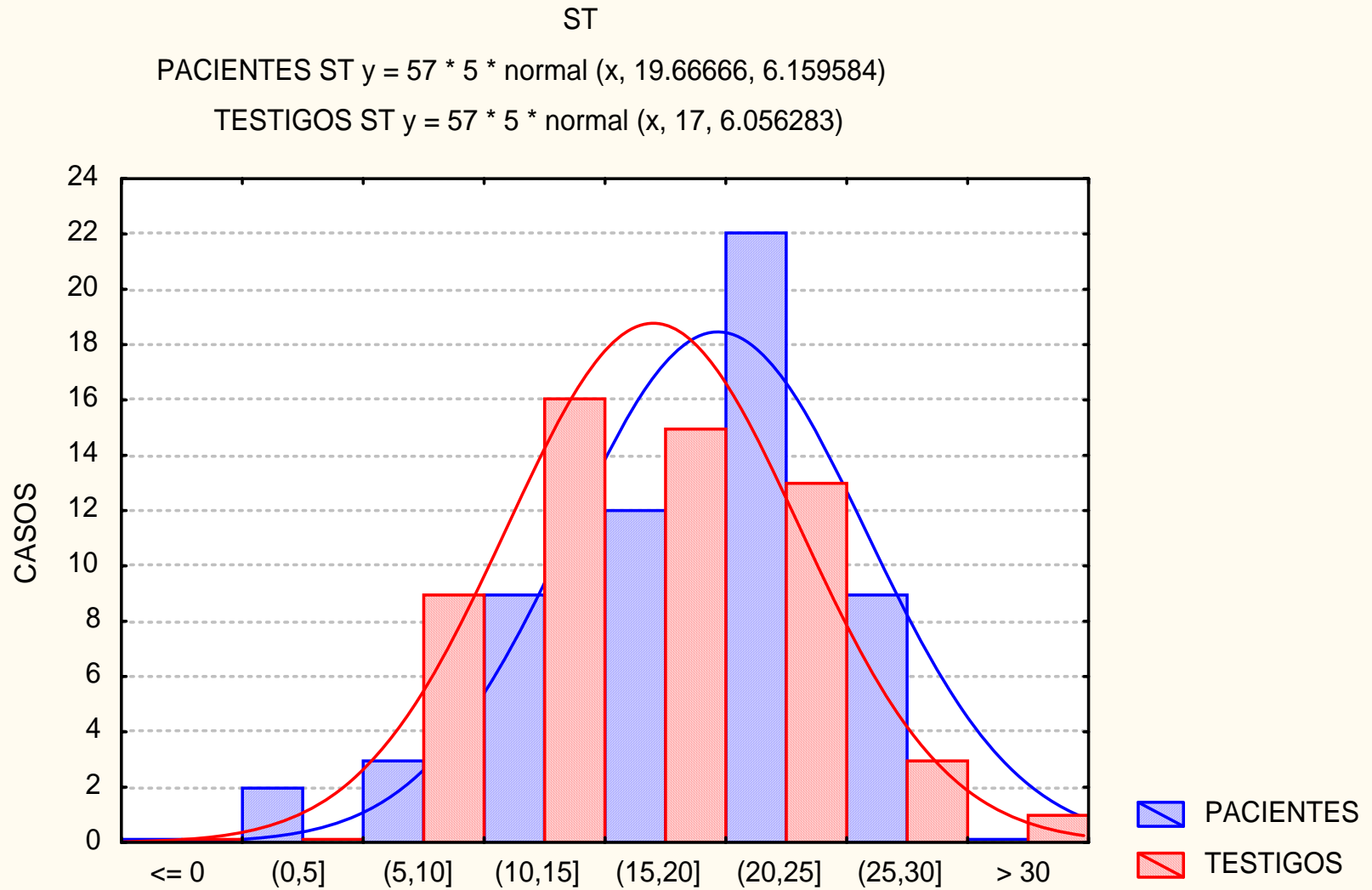
Gráfica 4. Escalas del temperamento: Persistencia (PE).  $P=0.349$



Gráfica 5. Escalas del carácter: Autodirección (SD). P= 0.011.



