

Escalas psicométricas de automedición y técnicas proyectivas en la evaluación de rasgos de la personalidad del enfermo coronario

(Comunicación preliminar)

Dies: FANNY R. MINDLIN DE APTECAR *, ALBERTO VAZQUEZ *, MOISES APTECAR *, JULIO MOIZESZOWICZ **, ANA MARIA L. DE DACHEVSKY ***, MARIA C. VADILLO **** ANTONIO O. TARRAGO **** Y EDUARDO E. JANSEN ****

Departamento Cardiovascular. Institutos Médicos Antártida, Rivadavia 4980, Buenos Aires.

RESUMEN

Las escalas de automedición de: depresión (Zung), ansiedad (Taylor) y personalidad (Eysenck) fueron completadas por 40 sujetos sin afección somática actual (1.1 Grupo control); 77 coronarios estables (2.2 Grupo "estable") y 57 coronarios inestables (2.3 Grupo "inestable"), todos ellos del sexo masculino.

Las técnicas proyectivas (Dibujo de Figura Humana y Arbol) se administraron a 53, 30 y 9 sujetos de los citados grupos, respectivamente.

Las escalas de automedición mostraron incidencias elevadas de puntajes: de depresión en 17.5%, 32.5% y 36.8% de los sujetos; de ansiedad 25%, 23.4% y 39.7% de los pacientes, en los grupos control, estable e inestable respectivamente. Estas diferencias son estadísticamente significativas para depresión (coronarios mayores y menores de 45 años vs. control) y ansiedad (inestables de menos de 45 años vs. control).

El hallazgo de un índice Psicoticismo superior a 5 puntos, que sugiere predisposición a conductas psicóticas frente a stress desusado, fué observado en el 20%, 33,8% y 43,6% de los grupos control, estable e inestable respectivamente ($P < 0.05$).

Las técnicas proyectivas demostraron en los coronarios, rasgos de desestructuración de la personalidad, inestabilidad emocional, falta de confianza en sí mismo e inseguridad, rasgos éstos más acentuados en los inestables. Ambas técnicas, de fácil administración y objetivación, separan de manera concordante al grupo control del coronario.

INTRODUCCION

La estrecha vinculación existente entre la incidencia de cardiopatía isquémica y los llamados factores predictivos de riesgo coronario ha sido confirmada por diversos estudios, entre ellos, el ya clásico de la comunidad de Framingham.

Sin embargo, Keys y col. (1) aplicando el análisis multifactorial de los factores de riesgo a otras poblaciones, halló que a igualdad de dichos factores la población europea tenía una tasa de enfermedad coronaria inferior en un 50% a la observada en los residentes de Framingham. De manera similar, Gordon (2), comparando poblaciones diferentes (desde el punto de vista étnico, sociocultural, etc.) encuentra iguales discrepancias.

Jenkins (3) en una extensa revisión del tema, concluye que los factores clásicos de riesgo, no tienen el mismo "poder predictivo", en comunidades cuyas características psico-socioeconómicas difieren.

Estos factores psicosociales, entre los que se mencionan el status laboral y social, nivel de educación, ansiedad, grado de neuroticismo, personalidad "tipo A" (4), "cambios vitales" (5), religión, etc. han sido estudiados a través de numerosos trabajos multidisciplinarios (6, 7).

Es tema de controversia la existencia de una personalidad coronaria típica previa al desarrollo de la enfermedad o, por lo menos, de un nivel exagerado de ansiedad o depresión que pudieran favorecerla.

* Médico Cardiólogo

** Médico Psiquiatra

*** Lic. en Psicología

**** Analista programador de computación

La relación entre personalidades, monto de ansiedad y/o depresión y cardiopatía isquémica ha sido afirmada por unos (8, 9) y negada por otros (10, 11). Muchos de estos estudios son de tipo prospectivo-epidemiológico con criterios diagnósticos "blandos" basados en la clínica y el ECG convencional, y utilizando en ocasiones, cuestionarios postales o entrevistas efectuadas por personal auxiliar.

Nuestro propósito ha sido el de estudiar las características psicológicas de un grupo numeroso de pacientes coronarios estrictamente seleccionados y categorizados. Dicho grupo fue comparado con un grupo control de sujetos sanos y de pacientes con patologías no cardiovasculares.

Esta presentación preliminar comprende los datos psicométricos y proyectivos obtenidos en una de las instituciones que participan de este proyecto de tipo multicéntrico. *

Nuestra hipótesis de trabajo intenta responder entre otras, las preguntas siguientes:

- 1) ¿Los coronarios presentan diferencias en cuanto a ansiedad, depresión y personalidad en relación al grupo control?
- 2) ¿Existen diferencias psicológicas entre coronarios de alto riesgo (angina inestable) y aquéllos con coronariopatía estable?

