



RELACIÓN DE LA PERSONALIDAD TIPO D Y EL AGOTAMIENTO VITAL CON LAS EMOCIONES NEGATIVAS Y EL AJUSTE PSICOLÓGICO A LA ENFERMEDAD CARDIACA

PILAR MONTERO, BEATRIZ RUEDA Y JOSÉ BERMÚDEZ

Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, España

Resumen: En este estudio se investigaron dos factores de riesgo emergentes en el campo de la enfermedad cardiaca: la personalidad tipo D y el agotamiento vital (AV). Se analizaron las diferencias de sexo con respecto al tipo D y el AV, las emociones negativas (ira-dentro, ira-fuera, ansiedad y depresión) y el ajuste psicológico (competencia percibida, autoestima, satisfacción y apoyo social); y se determinó la capacidad predictiva del tipo D y el AV en relación con todos estos criterios. La muestra se compuso de 164 pacientes cardiacos (40,24% mujeres; 59,76% hombres; edad media = 56,30 años; $DT = 12,88$). Los resultados mostraron que las mujeres puntuaban significativamente más alto en tipo D, AV, ansiedad y depresión, y presentaban una autoestima más baja. El tipo D y el AV se asociaron con más ansiedad y peor ajuste psicológico. El tipo D predijo también más ira-dentro, y el AV fue predictor de un apoyo social más bajo y de mayor depresión.

Palabras clave: Personalidad tipo D; agotamiento vital; depresión; ajuste psicológico; emociones; factores psicosociales.

Relationship of type D personality and vital exhaustion with negative emotions and psychological adjustment to heart disease

Abstract : This study investigated two emerging risk factors in heart disease: type D personality and vital exhaustion (VE). Gender differences in type D personality and VE, negative emotions (anger-in, anger-out, anxiety and depression) and psychological adjustment (perceived competence, self-esteem, satisfaction and social support) were analyzed; and the predictive value of type D personality and VE was determined with respect to all these outcomes. The sample was composed of 164 cardiac patients (40,24% women; 59,76% men; Mean age = 56,30, $SD = 12,88$). Results showed that women scored significantly higher in type D personality, VE, anxiety and depression, and presented lower self-esteem. Type D personality and VE were both associated with greater anxiety and poorer psychological adjustment. Type D personality also predicted more anger-in, and VE was predictive of lower social support and more severe depression.

Keywords: Type D personality; vital exhaustion; depression; psychological adjustment; emotions; psychosocial factors.

INTRODUCCIÓN

En el ámbito de la enfermedad cardiovascular cada vez es mayor la evidencia que apunta

a que los factores psicosociales tienen un peso importante en el aumento del riesgo de desarrollar dicha patología, incluso después de haber controlado los factores de riesgo estándar. Dicha evidencia proviene tanto de estudios realizados con animales, como de estudios epide-

Recibido: 21 febrero 2012; aceptado: 20 marzo 2012.

Correspondencia: José Bermúdez, Facultad de Psicología, Juan del Rosal 10, 28040 Madrid, España.
Correo-e: jbermudez@psi.uned.es

Agradecimientos: Queremos agradecer la colaboración prestada para la obtención de la muestra a las siguientes

instituciones sanitarias de Madrid: Centro Médico Somosaguas, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, y Ambulatorio de Pontones. Igualmente a todos los pacientes que han colaborado en la investigación.

miológicos e investigaciones clínicas llevadas a cabo con pacientes (Krantz y McCeney, 2002). Entre los factores psicosociales, dos variables que están recibiendo una atención importante son la personalidad tipo D y el agotamiento vital (Appels, 1989; Denollet et al., 1996; Kop, Appels, Mendes de Leon, de Swart y Bär, 1994; Pedersen y Middel, 2001). Diversos estudios han mostrado que estos dos constructos están vinculados con un mayor riesgo de sufrir cardiopatía isquémica, repetición de infartos, diferentes problemas cardiacos, y un peor ajuste a la enfermedad (Appels, 2004; Denollet y Brutsaert, 1998; Pedersen, Middel y Larsen, 2002).

La *personalidad tipo D (distressed)*, concepto introducido por Denollet, Sys y Brutsaert (1995), se ha definido como la tendencia a experimentar simultáneamente intensas emociones negativas (*afectividad negativa*) y a inhibir su expresión durante la interacción social (*inhibición social*) (de Fruyt y Denollet, 2002; Pedersen y Denollet, 2006). En particular, la *afectividad negativa (AN)* se refiere a la tendencia estable de un individuo a experimentar emociones negativas, de forma más prolongada y en mayor número de situaciones. Las personas altas en AN manifiestan más sentimientos de disforia, tensión, preocupación, e irritabilidad (Emons, Meijer y Denollet, 2007; Watson y Clark, 1984). Además tienen una visión negativa de sí mismas, refieren mayor número de quejas somáticas, y presentan un sesgo atencional que les predispone hacia los estímulos negativos (Denollet, 2000; Watson y Pennebaker, 1989). La *inhibición social (IS)*, por su parte, se define como la predisposición a inhibir la expresión de las emociones negativas en situaciones de interacción social. Las personas con alta IS tienden a evitar peligros potenciales derivados de la interacción social, dado que anticipan reacciones negativas por parte de los demás (p.ej., desaprobación). Estas personas se pueden sentir inhibidas, tensas e inseguras en compañía de otros, y por eso prefieren mantenerse alejadas de los demás en situaciones de contacto social (Denollet, Gidron, Vrints y Conraads, 2010; Emons et al., 2007). La prevalencia del tipo D oscila entre el 13 y el 25% en población general y entre el 26 y el 53% en pacientes

cardiacos (Denollet, 2005; Pedersen y Denollet, 2004).

De otro lado, el *agotamiento vital (AV)* representa un estado mental desagradable, que a menudo precede al desencadenamiento del infarto de miocardio y la muerte súbita, y que incrementa, de dos a tres veces, el riesgo de nuevos eventos coronarios en pacientes con enfermedades previas en las arterias coronarias (Kop, Appels, Mendes de Leon, de Swart y Bär, 1994). Los síntomas propios del AV suelen aparecer, aproximadamente, entre uno y seis meses antes del infarto en el 50% de los pacientes que lo han sufrido, incrementándose este porcentaje hasta el 80% de los pacientes, cuando el intervalo de aparición de los síntomas de AV se amplía a los diez meses anteriores a la ocurrencia del infarto (Bagés, Appels y Falger, 1999). El AV se caracteriza por la presencia de tres componentes: (a) sensaciones de excesiva fatiga mental y falta de energía, (b) incremento de la irritabilidad y (c) sentimientos de desmoralización (Appels, Kop y Schouten, 2000; Kop et al., 1994; Smith, Gidron, Kupper, Winter y Denollet, 2009).