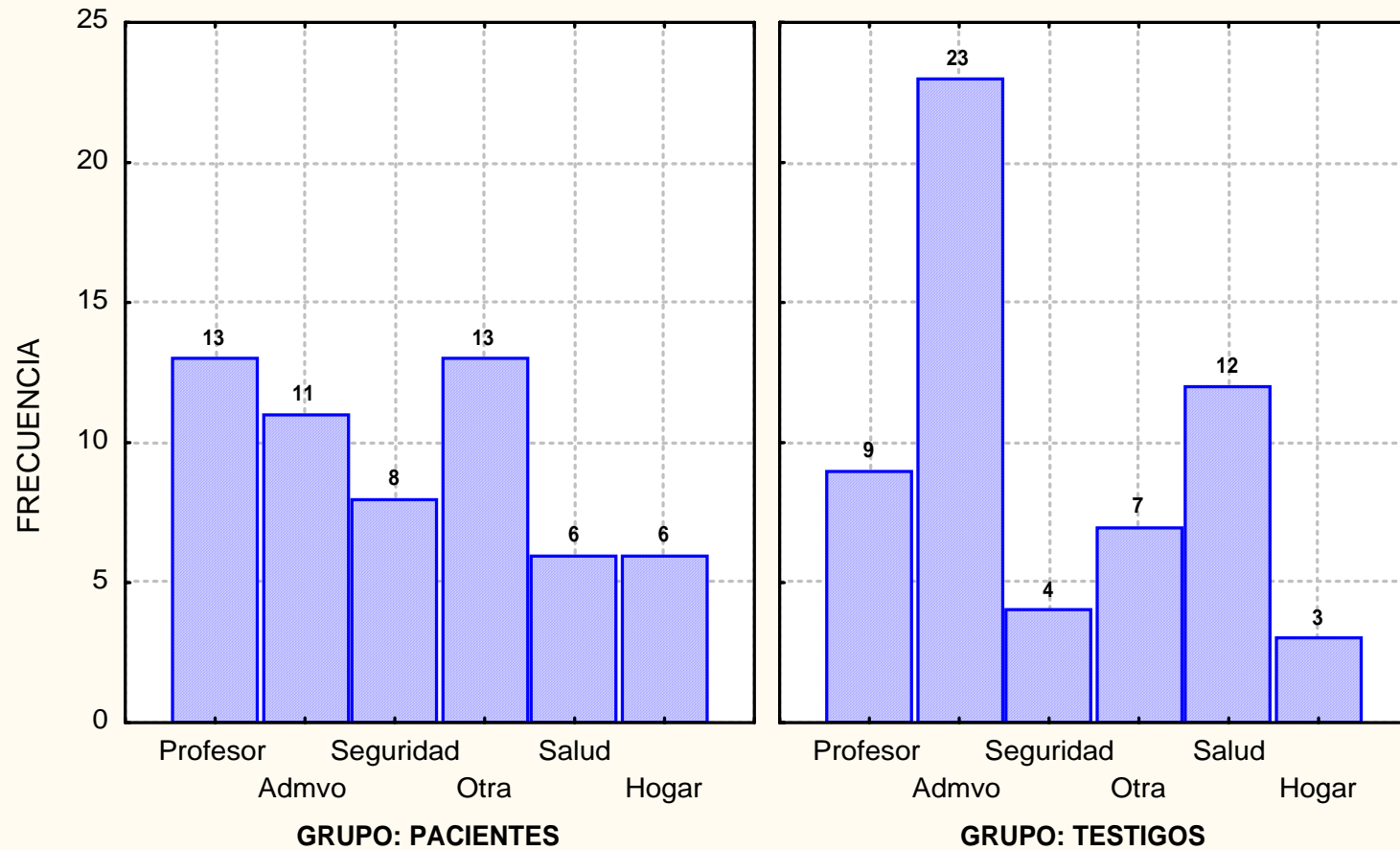
Gráfica 6. Escalas del carácter: Cooperatividad (CO).  $P=0.937$ .