MATERIAL Y METODOS

La muestra comprendió los siguientes grupos:

Grupo control

1.1 Sujetos en aparente estado de salud, sin afección somática actual aparente, reclutados del personal y allegados de la institución (n: 62; 40 hombres y 22 mujeres; edad $44,3 \pm 9$ años).

1.2 Sujetos sin afección cardiovascular, pero con otras patologías orgánicas (n: 70).

* Participantes:

- 1 — Hospital Nacional Prof. A. Posadas
- 2 — Institutos Médicos Antártida
- 3 — Hospital Centenario e Instituto de Cardiología Rosario

Grupo coronario

2.1 Presuntos coronarios

Pacientes enviados a consulta cardiológica como "presuntos coronarios"; en estos pacientes se descartó la patología isquémica coronaria por medio de la clínica y ergometría o clínica y cinecoronariografía.

Este grupo estuvo integrado por 133 pacientes (66 hombres y 67 mujeres; edad promedio 43.1 ± 9 años).

2.2 Coronarios "estables"

Pacientes derivados como "presuntos coronarios" en los cuales se confirmó la patología isquémica coronaria por una de estas dos integraciones: a) clínica + ergometría; b) clínica + cinecoronariografía patológica.

Se denominó estable este grupo por presentar sus enfermos algunas de estas tres variantes: 1) angina de pecho estable; 2) angina de pecho regresiva y 3) secuela de infarto agudo de miocardio, sin angor actual. El grupo (n: 91) se integró por 77 hombres y 22 mujeres; edad promedio 50.1 ± 8 años.

2.3 Coronarios "severos" o "inestables"

El diagnóstico de este grupo (n: 69) se realizó de igual manera como en el grupo 2.2. Se denominó inestable por presentar alguna de las siguientes variantes clínicas: 1) angina de pecho de reciente comienzo; 2) angina de pecho progresiva; 3) síndrome intermedio; 4) angina de pecho post infarto y 5) isquemia aguda persistente. Correspondieron a este grupo 57 hombres y 12 mujeres (edad promedio 49.0 ± 7 años).

2.4 Grupo Infarto Agudo de Miocardio

Pacientes internados en Unidad Coronaria por infarto en curso (n: 21; 20 hombres y 1 mujer; edad promedio 47.5 ± 7.5 años).

Métodos de estudio cardiológico

Todos los pacientes incluidos en el estudio eran evaluados desde el punto de vista cardiovascular con ergometría y/o cinecoronariografía, con la excepción de aquellos en los que dichos procedimientos estaban contraindicados.

a) Clínica

Los diagnósticos clínicos fueron definidos de acuerdo a Bertolasi y col. (12) siendo los indicados en las fichas de ingreso (Figura 1).

b) Ergometría

Se efectuó prueba de esfuerzo graduado en bicicleta ergométrica de frenado electromagnético, con cargas progresivas. Los pacientes fueron clasificados según el resultado de la prueba en normales y positivos (respuesta isquémica electrocardiográfica y/o angor), descartándose en el análisis los pacientes con pruebas insuficientes (FC alcanzada inferior al 85% del máximo teórico según tablas).

c) Cinecoronariografía

Se realizó de acuerdo al método selectivo de Sones, codificando los estudios según los criterios de la Figura 1.

Métodos de estudio psicométrico

Antes de realizar cualquiera de los métodos de diagnóstico cardiológico mencionados, los sujetos debían completar las siguientes escalas:

Escala de automedición de la depresión de Zung (13): Esta escala comprende 20 items, de los cuales 16 se expresan en forma positiva y 10 en forma negativa.

Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor (EDAM): Esta escala (14) comprende 10 preguntas de ansiedad, polarizadas en verdadero y falso, de lo cual resulta un puntaje máximo de 10 y un mínimo de 0, que evalúa los rasgos de ansiedad ("me siento generalmente ansioso"). Es decir, que estos rasgos ansiosos serían un trastorno básico de la personalidad, a diferencia del estado ansioso ("me siento, en este momento, ansioso").