Con respecto a la posible relación entre la *personalidad tipo D* y el AV, existen pocos estudios que hayan contemplado este tema. Sí se ha encontrado, en cambio, que ambos constructos se relacionan, de forma independiente, con una mayor morbilidad y mortalidad en relación con la patología cardiovascular. Asimismo los trabajos de Pedersen et al. (Pedersen y Middle, 2001; Pedersen et al., 2007) han puesto de manifiesto que los pacientes tipo-D, en comparación con los no tipo D, tienen un mayor riesgo de estar agotados vitalmente (Pedersen et al., 2007).

En términos generales se puede decir que la enfermedad cardiaca, al tratarse de un problema crónico de salud, es un acontecimiento estresante que se prolonga en el tiempo, lo que representa un gran desafío adaptativo, a nivel cognitivo, emocional y social. La ansiedad y la depresión representan dos aspectos emocionales que se han asociado con la personalidad tipo D, además de con un mayor riesgo de mortalidad y comorbilidad en la enfermedad cardiaca (Kubzansky y Kawachi, 2000; Rozanski, Blumenthal y Kaplan, 1999). La presencia conjunta de la personalidad tipo D y la ansiedad tien-

de a aumentar el riesgo de obtener resultados adversos en relación con la salud (Denollet et al., 1996; Pedersen y Denollet, 2004; Van den Broek, Martens, Nyklíček, Van der Voort y Pedersen, 2007).

En cuanto al AV, su conexión con la depresión ha resultado ser un aspecto relevante, a la par que controvertido. La evidencia empírica (Kudielka, von Känel, Gander y Fisher, 2004; Sandín, 2002; Suls y Bunde, 2005) apunta a que ambos constructos, si bien tienden a compartir aspectos comunes, resultan diferentes. Otros investigadores, por el contrario, han señalado que ambos constructos podrían estar refiriéndose a lo mismo, llegando a ser el AV un subtipo *somatizado* de depresión (Wojciechowski, Strik, Falger, Lousberg y Honig, 2000).

Otra emoción que también se ha relacionado con la personalidad tipo D, en particular con la subdimensión de inhibición social, y con el AV (Bagés, Falger, Pérez y Appels, 2000) es la ira. Los individuos tipo D suelen manejar de forma inadecuada la ira, dada su propensión a inhibir la expresión de esta emoción, así como la de otras emociones negativas, con el objeto de evitar la confrontación en los conflictos interpersonales (Denollet, Gidron, Vrints y Conraads, 2010).

El apoyo social representa otro factor psicosocial de gran importancia en el ajuste a la enfermedad cardíaca. Las personas que refieren altos niveles de apoyo tienen una integración social adecuada, presentan una mayor capacidad para afrontar los problemas diarios, y cuentan con más ayuda a la hora de llevar un estilo de vida saludable (André-Petersson, Hedblad, Janzon y Östergren, 2006). En este sentido se ha constatado que el retraimiento social, propio de las personas tipo D (Denollet, Gidron, Vrints y Conraads, 2010), les impide disfrutar de los beneficios referidos, dada la inseguridad que sienten ante la presencia de otras personas, la falta de asertividad, y el temor a recibir una evaluación negativa por parte de los demás. La falta de apoyo social se ha relacionado también con una autoestima más baja y con un aumento del malestar psicológico (Pedersen, Middel y Larsen, 2002). Diversos estudios han puesto de relieve que pacientes coronarios que contaban con un bajo nivel de apoyo social percibido

puntuaban más alto en depresión y presentaban una menor satisfacción con la vida (Pérez-García, Ruiz, Sanjuán y Rueda, 2011). Asimismo las personas agotadas vitalmente, además de tener un apoyo social más bajo, presentan un autoconcepto más negativo, caracterizado por baja autoestima y sentimientos de culpabilidad (Appels, Siegrist y Vost, 1997; Bagés, Appels y Falger, 1999; Sebregets, Falger, Appels, Kester, y Bär, 2005).

Por último, es preciso señalar que el sexo parece ser una variable relevante dentro del ámbito de la enfermedad cardíaca. Diversos estudios han evidenciado que el malestar emocional en mujeres hospitalizadas con patología cardiovascular es superior al informado por los hombres (Gottlieb, 2004; Ong et al., 2006), al igual que también es más baja la calidad de vida de la que informan (Groenveld, et al., 2011; Koertge, Ahnve, Schenck-Gustafsson, Orth-Gomér y Wamala, 2003; Norekvål et al., 2007). La presencia de estados emocionales negativos se ha relacionado con un peor pronóstico en las mujeres con enfermedad cardiovascular, con independencia del grado de severidad que tuviera el trastorno que presentaban (Koertge et al., 2007; Kopp, Falger, Appels y Szedmak, 1998; Pedersen y Middle, 2001).

Por otra parte, pese a que los datos disponibles son aún escasos, parece haber una mayor prevalencia del tipo D en las mujeres que en los hombres (Denollet, 2005; Pedersen y Middel, 2001). Con respecto al AV sí se han apreciado, de forma más consistente, diferencias de sexo, constatándose que las mujeres tienden a presentar mayores niveles de agotamiento que los hombres (Bagés et al., 2000; Pedersen y Middel, 2001; Prescott et al., 2003; Williams et al., 2010).

Teniendo en cuenta el marco teórico presentado y los estudios revisados, los objetivos de la presente investigación fueron los siguientes: (1) Analizar, en una muestra de pacientes con enfermedad cardíaca, si había diferencias de sexo con respecto a la personalidad tipo D y el agotamiento vital, las emociones negativas (ira-dentro, ira-fuera, ansiedad y depresión) y el ajuste psicológico (competencia percibida, autoestima, satisfacción y apoyo social); y (2) Estudiar la relación y la capacidad predictiva de la persona-

alidad tipo D y el AV con respecto a las emociones negativas y el ajuste psicológico en dichos pacientes. Como hipótesis planteamos: (a) que las mujeres obtendrían mayores puntuaciones en personalidad tipo D y en AV, y que presentarían un mayor nivel de emociones negativas y un peor ajuste psicológico que los hombres; y (b) que tanto la personalidad tipo D como el agotamiento vital predecirían un estado emocional más negativo y un peor ajuste psicológico ante la presencia de la enfermedad cardíaca.