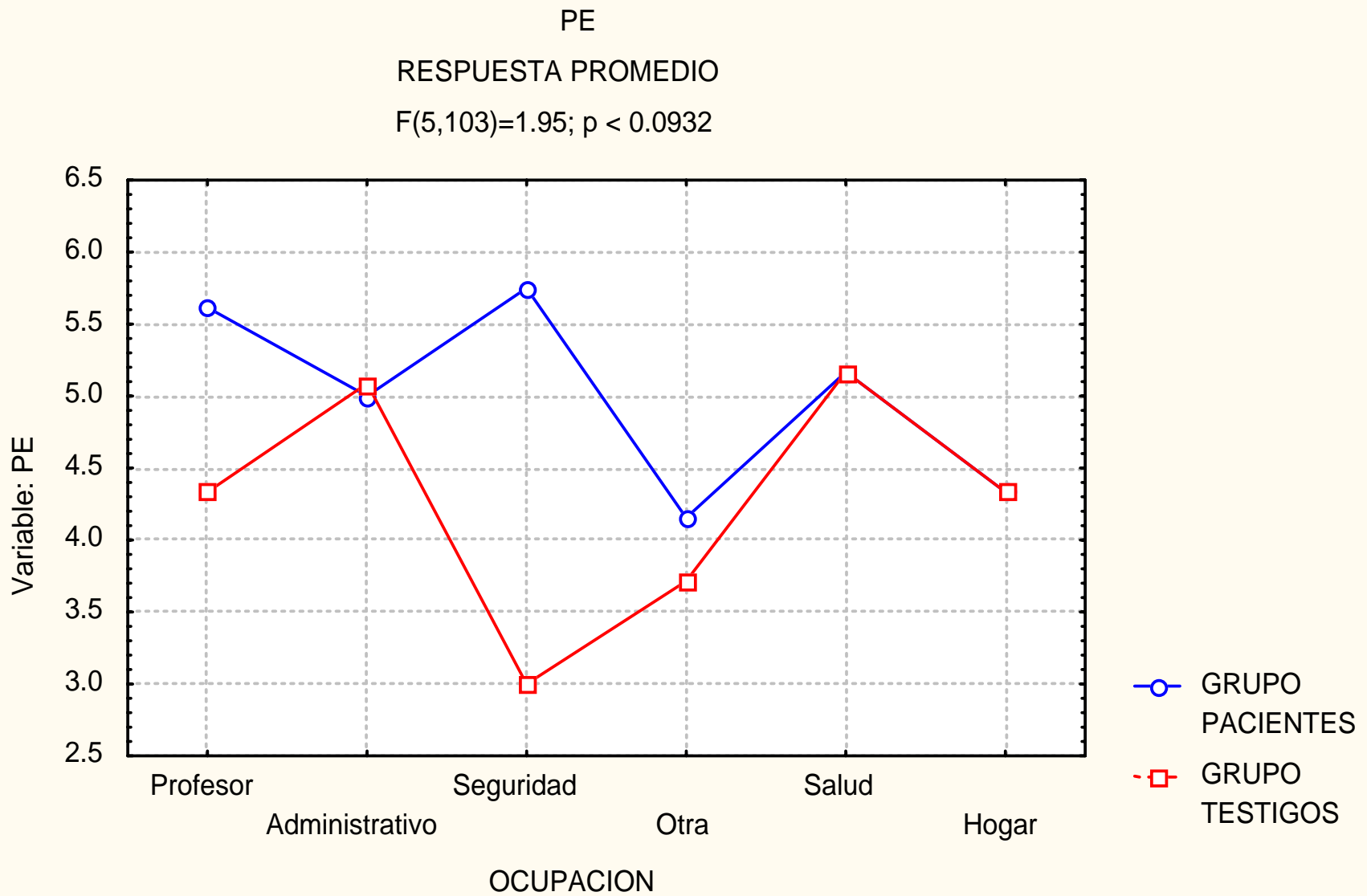
Gráfica 7. Escalas del carácter: autotranscendencia.  $P= 0.017$ .