PACIENTE: _____ EDAD: AÑOS (NO LLENAR)

INSTITUCIÓN: _____ SEXO: _____ HC: _____

SECCIÓN: _____ OCUPACIÓN: _____ FECHA: / /

DIAGNOSTICO CLINICO

1	NO ENFERMEDAD CORONARIA
2	INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (EN CURSO)
3	ANGINA DE PECHO CRONICA ESTABLE
4	ANGINA DE PECHO DE RECIENTE COMIENZO
5	ANGINA DE PECHO INESTABLE PROGRESIVA
6	ANGINA DE PECHO INESTABLE REGRESIVA
7	SINDROME INTERMEDIO
8	ANGINA DE PECHO POST-INFARTO AGUDO
9	ISQUEMIA AGUDA PERSISTENTE
10	ANTECEDENTE(S) INFARTO DE MIOCARDIO
11	SANOS
12	OTRAS PATOLOGIAS

(COLOCAR N° DE DIAGNOSTICO CORRESPONDIENTE)

FORMA DE INGRESO

<p>POR UNIDAD CORONARIA</p> <table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td><td>NO IAM</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td>1er. IAM</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td>2do. ó 3er. IAM</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4</td><td>SINDROME INTERMEDIO</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5</td><td>ARRITMIA(S) SIN IAM</td></tr> </table>	1	NO IAM	2	1er. IAM	3	2do. ó 3er. IAM	4	SINDROME INTERMEDIO	5	ARRITMIA(S) SIN IAM	<p>POR CINECORONARIOGRAFIA</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">A</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> <td>NORMAL</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>LESION MAYOR DEL 75% EN 1 VASO</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">3</td> <td>LESION MAYOR DEL 75% EN 2 VASOS</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">4</td> <td>LESION MAYOR DEL 75% EN 3 VASOS</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td>CON BUEN VENTRICULO</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>CON MAL VENTRICULO</td> <td></td> </tr> </table> <p>SI HUBO ERGOMETRIAS PREVIAS, CUANTAS? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA ULTIMA ERGOMETRIA</p> <p style="text-align: right;">DIAS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	A	1	NORMAL			2	LESION MAYOR DEL 75% EN 1 VASO			3	LESION MAYOR DEL 75% EN 2 VASOS			4	LESION MAYOR DEL 75% EN 3 VASOS	<input type="checkbox"/>	B	1	CON BUEN VENTRICULO			2	CON MAL VENTRICULO	
1	NO IAM																																		
2	1er. IAM																																		
3	2do. ó 3er. IAM																																		
4	SINDROME INTERMEDIO																																		
5	ARRITMIA(S) SIN IAM																																		
A	1	NORMAL																																	
	2	LESION MAYOR DEL 75% EN 1 VASO																																	
	3	LESION MAYOR DEL 75% EN 2 VASOS																																	
	4	LESION MAYOR DEL 75% EN 3 VASOS	<input type="checkbox"/>																																
B	1	CON BUEN VENTRICULO																																	
	2	CON MAL VENTRICULO																																	

<p>POR ERGOMETRIA</p> <table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td><td>NORMAL</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td>POSITIVA POR DOLOR</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td>POSITIVA POR ECG</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4</td><td>POSITIVA POR DOLOR Y ECG</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5</td><td>RESPUESTA TIPO PRINZMETAL</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">6</td><td>INSUFICIENTE</td></tr> </table>	1	NORMAL	2	POSITIVA POR DOLOR	3	POSITIVA POR ECG	4	POSITIVA POR DOLOR Y ECG	5	RESPUESTA TIPO PRINZMETAL	6	INSUFICIENTE	
1	NORMAL												
2	POSITIVA POR DOLOR												
3	POSITIVA POR ECG												
4	POSITIVA POR DOLOR Y ECG												
5	RESPUESTA TIPO PRINZMETAL												
6	INSUFICIENTE												

Figura 1 Ficha de ingreso al estudio

Inventario de Personalidad de Eysenck (PEN): El Inventario de Personalidad (11) comprende 78 preguntas que evalúan 3 dimensiones de personalidad; Psicoticismo (P) que es la disposición a que un paciente tenga una conducta de tipo psicótico ante situaciones de stress; Extroversión (E) que indica el grado de extro-introversión de un sujeto; Neuroticismo (N) que señala aspectos relacionados con la ansiedad y Labilidad (L) con la cual es posible detectar el grado de "mentira" efectuado por el sujeto en el test.

Estudio de Técnicas Proyectivas Gráficas

En un grupo de 210 pacientes se realizó entrevista personal y los test de Figura Humana y Arbol (16, 17, 18). Se presentan aquí sólo los resultados correspondientes a hombres de los grupos control (n: 53), y coronarios estables (n: 30) e inestables (n: 9). Ambos tests consisten suscintamente en solicitar al paciente dibuje libremente una figura humana y un árbol. Para el test de Figura Humana se analizan entre otros items los que se relacionan con el área social (tamaño de la cabeza, ojos, cuello y tipo de manos dibujadas), área afectiva (ojos, manos, cuello y, sobre todo, tipo de brazos dibujados) y área sexual (que comprende los descriptos para las otras áreas y además nariz y mentón dibujados). Para el test del Arbol se analizan por su significado psicológico, entre otros items, el tipo de raíces (temor a la despersonalización), la relación copa/tronco (escasa plasticidad para adecuarse a diferentes estados de ánimo), etc. La interpretación de los tests proyectivos fué realizada por los integrantes del grupo psicológico sin conocer a qué sujeto pertenecían.