MÉTODO

Participantes

La muestra utilizada en este estudio estuvo formada por 164 pacientes con patología cardíaca, procedentes de tres centros sanitarios: el Centro Médico Somosaguas, la Fundación Jiménez Díaz y el Ambulatorio de Pontones (Centro de Salud adscrito a esta fundación). De ellos un 59,76% ($n = 98$) eran hombres y un 40,24% ($n = 66$) mujeres, con un rango de edad entre 22 y 84 años, y una edad media de 56,30 años ($DT = 12,88$). En cuanto al estado civil, un 18,3% de los participantes estaban solteros; un 71,3% estaban casados o viviendo en pareja; un 5,5% estaban separados o divorciados; y un 4,9% eran viudos. Respecto al nivel de estudios, un 26,2% de la muestra carecía de estudios o tenía sólo estudios primarios; un 14% había finalizado la secundaria; un 20,7% tenía el bachillerato o formación profesional; un 21,3% tenía estudios universitarios de grado medio; y un 17,6% estudios universitarios superiores. Atendiendo a la situación laboral encontramos que un 50% de las personas estaban activas laboralmente; un 32,9% eran pensionistas; un 11% amas de casa; y un 1,8% eran estudiantes.

Procedimiento

Después de obtener la autorización previa de los responsables de cada área y de los médicos especialistas, el protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de la Fundación Jiménez Díaz y por el Director del Cen-

tro Médico Somosaguas. Los pacientes considerados en nuestra investigación acudían a consulta para revisión y tratamiento de diversas patologías cardíacas: cardiopatía isquémica (angina de pecho o infarto de miocardio), miocardiopatía, valvulopatía, arritmia e hipertensión arterial. Antes de entregarles los cuestionarios (protocolo de evaluación), los pacientes fueron informados, tanto por escrito como verbalmente, de los propósitos y características del estudio, de las condiciones de participación totalmente voluntaria, de la confidencialidad de los datos, y de su uso exclusivo para fines de investigación. Los participantes que formaron parte en la investigación también leyeron y firmaron previamente un formulario de consentimiento informado. A continuación se les entregó el protocolo de evaluación, el cual fue cumplimentado en una única sesión en la que se les dieron las oportunas indicaciones, y se solventaron las posibles dudas. Los criterios de inclusión en la investigación fueron los siguientes: edad superior a 18 años, presentar alguna patología cardíaca diagnosticada, situación clínica estabilizada, capacidad intelectual suficiente para cumplimentar el cuestionario, ausencia de deterioro cognitivo y enfermedad mental grave, y haber firmado la hoja de consentimiento para participar en el estudio.

Instrumentos de evaluación

Además de incluir los instrumentos de evaluación que se indican a continuación, el protocolo de evaluación solicitaba información a los participantes que debían indicar si tenían al menos una de las siguientes patologías: cardiopatía isquémica (angina de pecho o infarto de miocardio), miocardiopatía, valvulopatía, arritmia, enfermedad del pericardio o hipertensión arterial.

Escala de personalidad tipo D-DS14 (DS14; Denollet, 2005; versión experimental en castellano de Montero, Rueda y Bermúdez, 2010a). Esta escala fue diseñada por Denollet (2005) para evaluar la afectividad negativa (AN), la inhibición social (IS) y la personalidad tipo D (AN+IS). El DS-14 consta de 14 ítems, siete de los cuales evalúan la AN y los otros 7 la IS. Los ítems son

respondidos utilizando una escala tipo Likert, en la que el rango de respuesta es el siguiente: 0 = falso; 1 = algo falso; 2 = neutral; 3 = algo verdadero; 4 = verdadero. Los ítems n.º 1 y 3 se puntúan de forma invertida. En cada escala se usa un punto de corte de 10 para clasificar a los sujetos como tipo D. Las propiedades psicométricas del DS14 han demostrado ser adecuadas (Denollet, 2005; Kupper y Denollet, 2007), mostrando una consistencia interna alta (alfa de Cronbach de 0,88 para AN y 0,86 para IS).

Cuestionario Maastricht: Forma B (MQ; Appels, 1989; versión experimental en castellano de Montero, Rueda y Bermúdez, 2010b). Este cuestionario, compuesto de 21 ítems, evalúa el *agotamiento vital*. La puntuación en la escala se obtiene sumando todas las respuestas dadas a los ítems según tres posibles alternativas (sí = 2, no sé = 1 y no = 0), excepto para los ítems 9 y 14, en que la puntuación es inversa (sí = 0, no sé = 1 y no = 2). La puntuación mínima que se puede obtener es 0 y la máxima 42, de forma que cuanto mayor es la puntuación, mayor es la severidad del AV. El punto de corte para considerar agotamiento vital es igual o superior a 14 (Conduit, Appels y Lewis, 1998; Pedersen et al., 2007). La consistencia interna de la escala referida en diversos estudios ha sido muy alta, situándose entre 0.89 y 0.91 (Bagés et al., 2000; Schuitemaker, Dinant, Van der Pol y Appels, 2004).

Escala de Expresión de la Ira (AX; Spielberger, Jacobs, Rusell y Crane, 1983). Esta escala forma parte del Inventario de expresión de ira estado-rasgo (STAXI), validado para la población española (STAXI-2; Miguel-Tobal, Casado, Cano y Spielberger, 2001). Mide la forma en que, una vez que el individuo se enfada, expresa dicha ira o irritación. Consta de 25 ítems, cuyo rango de respuestas va desde 1 = casi nunca a 4 = casi siempre. En la presente investigación sólo se utilizaron las subescalas de *ira-dentro* e *ira-fuera*, debido al interés por examinar el manejo desadaptativo de la ira. La consistencia interna obtenida por los autores de la adaptación del instrumento (Miguel-Tobal et al., 2001) osciló entre 0,67 y 0,69, valores estos que los autores consideran aceptables, dado el reducido número de ítems de las subescalas.

Inventario de Ansiedad-Estado (STAI-E; Anxiety Inventory State; Spielberger, Gorsuch

y Lushene, 1970; adaptación española de Seisdedos, 2002). En esta escala la persona debe indicar qué grado de *ansiedad* tiene en el momento de la evaluación. La puntuación de los ítems oscila entre 0 y 3 (0 = nada; 1 = algo; 2 = bastante; 3 = mucho) excepto en los ítems 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20 en que es necesario invertir la puntuación. Los coeficientes α oscilan entre 0,83 y 0,92, tanto en los estudios originales de Spielberger (Spielberger et al., 1970), como en el trabajo de la adaptación española de la escala (Seisdedos, 2002).

Inventario de Depresión de Beck (BDI, Beck Depression Inventory; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; adaptación española de Sanz y Vázquez, 1998). Se trata de un inventario dirigido a cuantificar la sintomatología depresiva que tiene la persona en el momento actual. Es uno de los instrumentos de autoinforme más utilizados para medir el grado de depresión, tanto en población normal como clínica. Consta de 21 ítems, con cuatro alternativas de respuesta para cada uno, ordenadas de menor a mayor gravedad. La puntuación total se obtiene sumando la puntuación dada a todos los ítems, y oscila entre 0 y 63. La consistencia interna de esta escala en el estudio de adaptación española (Sanz y Vázquez, 1998) fue elevada ($\alpha = 0,89$).