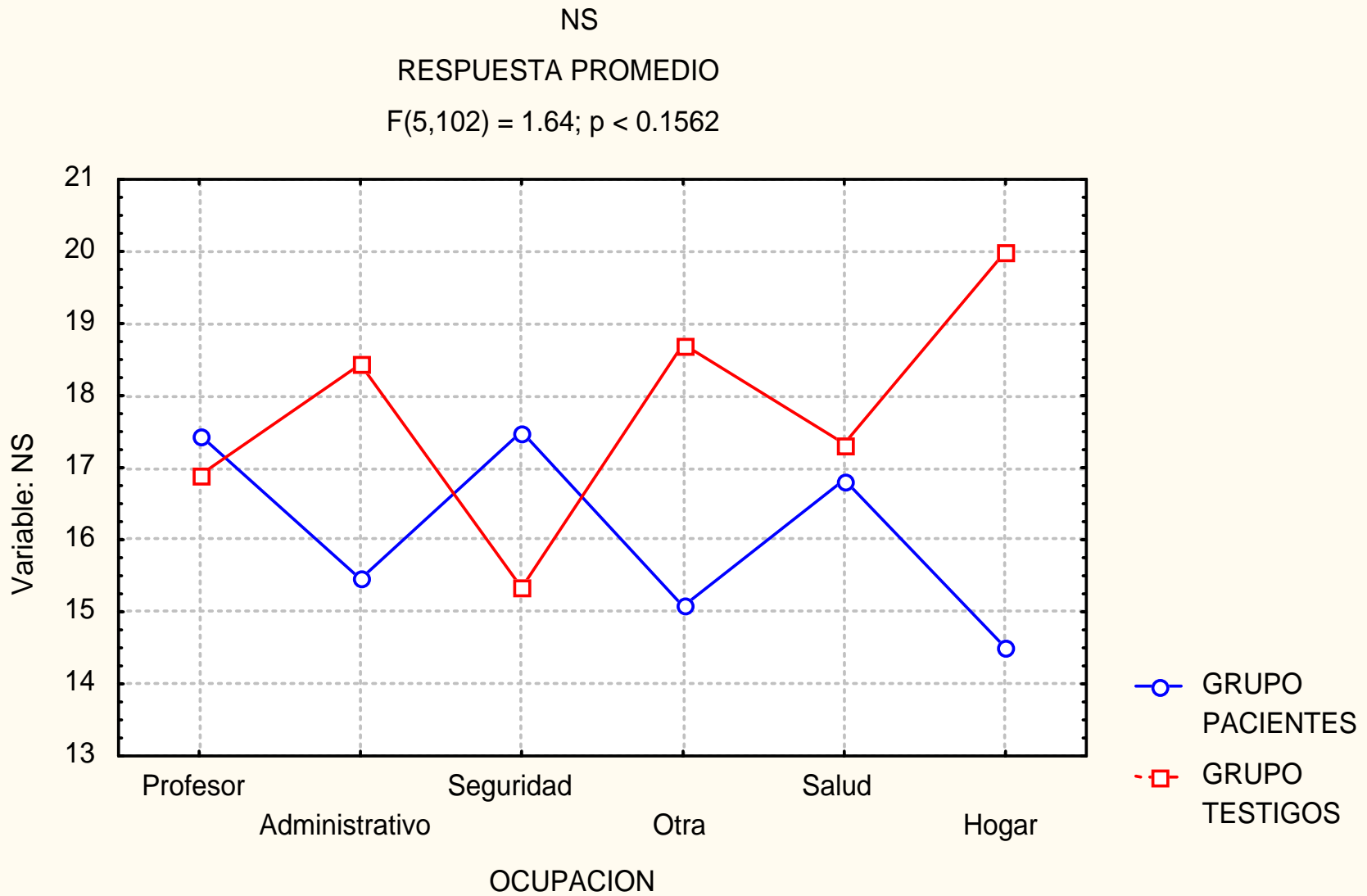
## GRUPOS VS OCUPACION



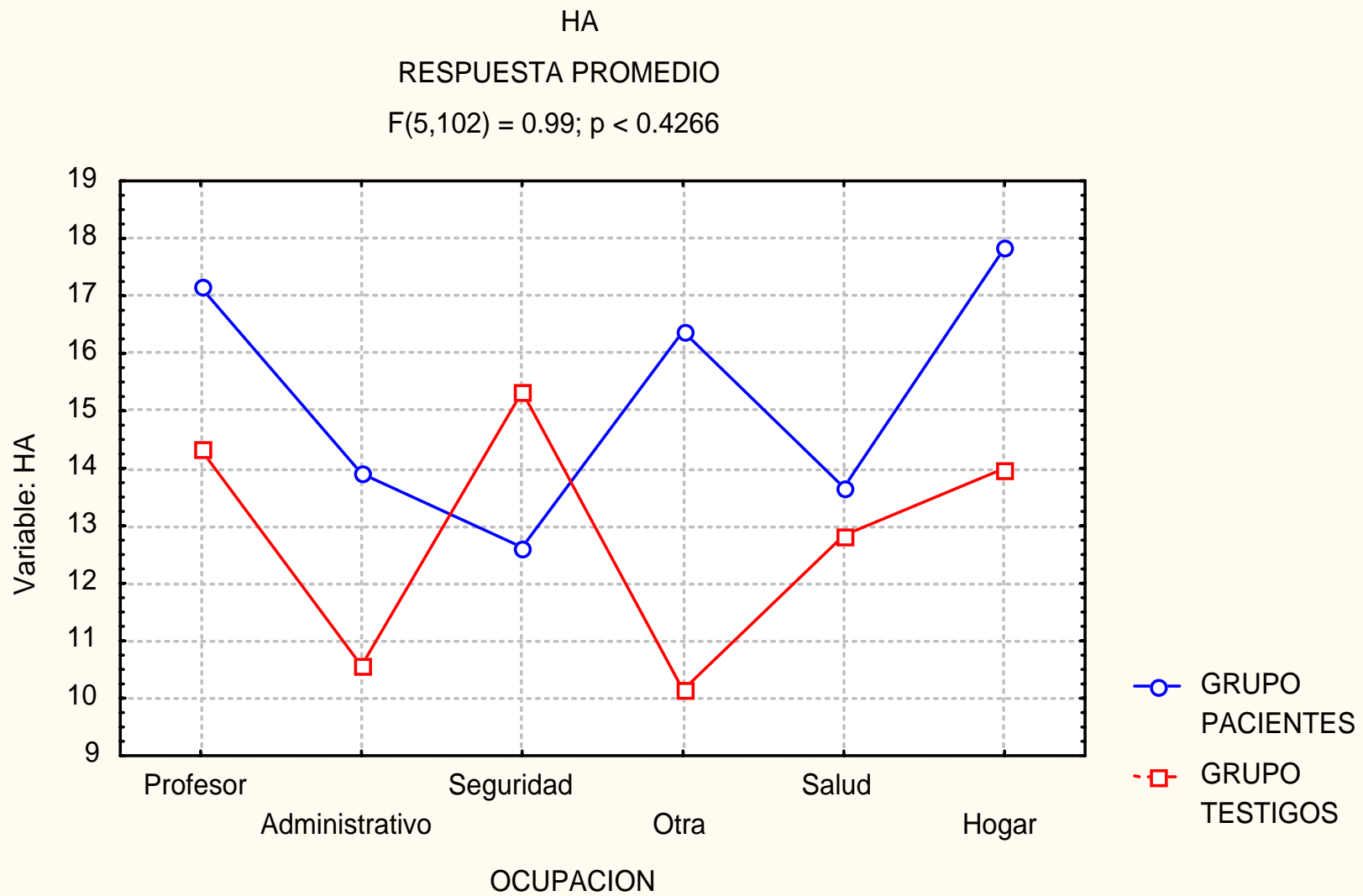
GRÁFICA 8. Comparativo de ocupaciones de pacientes y testigos.