Evaluación

El procesamiento de los datos se realizó con una computadora IBM sistema/3 MOD. 15, descomponiendo las fórmulas matemáticas en varios pasos. El sistema se almacenó en tarjetas perforadas conteniendo aproximadamente 100.000 datos; utilizándose el test de χ^2 para valorar estadísticamente las diferencias.

Para el agrupamiento de las frecuencias se utilizaron los siguientes puntajes:

Escala de automedición de la depresión de Zung: 20 a 40 puntos normal; 41 a 50,

depresión leve a moderada; 51 a 60, depresión moderada a severa; y de 61 a 80, depresión severa.

Escala de ansiedad manifiesta de Taylor: 0-15 normal, 16-25 ansiedad leve; 26-35 ansiedad moderada; 36-50 ansiedad severa.

Inventario de Personalidad de Eysenck: Factor psicoticismo 0 a 2 normal; 3 a 4 psicoticismo leve; más de 5 psicoticismo severo.

Extroversión: 0 a 7 normal; 8 a 16 extroversión levemente aumentada; más de 17, extroversión franca.

Neuroticismo: 0 a 10, normal; 11 a 15, leve; mayor de 16, neuroticismo severo.

Labilidad: 0 a 4, normal; 5 a 8, ligeramente lábil; 9 a 12, moderadamente lábil; mayor de 13, francamente lábil.

RESULTADOS

Para esta comunicación preliminar se analizan los resultados obtenidos en sujetos del sexo masculino de los grupos siguientes: (Valores promedio en tabla 1).

- 1.1 Grupo sano o control, en aparente estado de salud.
- 2.2 Grupo coronario estable.
- 2.3 Grupo coronario inestable.

El análisis de los demás grupos y del correspondiente al sexo femenino queda, por su extensión, para una futura comunicación.

La Figura 2 muestra el número porcentual de pacientes con puntajes elevados en las escalas de Zung, Taylor y Eysenck, en los 3 grupos estudiados

Escala de Automedición de Zung

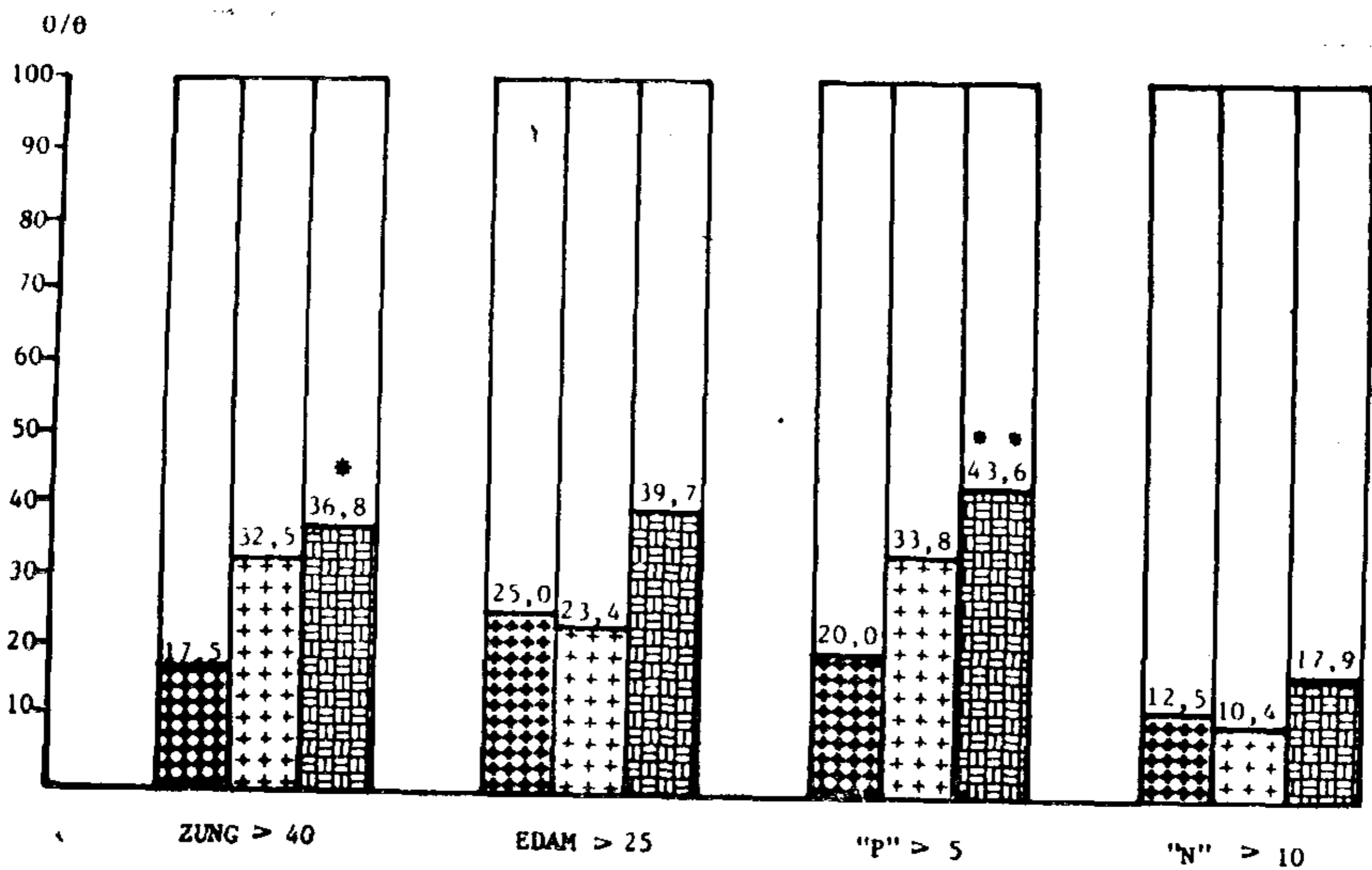
La mayor frecuencia de enfermos con puntajes superiores a 40 puntos (depresión leve a severa) se observó en el grupo de coronarios inestables (36,8%), en contraste con un 32,5% de los coronarios estables y de sólo 17,5% del grupo control (sanos). La frecuencia de depresión leve a severa en el grupo inestable difirió significativamente de la observada en el grupo control ($p < 0,02$).

Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor (EDAM)

Para esta escala la mayor frecuencia de enfermos con puntajes superiores a los 25

TABLA I : Puntajes promedios de las escalas de automedición en el grupo control (n: 62)

Escala		H O M B R E S (n: 40)		M U J E R E S (n: 22)	
		- 45 años	+ 45 años	- 45 años	+ 45 años
ZUNG		33.2	35.1	40.9	43.3
EDAM		19.4	19.6	25.2	25.1
PEN	P	2.6	3.6	3.7	3.5
	E	13.0	11.9	8.1	10.6
	N	5.3	5.3	7.5	8.1
	L	8.9	9.1	7.6	9.5



GRUPO CONTROL (1.1)
 CORONARIOS ESTABLES (2.2)
 CORONARIOS INESTABLES (2.3)

Figura 2 Porcentaje de pacientes con puntajes patológicos en las escalas de depresión (Zung), de ansiedad (EDAM) y personalidad (psicoticismo — "P" — y neuroticismo — "N" —) en los 3 grupos.

* P < 0.02: control vs. inestables

** P < 0.05: control vs. inestables

puntos (ansiedad leve a severa) se observó también en el grupo de coronarios inestables (39.7%). La frecuencia para los otros dos grupos, coronarios estables y controles, fue de 23.4% y 25%, respectivamente; diferencias todas sin significación estadística. Los coronarios inestables de menos de 45 años de edad presentaron puntajes elevados en mayor proporción de sujetos (53.8%) en relación a los controles de igual edad (20%) ($p < 0.04$) y a los coronarios estables (23.5%) ($p < 0.05$).

Inventario de Personalidad de Eysenck (PEN)

Psicoticismo (P): El grupo que presentó mayor incidencia de valores superiores a 5 puntos (psicoticismo severo) fue el de coronarios inestables (43.6% de los enfermos) no estableciendo diferencia en dicha frecuencia la edad mayor o menor de 45 años. Los índices mayores de cinco puntos para el grupo control se observaron en el 20% de los sujetos. La diferencia entre controles e inestables fue estadísticamente significativa ($p < 0.05$).

TABLA 2: TEST PROYECTIVO DE LA FIGURA HUMANA EN CONTROLES SANOS Y CORONARIOS ESTABLES E INESTABLES. FRECUENCIAS DE ITEMS CON SIGNIFICACION PATOLOGICA EN LAS AREAS SOCIAL, AFECTIVA Y SEXUAL.