Escala de Competencia Percibida de Wallston (PCS, Perceived Competence Scale; Smith, Dobbins y Wallston, 1991; adaptación española de Fernández-Castro, Álvarez, Blasco, Doval y Sanz, 1998). Esta escala mide la expectativa que tienen los sujetos acerca de su capacidad para manejar el entorno con eficacia (Rueda, Pérez-García y Bermúdez, 2003). Se compone de 8 ítems, 4 de los cuales son invertidos. El formato de respuesta es de tipo Likert, con 5 categorías que fluctúan desde la valoración de nada = 1 hasta mucho = 5. Una puntuación alta indica mayor grado de percepción de *competencia*. La consistencia interna en el estudio de adaptación de Fernández et al. (1998) fue de 0,83.

Escala de Autoestima (SES, Self-Esteem Scale; Rosenberg, 1965). Este instrumento, ampliamente utilizado (Schmitt y Allik, 2005), evalúa de forma global el sentimiento de satisfacción que una persona tiene sobre sí misma. Es un cuestionario breve que consta de 10 ítems,

los cuales se puntúan a través de una escala Likert, con unas puntuaciones de 1 a 4 (desde «muy en desacuerdo» a «muy de acuerdo»). En la presente investigación hemos utilizado la adaptación de este instrumento al castellano, realizada por Martín-Albo, Núñez, Navarro y Grijalvo (2007). Estos investigadores obtuvieron, en dos muestras diferentes, unos coeficientes de fiabilidad de 0,85 y 0,88.

Cuestionario de Calidad de Vida (CCV; Ruiz y Baca, 1993). Este cuestionario evalúa la calidad de vida percibida por una persona. Se compone de 35 ítems, y 39 si se tiene pareja. Consta de cuatro subdimensiones: apoyo social (9 ítems; ó 13 si se dispone de pareja), satisfacción general (13 ítems), bienestar físico y psicológico (7 ítems) y tiempo libre (6 ítems). El formato de respuesta es tipo Likert con cinco alternativas de respuesta (1 = nada, 2 = poco, 3 = algo, 4 = bastante; y 5 = mucho). Los coeficientes α obtenidos por los autores (Ruiz y Baca, 1993) fueron elevados: 0,94, para la escala total, y entre 0,80-0,92 para el resto de las subescalas. En nuestra investigación elegimos las puntuaciones obtenidas en las subescalas de apoyo social y satisfacción general como indicadores de ajuste psicológico.

Análisis de datos

En primer lugar procedimos a realizar los análisis descriptivos de las variables considera-

das. A continuación, para analizar si había diferencias de sexo con respecto a la personalidad tipo D, el agotamiento vital, las emociones negativas y las variables relativas al ajuste psicológico, se aplicó la prueba *t* de Student. Con el objeto de examinar la asociación del tipo D y el AV con las emociones negativas y las variables de ajuste psicológico se hallaron las correlaciones de Pearson. Por último, realizamos diferentes análisis de regresión múltiple, para estudiar el peso predictivo del tipo D y el AV con respecto a las emociones negativas y las variables de ajuste. En todos los casos el nivel de significación elegido fue de 0,05. Para realizar el análisis estadístico de los datos, utilizamos el programa estadístico SPSS, versión 15.0 para Windows.

RESULTADOS

En la Tabla 1 se muestran los estadísticos descriptivos, así como los coeficientes de fiabilidad, obtenidos para las escalas empleadas en este estudio. A partir de las puntuaciones obtenidas en las escalas DS-14 y MQ, observamos que un 50% ($n = 82$) de la muestra cumplía con los criterios de corte para ser diagnosticada como personalidad tipo D. Igualmente un 61% de pacientes ($n = 100$) cumplía los criterios de corte para tener AV. Si tenemos en cuenta las dos variables en su conjunto, un 39% de la muestra ($n = 64$) reunía ambas características.

Tabla 1. Descriptivos y coeficientes de fiabilidad de los factores psicosociales

Escala	Media	DT	Rango posible	Rango real	α de Cronbach
Personalidad tipo D	25,65	10,68	0-56	4-55	0,83
Afectividad negativa	13,53	6,56	0-28	0-28	0,81
Inhibición social	12,12	6,49	0-28	0-28	0,80
Agotamiento vital	17,87	10,59	0-42	0-41	0,81
Ira-dentro	14,30	3,38	10-40	7-26	0,80
Ira-fuera	17,11	3,97	7-28	10-30	0,90
Ansiedad	18,06	11,72	0-60	0-56	0,94
Depresión	8,13	6,43	0-63	0-29	0,63
Competencia percibida	27,22	4,72	8-40	10-39	0,84
Autoestima	30,48	3,87	10-40	19-40	0,81
Apoyo Social	51,52	7,39	0-65	23-65	0,78
Satisfacción general	44,39	7,12	0-65	27-60	0,84

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Por otra parte, al considerar la distribución por sexo en cada una de estas dos escalas, podemos apreciar que los porcentajes de mujeres clasifica-

das como tipo-D (57,6%) y agotadas vitalmente (77,3%) fueron superiores al de los hombres (44,9% para tipo D; y 50% para AV) (ver Tabla 2).

Tabla 2. Distribución por sexo de la personalidad tipo D y el agotamiento vital

Sexo	Personalidad tipo D ^a		Agotamiento vital ^b	
	SI n (%)	NO n (%)	SI n (%)	NO n (%)
Hombres (n = 98)	44 (44,9)	54 (55,1)	49 (50)	49 (50)
Mujeres (n = 66)	38 (57,6)	28 (42,4)	51 (77,3)	15 (22,7)

^a Punto de corte para diagnóstico de personalidad tipo D ≥ 10 en ambas subescalas.

^b Punto de corte para diagnóstico de AV ≥ 14 .

Diferencias de sexo

Con respecto a las diferencias de sexo en relación con las variables psicosociales estudiadas (ver Tabla 3), los datos obtenidos indicaron que las mujeres puntuaban significativamente más alto ($M = 27,80$) que los hombres ($M = 24,19$) en personalidad tipo D ($t_{(162)} = -2,15$; $p < 0,03$) y AV ($M = 22,59$ en mujeres; $M = 14,69$ en hombres; $t_{(162)} = -5,02$; $p < 0,000$). Considerando las dos subescalas que componen el tipo D observamos que la puntuación media de las mujeres en afectividad negativa era también significativamente más alta ($M = 15,41$) que la de los hombres ($M = 12,26$; $t_{(162)} = -3,09$, $p < 0,002$); no apreciándose diferen-

cias significativas entre ambos grupos en inhibición social (IS).