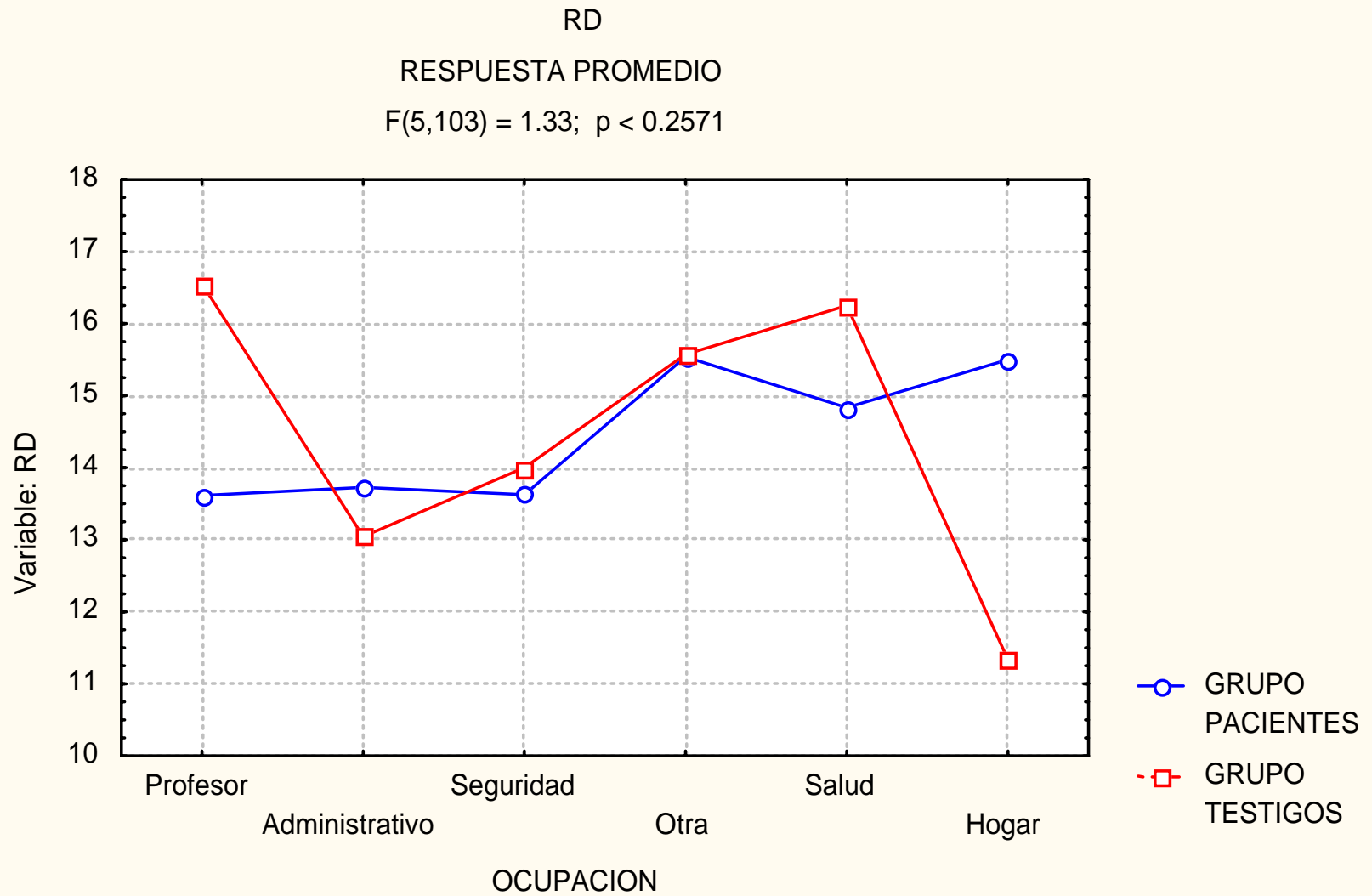
Gráfica 9. Correlación de la persistencia con la ocupación.