	CONTROLES (n:53)			ESTABLES (n:30)		INESTABLES (n: 9)	
	Items	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
ITEMS DEL AREA SOCIAL (a, b, c, d)	A	15	28	** 22	73	** 7	78
	B	11	21	* 12	40	* 5	56
	C	30	57	* 24	80	7	78
	D	9	17	9	30	3	33
X ± DS		20.7 ± 18.0		** 55.7 ± 24.4		** 61.2 ± 21.5	
ITEMS DEL AREA AFECTIVA (b, c, d, e)	B	11	21	* 12	40	* 5	56
	C	30	57	* 24	80	7	78
	D	9	17	9	30	3	33
	E	15	28	** 19	63	* 6	67
X ± DS		31.0 ± 17.9		** 53.2 ± 22.5		** 58.5 ± 19.2	
ITEMS DEL AREA SEXUAL (a, b, c, d, e, f)	A	15	28	** 22	73	** 7	78
	B	11	21	12	40	5	56
	C	30	57	24	80	7	78
	D	9	17	9	30	3	33
	E	15	28	** 19	63	6	67
	F	24	45	18	60	5	56
X ± DS		32.6 ± 15.2		57.6 ± 19.2		61.3 ± 17.0	

Items: a) cabeza grande; b) ojos cerrados; c) cuello destacado; d) manos "en lanza"); e) brazos frágiles y consumidos, f) nariz larga.

* Vs. Control $p < 0.05$

** Vs. Control $p < 0.01$

Extroversión (E): No hubo diferencias entre el grupo control y el de coronarios inestables en el grado de extroversión. El grupo correspondiente a estables presentó un menor grado de extroversión (2.6% de los enfermos) que el grupo inestable (5.1%).

Neuroticismo (N): La mayor incidencia de enfermos con puntajes superiores a los 10 puntos (neuroticismo leve a severo) corres-

pondió al grupo de inestables (17.9% de los enfermos). El grupo control presentó puntajes levemente más elevados que el correspondiente al grupo de coronarios estables (12.5% y 10.4% respectivamente).

Labilidad: El grupo control, sanos, presentó puntajes más elevados que los otros dos grupos, con un índice de "mentira" superior a 13 puntos en el 15% de ellos.

TABLA 3: TEST PROYECTIVO DEL ARBOL EN CONTROLES SANOS Y CORONARIOS ESTABLES E INESTABLES. FRECUENCIAS DE ITEMS CON SIGNIFICACION PATOLOGICA.

I T E M S	CONTROLES n: 53		CORONARIOS ESTABLES n: 20		CORONARIOS INESTABLES n: 9	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
A	12	23	11	37	3	33
B	13	25	11	37	2	22
C	27	51	21	70	5	55
D	25	47	16	53	4	44
E	10	19	4	13	4	44
F	20	38	11	37	4	44
G	15	28	19	30	1	11
H	18	34	10	33	4	44
I	19	36	14	47	1	11
J	17	32	** 20	67	* 6	67
X ± DS	33.3 ± 10.2		42.4 ± 17.3		37.5 ± 18.2	

NOTA: Items a) Raíz "en raya"; b) raíz a través de la tierra; c) tronco recto; d) tronco reforzado; e) corteza rayada; f) ramas "en raya"; g) copa que cuelga; h) copa achatada; i) desproporción copa-tronco; j) tronco desviado a derecha.

* p < 0.05

** p < 0.01

Técnicas proyectivas

a) Dibujo de la Figura Humana

Se analizaron 92 dibujos de la figura humana efectuados por igual número de pacientes, correspondiendo 53 figuras al grupo control, 30 al grupo estable y 9 al grupo inestable.

Los items de las áreas social, afectiva y sexual con mayor significación patológica se observaron con una frecuencia diferente en los controles y en los enfermos coronarios. Esta frecuencia de items patológicos osciló entre el 30 y 32% para el grupo control y entre el 53 y 61% para el grupo coronario. Estas diferencias son estadísticamente significativas para las 3 áreas analizadas (Tabla 2).

b) Dibujo del Arbol

El análisis de las frecuencias de items con significación patológica no revela claras diferencias entre los grupos. El grupo coronario estable presenta, sin embargo, una incidencia mayor de items patológicos, sin significación estadística (Grupo control 33%, estable 42% e inestable 37%; Tabla 3). El ítem que sugiere "falta de confianza en sí mismo e inseguridad" muestra diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control y coronarios (Tabla 3).

DISCUSION

Los criterios diagnósticos de enfermedad coronaria utilizados en los estudios que intentan correlacionar perfil psicológico y cardiopatía isquémica son, a la luz de los métodos de diagnóstico disponibles en la actualidad, en muchos casos insuficientes. Así Segers y col. (19) y Floderus y col. (9), utilizando el cuestionario de diagnóstico de la angina de pecho de la Escuela de Higiene de Londres, informan una asociación positiva entre "enfermedad nerviosa" y mortalidad por "coronariopatía". Un alto porcentaje de los pacientes con "enfermedad nerviosa" y coronariopatía diagnosticada por dicho cuestionario no tenían en el examen cardiológico evidencias claras de angina de pecho. En nuestro estudio solamente se aceptó el diagnóstico de coronariopatía cuando el examen clínico y los estudios ergométricos o coronariográficos confirmaron la presunción diagnóstica. Además, se procedió a clasificar los pacientes coronarios en las distintas categorías diagnósticas aceptadas actualmente, por entender que están constituidas por pacientes con muy distinta expectativa de vida y evolutividad (12).