Por otra parte se registraron diferencias de sexo en cuanto a las emociones negativas. En particular, el nivel de ansiedad ($M = 21,65$) y depresión ($M = 10,41$) informado por las mujeres fue significativamente más elevado que el mostrado por los hombres ($M = 15,64$ en ansiedad, $t_{(162)} = -3,32$, $p < 0,001$; y $M = 6,60$ en depresión, $t_{(162)} = -3,87$, $p < 0,000$). Las mujeres también presentaron un nivel de autoestima más baja ($M = 29,74$) en comparación con el de los hombres ($M = 30,98$, $t_{(162)} = 2,03$; $p < 0,04$). En el resto de los factores relativos al ajuste psicológico no se encontraron diferencias significativas en función del sexo.

Tabla 3. Puntuaciones medias de las variables psicosociales en función del sexo

Variables	Hombres	Mujeres	$t_{(162)}$
	Media (DT)	Media (DT)	
Tipo-D	24,19 (10,58)	27,80 (10,53)	-2,15*
Afectividad negativa	12,26 (6,27)	15,41 (6,57)	-3,09**
Inhibición social	11,92 (6,52)	12,39 (6,49)	-0,45
AV	14,69 (9,96)	22,59 (9,76)	-5,02**
Ira-dentro	14,36 (3,21)	14,22 (3,64)	0,24
Ira-fuera	17,23 (3,56)	16,92 (4,54)	0,49
Ansiedad	15,64 (11,00)	21,65 (11,90)	-3,32**
Depresión	6,60 (5,79)	10,41 (6,70)	-3,87**
Competencia	27,58 (4,79)	26,68 (4,57)	1,20
Autoestima	30,98 (3,78)	29,74 (3,91)	2,03*
Apoyo social	51,16 (7,65)	52,20 (6,91)	-0,72
Satisfacción	45,18 (6,89)	42,90 (7,42)	1,43

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Relación de la personalidad tipo D y el AV con el resto de variables psicosociales

El análisis correlacional puso de manifiesto, en primer lugar, que la personalidad tipo D y sus dos dimensiones correlacionaban de forma positiva y moderada con el AV. Por otro lado, el tipo D y el AV se asociaron con un mayor grado de ira-dentro, ira-fuera, ansiedad y depresión; siendo, en particular, la correlación entre el AV y la depresión notablemente alta ($r = 0,69$). Con respecto al ajuste psicológico, tanto el tipo D

como el AV se relacionaron con niveles más bajos en competencia percibida, autoestima, apoyo social y satisfacción personal (ver Tabla 4). En cuanto a las dos dimensiones del tipo D, tanto la AN como la IS correlacionaron de forma positiva con la ira-dentro, la ansiedad y la depresión. Ambas subdimensiones, además, se relacionaron con una satisfacción personal más baja, una peor autoestima y una menor sensación de competencia y de apoyo social. La AN también se asoció con un mayor grado de ira-fuera (véase la Tabla 4).

Tabla 4. Correlaciones de la personalidad tipo D y el agotamiento vital con el resto de variables psicosociales

<i>Variables</i>	<i>Tipo D</i>	<i>Afectividad negativa</i>	<i>Inhibición social</i>	<i>Agotamiento vital</i>
Agotamiento vital	0,53**	0,55**	0,30**	—
Ira-fuera	0,16*	0,34**	-0,09	0,18*
Ira-dentro	0,29**	0,22**	0,27**	0,16*
Ansiedad	0,37**	0,40**	0,21**	0,47**
Depresión	0,43**	0,48**	0,23**	0,69**
Competencia	-0,50**	-0,39**	-0,43**	-0,50**
Autoestima	-0,45**	-0,41**	-0,33**	-0,50**
Apoyo social	-0,22*	-0,21*	-0,14*	-0,27**
Satisfacción	-0,48**	-0,36**	-0,44**	-0,46**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Predicción de las variables psicosociales a partir de la personalidad tipo D y el AV

Se llevaron a cabo diferentes análisis de regresión múltiple, en donde las variables predictoras fueron la personalidad tipo D y el AV. Como variables criterio se consideraron las emociones negativas y las variables relativas al ajuste psicológico. Los resultados pusieron de manifiesto que la personalidad tipo D y el AV tenían un peso positivo en la predicción de la ansiedad; y negativo en la predicción de la competencia percibida, la satisfacción y la autoestima (Tabla 5). Por otro lado el AV predijo un mayor nivel depresión y un menor apoyo social, mientras que la personalidad tipo D predijo, en sentido positivo, la ira-dentro. En el caso de la ira-fuera, ni la personalidad tipo D ni el AV resultaron significativas (véase la Tabla 5). Estos resultados, por lo tanto, indicaban que tanto la personalidad tipo D como el AV, se relacionaban, en general, con un estado emocional más negativo y con un peor ajuste psicológi-

co; si bien, con respecto a la ira-dentro, la depresión y el apoyo social cada uno de estos dos predictores mostró un peso diferente.

Finalmente, se realizaron estos mismos análisis introduciendo como covariante el sexo. En ninguno de los dos modelos de regresión esta variable tuvo un peso significativo, mientras que la personalidad tipo D y el AV mantuvieron la misma capacidad predictora que la mostrada en los análisis anteriores.

DISCUSIÓN

En este estudio nos propusimos examinar, en una muestra de pacientes con enfermedad cardíaca, la relación de la personalidad tipo D y el agotamiento vital con la presencia de emociones negativas y el ajuste psicológico. Asimismo abordamos las posibles diferencias que, en función del sexo, podían darse en todos estos factores psicosociales.