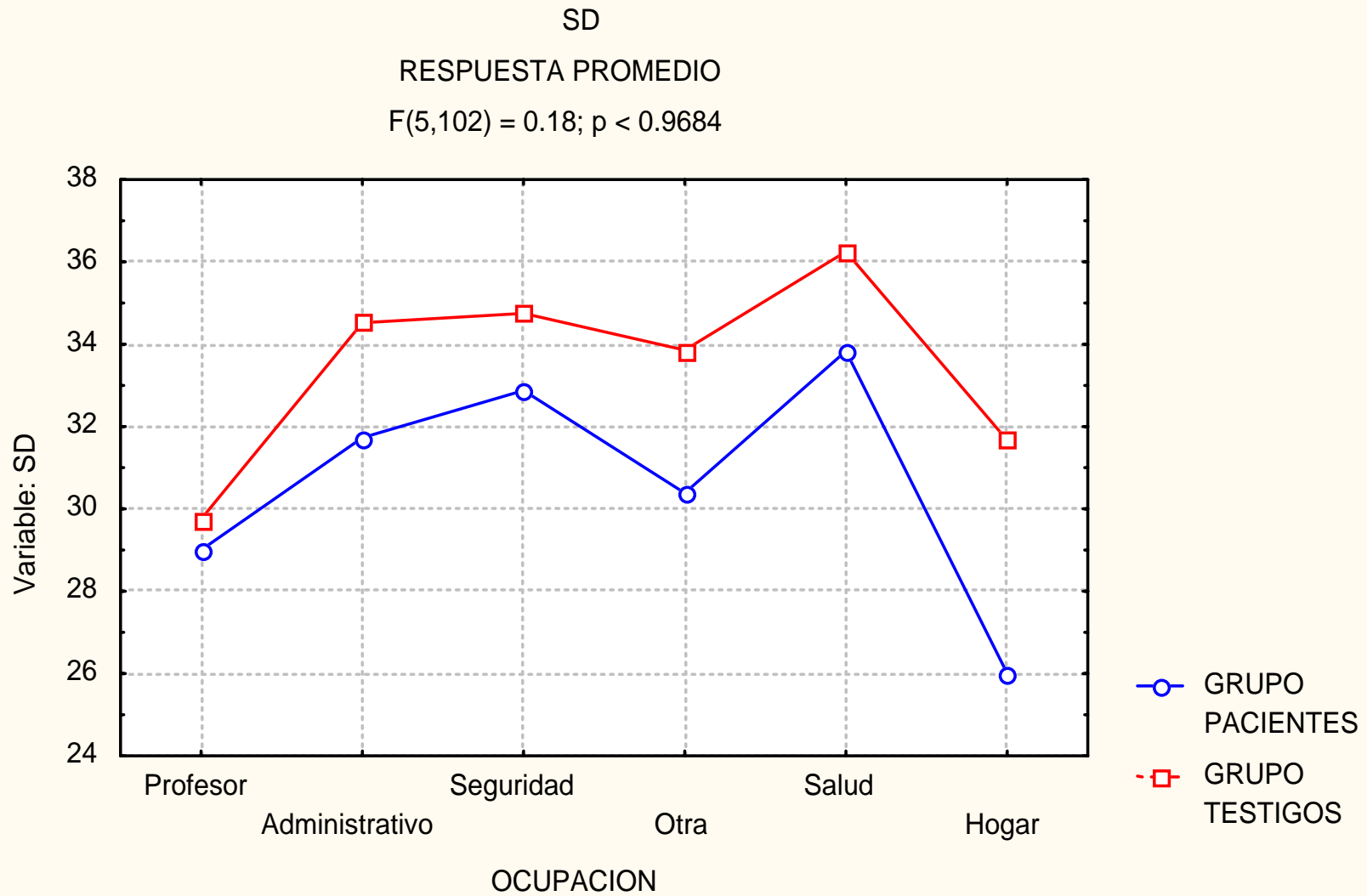
Grafica 10. Correlación de la búsqueda de la novedad y la ocupación.