Para el análisis de los datos, los coronarios confirmados (por ergometría y coronariografía) fueron agrupados en pacientes de riesgo reducido (coronarios estables) y de riesgo elevado (coronarios inestables). El grupo control estuvo constituido por sujetos sanos desde el punto de vista somático, sin tomarse en cuenta "a priori" su salud mental.

Los resultados de las escalas de automejoría para depresión y ansiedad, muestran una mayor incidencia de puntajes elevados en el grupo coronario inestable, en concordancia con lo observado por otros autores utilizando escalas similares (20, 21). Los pacientes coronarios inestables con índices aumentados de depresión fueron los mayores de 45 años, en tanto que la presencia de ansiedad patológica fue más evidente en los menores de 45 años del mismo grupo.

La dimensión Psicoticismo (P) del Inventario de Personalidad de Eysenck presenta una mayor incidencia de puntajes patológicos en los coronarios estables (33.8%) e inestables (43.6%) en comparación con el grupo control (20%). El hallazgo de un índice P superior a 5 en una población general sugiere la predisposición a conductas psicóticas frente a situaciones de stress desusado. La posibilidad de que dicha característica de personalidad ($P > 5$) haya estado presente antes del desarrollo del cuadro cardiológico (21) o sea la consecuencia del mismo (8), es un punto a esclarecer.

Las técnicas proyectivas pudieron diferenciar en la población estudiada el grupo control del coronario. La separación por estas técnicas, de los grupos estable e inestable se vio dificultada por el reducido número de pacientes inestables estudiados. Sin embargo, se pudo apreciar que este último grupo aparenta tener un mayor grado de deterioro (temor a su despersonalización e inestabilidad emocional marcada), en relación al grupo estable, fundamentalmente apreciable en el dibujo de la Figura Humana (Tabla 2).

Existió una clara concordancia en los resultados obtenidos con ambas técnicas. Las escalas de automejoría y las técnicas proyectivas separan claramente el grupo control del coronario en cuanto a: índices aumentados de depresión, ansiedad, psicoticismo, despersonalización, inestabilidad emocional, etc., en este último, siendo el deterioro más evidente en el grupo inestable.

Las técnicas proyectivas señalan con mayor precisión las diferencias entre controles y estables (Tabla 2), en tanto que las escalas de automedición son más concluyentes en la separación entre controles e inestables (Figura 2), y menos definitorias entre controles y estables.

El dibujo de la Figura Humana demostró en los coronarios rasgos de personalidad marcadamente introvertidos.

Aunque el diseño no prospectivo de nuestro estudio no permite determinar que el perfil psicológico descrito sea previo al desarrollo del cuadro cardiológico, referencias de la literatura parecen indicar mayor alteración mental previa en los sujetos que luego desarrollan enfermedad coronaria (11). El cardiólogo que asiste a pacientes coronarios debiera tener en cuenta la frecuencia con que se observa en ellos una alteración profunda de la personalidad, y la ayuda que el tipo de técnicas como las referidas puede aportar, en vista de su simplicidad e interpretación perfectamente reglada (22), aún considerando las dificultades de índole terapéutica que tales hallazgos implican.

Dichos inconvenientes son algo similares a los observados al intentar corregir los factores de riesgo clásicos (dieta, tabaco, hipertensión arterial, etc.) en una población, por los elementos socioculturales involucrados. Los pacientes coronarios con "patterns" notablemente manifiestos de anormalidad psicológica, como los aquí descritos, debieran ser individualizados a fin de lograr un tratamiento integral que incluya el enfoque psicoterapéutico.

SUMMARY

SELF RATING PSYCHOLOGICAL SCALES AND PROJECTIVE TECHNIQUES IN THE EVALUATION OF PERSONALITY TRAITS IN CORONARY PATIENTS.

Self-rating psychological scales of depression (Zung), anxiety (Taylor) and personality (Eysenck) were completed by 40 subjects without present somatic disease (1.1 Control "healthy group"), 77 patients with stable coronary heart disease (CHD) (2.2 "stable" group) and 57 patients with unstable CHD (2.3 "unstable" group) all of them males.

Projective techniques ("human silhouette" and "tree" drawings) were administered to 53, 30 and 9 male subjects of each group, respectively.

Self-rating scales showed higher incidences of pathological scores of depression (1.1: 17.5%; 2.2: 32.5% and 2.3: 36.8%) and of anxiety (1.1: 25%; 2.2: 23.4% and 2.3: 39.7%) in the coronary groups. These differences were statistically significant (chi-square test) for the depression scale (coronary vs. control) and for the anxiety scale ("unstable" group, 45 years vs. control).