Tabla 5. Predicción de las variables psicosociales a partir de la personalidad tipo D y el agotamiento vital

<i>Variables</i>	<i>R2</i>	<i>F</i> _(2, 163)	<i>β</i>
Variable criterio: ansiedad			
Tipo D	0,24	25,528	0,18*
Agotamiento vital			0,37**
Variable criterio: depresión			
Tipo D	0,48	74,227	0,09
Agotamiento vital			0,64**
Variable criterio: ira-fuera			
Tipo D	0,04	3,045	0,08
Agotamiento vital			0,13
Variable criterio: ira-dentro			
Tipo D	0,09	7,934	0,29**
Agotamiento vital			0,01
Variable criterio: competencia percibida			
Tipo D	0,33	39,854	-0,33**
Agotamiento vital			-0,33**
Variable criterio: autoestima			
Tipo D	0,30	34,585	-0,26**
Agotamiento vital			-0,37**
Variable criterio: apoyo social			
Tipo D	0,29	5,240	-0,10
Agotamiento vital			-0,22*
Variable criterio: satisfacción			
Tipo D	0,29	16,922	-0,33**
Agotamiento vital			-0,28*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

En cuanto a las diferencias de sexo, los resultados encontrados pusieron de manifiesto que las mujeres puntuaban significativamente más alto que los hombres en personalidad tipo-D, en la subescala de afectividad negativa, y en AV. Asimismo se caracterizaron por tener niveles más elevados de ansiedad y depresión, y por poseer una autoestima más baja. Estos datos coinciden con estudios previos, en los que se observa una marcada prevalencia de las emociones negativas en las mujeres, y también una mayor puntuación en tipo-D y AV (Denollet, 2005; Pedersen y Middle, 2001; Williams et al., 2010). El hecho de que las mujeres se caracterizaran por una mayor afectividad negativa, propia del tipo D, podría estar influyendo en el hecho de que experimentaran también, con mayor frecuencia, emociones negativas, y tuvieran una peor imagen de sí mismas.

Por otro lado es relevante el resultado de que, en nuestro estudio, no se hallaran diferen-

cias estadísticamente significativas con respecto al apoyo social; si bien trabajos previos (Brezinka y Kittel, 1995; Matud, Carballeira, López, Marrero e Ibáñez, 2002) han puesto de manifiesto que las mujeres con enfermedad cardiovascular suelen recibir menos apoyo social. Ello podría deberse a que los resultados mostrados en esas investigaciones se refieren más a mujeres separadas, divorciadas o viudas. En nuestra investigación, en cambio, la mayor parte de las mujeres estaban casadas (63,6%) o eran solteras (21,2%), grupos estos que parecen contar con mayores niveles de apoyo social (Matud et al., 2002).

Con respecto a la hipótesis que planteamos acerca de que tanto la personalidad tipo D como el agotamiento vital predecirían un peor ajuste psicológico, fue confirmada a partir de los resultados obtenidos. En concreto, la personalidad tipo D y el agotamiento vital mostraron un peso positivo en la predicción de la ansiedad, y un

peso negativo con respecto a la competencia percibida, la autoestima y la satisfacción. Estos resultados van en la línea expuesta por otros autores (Bagés et al., 1999; Denollet, 2000, 2005), en los que se aprecia que altas puntuaciones en afectividad negativa y un mayor estado de cansancio psicológico se asocian con más ansiedad y depresión.

Las relaciones de la personalidad tipo D y el agotamiento vital con una autoestima más baja y una menor sensación de competencia, podrían estar poniendo de manifiesto la pobre visión que estos individuos tienen de sí mismos, además de su baja percepción de competencia para enfrentarse y manejar las situaciones estresantes (Bagés et al., 1999; Denollet, 2000, 2005; Pedersen y Denollet, 2006). De hecho la persona tipo-D tiende a experimentar, de forma estable, un amplio rango de emociones negativas, lo que la puede hacer más propensa a percibir más amenaza y daño potencial en un mayor número de situaciones. En el ámbito de la enfermedad cardíaca, por ejemplo, se ha constatado que los individuos tipo D pueden sufrir más estrés postraumático después de haber padecido un infarto de miocardio (Pedersen y Denollet, 2006). Asimismo, los individuos tipo D, como aquellos que indican sentirse agotados vitalmente, podrían caracterizarse también por una relativa ausencia de emociones positivas, teniendo en cuenta el bajo nivel de su autoestima y la insatisfacción general que presentan.

Por otra parte la personalidad tipo D predijo en sentido positivo la ira-dentro, lo cual es congruente con estudios previos. Los pacientes tipo-D han mostrado tener una probabilidad cuatro veces mayor de puntuar más alto en ira-dentro que los no-tipo D (Denollet et al., 2010). En este sentido se puede apuntar que, si bien puede resultar adaptativo suprimir la ira en determinadas ocasiones, el hacerlo de forma habitual podría tener un efecto nocivo, denotando una cierta incapacidad para hablar de los conflictos, pensando sobre ellos posteriormente de forma rumiativa y con recurrente preocupación. Esta rumiación cognitiva se ha asociado con incrementos en la activación del sistema nervioso simpático, y con variabilidad más baja de la frecuencia cardíaca (Denollet et al., 2010), aspectos todos ellos que, a su vez, están consi-

derados como posibles predictores de mortalidad después de un infarto de miocardio (Bigger et al., 1992).

Nuestros resultados también mostraron que el AV, a diferencia del tipo D, predecía de forma positiva la depresión, y de modo negativo el apoyo social. Aunque, en el caso de la depresión, el tamaño del coeficiente de regresión estandarizado fue alto ($\beta = 0,63$), podríamos decir que ambos constructos se encuentran altamente relacionados, si bien no llegan a estar completamente solapados. En consonancia con este punto, investigaciones previas (Conduit et al., 1998; Suls y Bunde, 2005) han sugerido que los sentimientos de incapacidad y falta de energía representarían elementos comunes a ambos constructos; no siéndolo así los componentes de tristeza, culpabilidad o desesperanza, que serían más específicos de la depresión.

La presente investigación cuenta con una serie de limitaciones que es preciso tener en cuenta. En primer lugar, dada la naturaleza transversal del estudio, no es posible establecer relaciones causales entre las variables de estudio. Por este motivo se hace necesario el planteamiento de investigaciones longitudinales que nos permitan examinar posibles cambios, tanto en la personalidad tipo D, como en el agotamiento vital; y determinar cómo estos cambios podrían repercutir en la recurrencia de episodios cardiovasculares y en el ajuste psicológico a los mismos a lo largo del tiempo. Asimismo habría sido conveniente contrastar los criterios subjetivos indicadores de riesgo cardiovascular con otros indicadores objetivos recogidos en las historias clínicas, tales como las medidas de presión arterial, o los niveles de colesterol y azúcar; así como disponer de la información suministrada por terceras personas en torno a los aspectos psicosociales de los pacientes. De esta forma se podrían haber detectado posibles sesgos de respuesta, los cuales pueden distorsionar el grado de relación entre las variables analizadas.