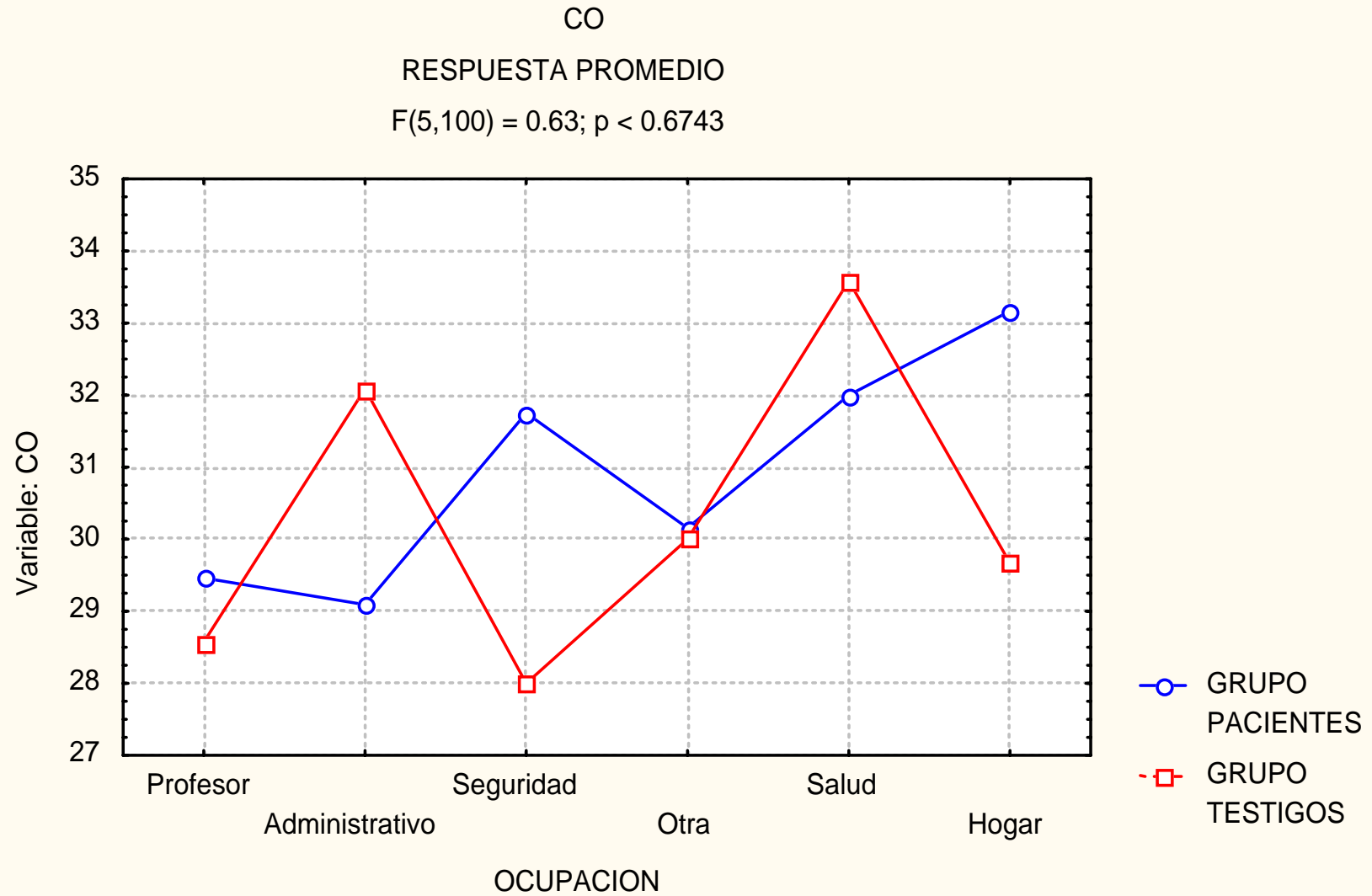
Gráfica 11. Correlación de la evitación del daño y la ocupación.