Psychoticism scores higher than 5 points, suggesting predisposition to psychotic behaviour in the presence of unusual stress, were found in 20% (control), 33.8% ("stable") and 43.6% (unstable; $P < 0.05$) of the subjects.

Projective techniques showed in the CHD patients desorganization of personality, emotional instability, lack of self-esteem and insecurity, being these characteristics more evident in the unstable group. Both techniques of relatively simple administration and objective evaluation, separated concordantly the control group from the CHD one.

It is suggested that CHD patients with pronounced psychological abnormalities, should be identified to achieve a more integral medical approach.

BIBLIOGRAFIA

1. Keys, A.; Aravanis, C.; Blackburn, H. et al. Probability of middle-aged men developing coronary heart disease in five years. *Circulation* 45: 815, 1972.
2. Gordon, T.; Garcia Palmieri, M. R.; Kagan, T. et al. Differences in coronary heart disease in Framingham, Honolulu and Puerto Rico. *J. Chronic Dis.* 27: 329, 1974.
3. Jenkins, D. C. Recent evidence supporting psychologic and social risk factors for coronary disease. *New Eng. J. Med.* 294: 987, 1976.
4. Rosenman, R. H.; Brand, R. J.; Jenkins, C. D. et al. Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study: final follow up experience of 8½ years. *JAMA* 233: 872, 1975.
5. Holmes, T. H.; Rahe, R. H. The social readjustment rating scale. *J. Psychosom. Res.* 11: 213, 1967.
6. Syme, S. L.; Oakes, T. W.; Friedman, G. D. Social class and racial differences in blood pressure. *Am. J. Public Health.* 64: 619, 1974.
7. Comstock, G. W.; Partridge, K. B. Church attendance and health. *J. Chronic Dis.* 25: 665, 1972.
8. Thiel, H. G.; Parker, D.; Cruce, T. A. Stress factors and the risk of myocardial infarction. *J. Psychosom. Res.* 17: 43, 1973.
9. Floderus, B. Psychosocial factors in relation to coronary heart disease and associated risk factors. *Nord. Hyg. Tidskr. Suppl.* 6, 1974 (citado en 3).
10. Wardwell W. I.; Bahson, C. B. Behavioral variables and myocardial infarction in the Southeastern Connecticut Heart Study. *J. Chronic Dis.* 26: 447, 1973.
11. Friedman, G. D.; Ury, H. K.; Klatsky, A. L. et al. A psychological questionnaire predictive of myocardial infarction: results from the Kaiser-Perma-

- nente Epidemiologic Study of Myocardial Infarction
Psychosom. Med. 36: 327, 1974.
12. Battle, F. F.; Bertolasi, C. A. *Cardiopatía isquémica*. Ed Intermédica. Bs. As. 1974.
 13. Zung, W. W. K. Depression in the normal aged. *Psychosom.* 3: 287, 1967.
 14. Taylor, J. A. A personality scale of manifest anxiety. *J. Abnormal Soc. Psych.* 18: 285, 1953.
 15. Eysenck, S. B. G.; Eysenck, H. J. Scores of three personality variables as a function of age, sex and social class. *Brit. J. Soc. Clin. Psychology* of 69, 1969.
 16. Machower, K. *Test de la Figura Humana*. Ed Paidós. Buenos Aires, 1970.
 17. Koch, K. *Test del Arbol*. Ed. Kapeluz. Buenos Aires, 1970.
 18. Bleger, J. *Entrevista psicológica*. Eudeba. Buenos Aires, 1970.
 19. Segers, M. J.; Graulich, P.; Mertens, C. Relations psychobiocliniques dans un group de coronariens: étude préliminaire. *J. Psychosom. Res.* 18: 307, 1974.
 20. Ruskin, H. D.; Stein, L. L.; Shelsky, I. M. MMPI comparison between patients with coronary disease and their spouses together with other demographic data. *Scand. J. Rehabil. Med.* 2: 99, 1970.
 21. Medalie, J. H.; Snyder, M.; Groen, J. J. Angina pectoris among 10.000 men : 5 years incidence and univariate analysis. *Am. J. Med.* 55: 583, 1973.
 22. Moizeszowicz, J. Actualización en la evaluación clínica de psicofármacos. *Acta Psiquist. Psicol. Amer. Lat.* 21: 41, 1975.
-

AGRADECIMIENTOS:

Los autores agradecen la asistencia técnica brindada a Alicia P. de Ventura, Eugenia Aptecar y Cristina M. de Staszczak y al Departamento de Procesamiento de Datos de Hoechst S. A.