A modo de conclusión podríamos señalar que la presente investigación muestra la relevancia que tienen la personalidad tipo D y el agotamiento vital en la presencia de las emociones negativas, y su asociación con un peor ajuste psicológico, en pacientes con enfermedad cardíaca, y en especial en las mujeres que la

padecen. Los resultados obtenidos ponen de manifiesto la necesidad de detectar y tratar a aquellos pacientes que tuvieran una personalidad tipo D, o se encontraran agotados vitalmente, y de presentar una especial atención a las mujeres con enfermedad cardiaca. De este modo se podría planificar y llevar a cabo una adecuada prevención secundaria, con el objeto de incrementar el bienestar psicológico en todos estos individuos. A este respecto cabe indicar que las dos escalas diseñadas para la evaluación del tipo D y el agotamiento vital resultan breves y fáciles de cumplimentar. De modo que su uso no supondría ninguna incomodidad para los pacientes, quienes podrían rellenarlas en los propios centros de salud o en la consulta hospitalaria. A cambio, serían de gran utilidad para identificar a aquellas personas que tuvieran un mayor riesgo de peor evolución en su enfermedad; o de presentar un mayor desajuste físico y psicológico ante la misma.

REFERENCIAS

- André-Petersson, L., Hedblad, B., Janzon, L., & Östergren, P.O. (2006). Social support and behavior in a stressful situation in relation to myocardial infarction and mortality: Who is at risk? Results from prospective cohort study «Men born in 1914», Malmö, Sweden. *International Journal of Behavioral Medicine*, *13*, 340-347.
- Appels, A. (1989). Loss of control, vital exhaustion and coronary heart disease. In A. Steptoe and A. Appels (Eds.), *Stress, Personal Control and Health* (pp. 215-230). Brussels: John Wiley.
- Appels, A. (2004). Exhaustion and coronary heart disease: The history of a scientific quest. *Patient Education and Counseling*, *55*, 223-229.
- Appels, A., Kop, W.J., & Schouten, E. (2000). The nature of the depressive symptomatology preceding myocardial infarction. *Behavioral Medicine*, *26*, 86-89.
- Appels, A., Siegrist, J., & de Vos, Y. (1997). 'Chronic workload', 'need for control' and 'vital exhaustion' in patients with myocardial infarction and controls: A comparative test of cardiovascular risk profiles. *Stress Medicine*, *13*, 117-121.
- Bagés, N., Appels, A., & Falger, P.R.J. (1999). Vital exhaustion as a risk factor of myocardial infarction: A case-control study in Venezuela. *International Journal of Behavioral Medicine*, *6*, 279-290.
- Bagés, N., Falger, P.R.J., Pérez, M.G., & Appels, A. (2000). Vital exhaustion measures and their associations with coronary heart disease risk factors in a sample of Spanish-speakers. *Psychology and Health*, *15*, 787-799.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Bigger, J.T., Fleiss, J.L., Steinman, R.C., Rolnitzky, L.M., Kleiger, R.E., & Rottman, J.N. (1992). Frequency domain measures of heart period variability and mortality after myocardial infarction. *Circulation*, *85*, 164-171.
- Brezinka, V. & Kittell, F. (1995). Psychosocial factors of coronary heart disease in women: A review. *Social Science & Medicine*, *42*, 1351-1365.
- Conduit, E., Appels, A., & Lewis, A. (1998). Cardioprotective effect of moderate drinking: Possible mediation by vital exhaustion. *Alcohol & Alcoholism*, *33*, 528-532.
- de Fruyt, F. & Denollet, J. (2002). Type D personality: A five factor model perspective. *Psychology and Health*, *17*, 671-683.
- Denollet, J. (2000). Type D personality. A potential risk factor refined. *Journal of Psychosomatic Research*, *49*, 255-266.
- Denollet, J. (2005). DS14: Standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and type D personality. *Psychosomatic Medicine*, *67*, 89-97.
- Denollet, J. & Brutsaert, D. L. (1998). Personality, disease severity and the risk of long-term cardiac event in patients with decreased ejection fraction after myocardial infarction. *Circulation*, *97*, 167-173.
- Denollet, J., Gidron, J., Vrints, C.J., & Conraads, V.M. (2010). Anger, suppressed anger, and risk of adverse effects in patients with coronary artery disease. *American Journal of Cardiology*, *105*, 1555-1560.
- Denollet, J., Sys, S., & Brutsaert, D. L. (1995). Personality and mortality after myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, *57*, 582-591.
- Denollet, J., Sys, S., Stroobant, N., Rombouts, H., Gillebert, T.C., & Brutsaert, D.L. (1996). Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease. *The Lancet*, *347*, 417-421.
- Emons, W.H.M., Meijer, R.R., & Denollet, J. (2007). Negative affectivity and social inhibition in cardiovascular disease: Evaluating type-D personality and its assessment using item response theory. *Journal of Psychosomatic Research*, *63*, 27-39.
- Fernández-Castro, J., Álvarez, M., Blasco, T., Doval, E., y Sanz, A. (1998). Validación de la escala de competencia personal de Wallston: Implicaciones para el estudio del estrés. *Ansiedad y Estrés*, *4*, 31-41.
- Gottlieb, S.S. (2004). The influence of age, gender, and race on the prevalence of depression in heart failure patients. *Journal of the American College of Cardiology*, *43*, 1542-1549.