Gráfica 12. Correlación de la dependencia de la recompensa y la ocupación.



Gráfica 13. Correlación de la autodirección y la ocupación.

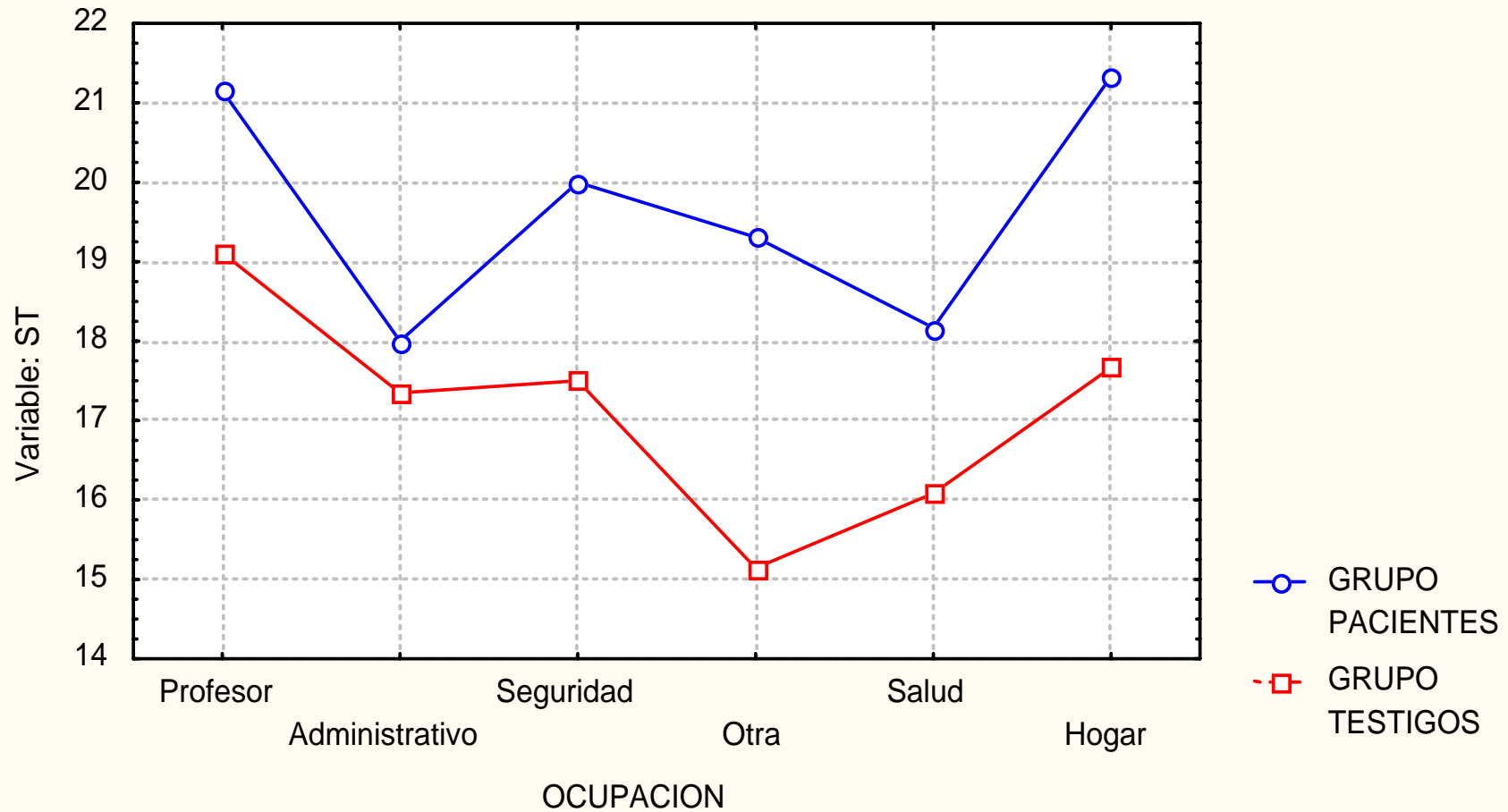


Gráfica 14. Correlación de la cooperatividad y la ocupación.

ST

RESPUESTA PROMEDIO

$F(5,103) = 0.20; p < 0.9602$



Gráfica 15. Correlación entre la autotranscendencia y la ocupación.