- Groenveld, H.F., Crijns, H.J.G.M., Van den Berg, M.P., Van Sonderen, E., Alings, A.M., Tigssen, J.G.P., et al. (2011). The effect of rate control on quality of life in patients with permanent atrial fibrillation. *Journal of the American College of Cardiology*, *58*, 1795-1803.
- Koertge, J., Ahnve, S., Schenck-Gustafsson, K., Orth-Gomér, K., & Wamala, S.P. (2003). Vital exhaustion in relation to lifestyle and lipid profile in healthy women. *International Journal of Behavioral Medicine*, *10*, 44-55.
- Koertge, J., Janszky, I., Sundin, Ö., Blom, M., Georgiades, A., László, K.D., et al. (2007). Effects of a stress management program on vital exhaustion and depression in women with coronary heart disease: A randomized controlled intervention study. *Journal of International Medicine*, *283*, 281-293.
- Kop, W.J., Appels, A., Mendes de Leon, C.F., de Swart, H. B., & Bär, F.W. (1994). Vital exhaustion predicts new cardiac events after successful coronary angioplasty. *Psychosomatic Medicine*, *56*, 281-287.
- Kopp, M.S., Falger, P.R.J., Appels, A., & Szedmak, S. (1998). Depressive symptomatology and vital exhaustion are differentially related to behavioral risk factors for coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*, *60*, 752-758.
- Krantz, D.S. & McCeney, M.K. (2002). Effects of psychological and social factors on organic disease: A critical assessment of research on coronary heart disease. *Annual Review of Psychology*, *53*, 341-369.
- Kubzansky, L.D. & Kawachi, I. (2000). Going to the heart of the matter: Do negative emotions cause coronary heart disease? *Journal of Psychosomatic Research*, *48*, 323-337.
- Kudielka, B.M., von Känel, R., Gander, M.L., & Fisher, J.E. (2004). The interrelationship of psychological risk factors for coronary artery disease in a working population: Do we measure distinct or overlapping psychological concepts? *Behavioral Medicine*, *30*, 35-43.
- Kupper, N. & Denollet, J. (2007). Type D personality as a prognostic factor in heart disease: Assessment and mediating mechanisms. *Journal of Personality Assessment*, *89*, 265-276.
- Martín Albo, J., Núñez, J.L., Navarro, J.G., y Grijalvo, J. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and validation in university students. *Spanish Journal of Psychology*, *10*, 458-467.
- Matud, P., Carballeira, M., López, M., Marrero, R., e Ibañez, I. (2002). Apoyo social y salud: Un análisis de género. *Salud Mental*, *25*, 32-37.
- Miguel-Tobal, J.J., Casado, M.I., Cano, A., y Spielberger, C.D. (2001). *STAXI-2. Inventario de expresión de ira estado-rasgo*. Madrid: TEA Ediciones.
- Montero, P., Rueda, B., y Bermúdez, J. (2010a). *DS14: Escala de personalidad tipo D*. Versión experimental no publicada.
- Montero, P., Rueda, B., y Bermúdez, J. (2010b). *Forma B cuestionario Maastricht*. Versión experimental no publicada.
- Norekvål, T.M., Wahl, A.K., Fridlund, B., Nordrehaug, J.E., Wentzel-Larsen, T., & Hanestad, B.R. (2007). Quality of life in female myocardial infarction survivors: A comparative study with a randomly selected general female population cohort. *Health and Quality of Life Outcomes*, *5*, 58.
- Ong, L., Irvine, J., Nolan, R., Cribbie, R., Harris, L., Newman, D., et al. (2006). Gender differences and quality of life in atrial fibrillation: The mediating role of depression. *Journal of Psychosomatic Research*, *61*, 769-774.
- Pedersen, S.S. & Denollet, J. (2004). Validity of the type D personality construct in Danish post-MI patients and healthy controls. *Journal of Psychosomatic Research*, *57*, 265-272.
- Pedersen, S.S. & Denollet, J. (2006). Is type D personality here to stay?: Emerging evidence across cardiovascular disease patient groups. *Current Cardiology Reviews*, *2*, 205-213.
- Pedersen, S.S., Denollet, J., Ong, A.T.L., Serruys, P.W., Erdman, R.A.M., & van Domburg, R.T. (2007). Impaired health status in type D patients following PCI in the drug-eluting stent era. *International Journal of Cardiology*, *114*, 358-365.
- Pedersen, S. S. & Middel, B. (2001). Increased vital exhaustion among type-D patients with ischemic heart disease. *Journal of Psychosomatic Research*, *51*, 443-449.
- Pedersen, S.S., Middel, B., & Larsen, M.L. (2002). The role of personality variables and social support in distress and perceived health in patients following myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research*, *53*, 1171-1175.
- Pérez-García, A.M., Ruiz, M.A., Sanjuán, P., & Rueda, B. (2011). The association of social support and gender with life satisfaction, emotional symptoms and mental adjustment in patients following a first cardiac coronary event. *Stress and Health*, *27*, e252-e260.
- Prescot, E., Holst, C., Grønbræk, Schnohr, P., & Barefoot, J. (2003). Vital exhaustion as a risk factor for ischaemic heart disease and all-cause mortality in a community sample: A prospective study of 4084 men and 5479 women in the Copenhagen City Heart Study. *International Journal of Epidemiology*, *32*, 990-997.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rozanski, A., Blumenthal, J.A., & Kaplan, J. (1999). Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*, *Journal of the American Heart Association*, *99*, 2192-2217.

- Rueda, B., Pérez-García, A.M., y Bermúdez, J. (2003). La salud emocional desde la perspectiva de la competencia percibida. *Acción Psicológica*, 2, 41-49.
- Ruiz, M.A., & Baca, E. (1993). Design and validation of the Quality of Life Questionnaire (Cuestionario de Calidad de Vida, CCV): A generic health-related quality of life. *European Journal of Psychological Assessment*, 9, 19-32.
- Sandín, B. (2002). Papel de las emociones negativas en el trastorno cardiovascular: Un análisis crítico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7, 1-18.
- Sanz, J., y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10, 303-318.
- Schmitt, D.P. & Allik, J. (2005). Simultaneous administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 Nations: Exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89, 623-642.
- Schuitmaker, G.E., Dinant, G.J., Van Der Pol, G.A., & Appels, A. (2004). Assessment of vital exhaustion and identification of subject at increased risk of myocardial infarction in general practice. *Psychosomatics*, 45, 414-418.
- Sebregets, E.H.W.J., Falger, P.R.J., Appels, A., Kester, A.D.M., & Bär, F.W.H.M. (2005). Psychological effects of a short behavior modification program in patients with acute myocardial infarction or coronary artery bypass grafting. A randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 417-424.
- Seisdedos, N. (2002). *STAI. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo*. Madrid: TEA Ediciones.
- Smith, C. A., Dobbins, C. J., & Wallston, K. A. (1991). The mediational role of perceived competence in psychological adjustment to rheumatoid arthritis. *Journal of Applied Social Psychology*, 21, 1218-1247.
- Smith, O.R.F., Gidron, Y., Kupper, N., Winter, J.B., & Denollet, J. (2009). Vital exhaustion in chronic heart failure: Symptom profiles and clinical outcome. *Journal of Psychosomatic Research*, 66, 195-201.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C.D., Jacobs, G., Russell, S., & Crane, R.S. (1983). Assessment of anger: The state-trait anger scale. *Advances in Personality Assessment*, 2, 159-187.
- Suls, J. & Bunde, J. (2005). Anger, anxiety and depression as risk factors for cardiovascular disease: The problems and implications of overlapping affective dispositions. *Psychological Bulletin*, 131, 260-300.
- Van den Broek, K.C., Martens, J., Nyklík, I., Van der Voort, P.H., & Pedersen, S.S. (2007). Increased emotional distress in type-D cardiac patients without a partner. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 41-49.
- Watson, D. & Clark, L.A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96, 465-490.
- Watson, D. & Pennebaker, J.W. (1989). Health complaints, stress and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96, 234-254.
- Williams, J.E., Mosley, T.H., Kop, W.J., Couper, D.J., Welch, V.L., & Rosamond, W.D. (2010). Vital exhaustion as a risk factor for adverse cardiac events (from the atherosclerosis risk in communities [ARIC] study). *American Journal of Cardiology*, 105, 1661-1665.
- Wojciechowski, F.L., Strik, J.J.M.H., Falger, P., Lousberg, R., & Honig, A. (2000). The relationship between depressive and vital exhaustion symptomatology post-myocardial infarction. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 359-365.