

Personalidad, afrontamiento y calidad de vida en pacientes con enfermedad cardiovascular

E. Valls y B. Rueda

Esperanza Valls Lázaro es psicóloga clínica y funcionaria en el Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón, así como miembro de la Unidad de Salud Mental "Actur Sur" de Zaragoza. Beatriz Rueda Laffond es Profesora de Psicología de la Personalidad en el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNED (Madrid).

Introducción

El trastorno cardio-coronario y, en particular, el infarto de miocardio (IM) representan dos de las manifestaciones más frecuentes de la enfermedad cardiovascular (ECV), considerándose como la causa más común de muerte por enferme-

dad. Tanto el trastorno coronario en general como el IM provocan un serio impacto físico y psicológico en los pacientes que lo padecen. Si bien la mayoría de ellos suelen superarlo y sus consecuencias emocionales son transitorias, algunas persisten ocasionando fatales resultados.

Esta evidencia ha sido recogida por diferentes organismos internacionales (como por ejemplo la AHRQ, Agency for Healthcare Research and Quality; la Asociación Europea de Prevención; el NICE, National Institute for Health and Care Excellence; o la USPSTF, United States Preventive Services Task Force) con el fin de analizar y evaluar desde atención primaria qué factores psicológicos podrían estar implicados en el hecho de que los pacientes crónicos, y en particular los pacientes con EVC, puedan ser más vulnerables al desarrollo de esta enfermedad, o tengan una peor evolución una vez que el trastorno está ya establecido. De esta forma se trata de ofrecer una prevención y una rehabilitación cardiaca que mejore los resultados terapéuticos.

La ventaja de llevar a cabo esta labor de *screening* desde atención primaria, con el fin de aplicar unas medidas rehabilitadoras adecuadas, radica, entre otras, en la mayor oportunidad de acceder a casos que, por

su vulnerabilidad emocional presentan un moderado nivel de riesgo, pero que dada su alta frecuencia amplían la incidencia de los trastornos cardiovasculares. Así lo constata la Guía Europea de Prevención (The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology, 2012), según la cual un gran porcentaje de las muertes por ECV provienen de pacientes que tienen un bajo nivel de riesgo pero que representan un número alto de casos, por lo que se aconseja la estimación del riesgo cardiovascular como un proceso continuo y estratificado, con diferentes grados de intensidad según los ámbitos de atención (prevención primaria o secundaria), aunque coordinado desde atención primaria.

Sin embargo, a pesar del apoyo que ha recibido la eficacia de la prevención y la rehabilitación cardíaca, y de las recomendaciones propuestas en la Guía Europea de Prevención (The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology, 2012), la labor que en este sentido se está haciendo en España es todavía escasa, siendo el país de Europa donde menos centros hay implicados en la prevención primaria (tan solo llega a un 2-3%) y en el que se considera básicamente la evidencia científica relativa a la prevención secundaria para reducir la comorbilidad coronaria.

Con independencia de los factores de riesgo biológicos tradicionales y de los factores comportamentales (consumo alto de alcohol, tabaquismo, dieta poco saludable, y bajo nivel de ejercicio físico), diferentes estudios han destacado la importancia de identificar los procesos psicosociales que influyen sobre el malestar psicológico asociado a las ECV. Entre estos factores han recibido una especial atención determinados rasgos de personalidad, las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, los estados de ánimo negativos, el aislamiento social y la baja calidad de vida percibida (Fernández-Abascal, Martín y Domínguez, 2003; Jacka et al. 2007; Lane, Carroll, Ring, Beevers y Lip, 2001; Onyike, Crum, Lee, Lyketsos y Eaton, 2003).

La presencia de estas características se ha asociado con una disminución de la salud cardiovascular y del bienestar psicológico de los pacientes incidiendo, además en un aumento de la activación del sistema nervioso autónomo y del eje hipotálamo-pituitario, y en un estilo de vida insano (The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology, 2012).

El estudio de estas características resulta relevante en la medida en que puede ayudar a intervenir de forma temprana y estratificada con el fin de disminuir las posibles barreras al cumplimiento terapéutico, y de mejorar el malestar emocional, los resultados clínicos, la calidad de vida y el pronóstico de los pacientes con ECV.

La existencia de un amplio volumen de investigaciones (Bonaguidi, Triviella, Carpeggiani, Michelassi y Abbate, 1994; Costa y McCrae, 1987; Figueroa-López, Alcocer y Ramos, 2011; Mroczek y Spiro, 2007; Steptoe y Molloy, 2007) avala la importancia de considerar la influencia

de la personalidad dentro del ámbito de la enfermedad y en concreto en relación con la ECV. De hecho se ha constatado que la personalidad juega un importante papel en la probabilidad de ocurrencia de eventos estresantes (Bolger y Zuckerman, 1995), y en la manera como se perciban y afronten dichos sucesos (David y Suls 1999; Gunthert, Cohen y Armeli 1999; Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Casado y Escalona, 1994).

En términos descriptivos, a la hora de abordar el estudio de la personalidad en el campo de la salud, el modelo de los Cinco Factores (Costa y McCrae, 1989) representa en la actualidad uno de los paradigmas más consolidados (Moreno, 2002). Este modelo propone una estructura de la personalidad basada en cinco amplias dimensiones: neuroticismo, extraversión, afabilidad, apertura a la experiencia y tesón.

Entre ellas, el neuroticismo y la baja afabilidad destacan como dos de los rasgos que de forma más consistente se han relacionado con una peor adaptación psicológica a la enfermedad cardiovascular, vinculándose con un mayor número de problemas coronarios (Minoretti et al., 2006; Pedersen, Middel y Larsen, 2002; Shipley, Weiss, Der, Taylor y Deary, 2007; Whitfield et al., 2010) y con la presencia de más emociones negativas en general (Chung, Berger y Rudd, 2007; Schneider, 2004). La extraversión y la estabilidad emocional, sin embargo, parecen ser rasgos que pueden proteger frente a la ECV (Kubzansky y Thurston, 2007). Finalmente la apertura a la experiencia y el tesón han sido menos estudiados en el campo de la ECV, presentando por lo general una menor relación con el afrontamiento en enfermos cardíacos (López y Calero, 2008).

Algunas investigaciones dentro de esta área han indicado que el análisis conjunto de los rasgos de personalidad, más que la consideración de los distintos factores por separado, podría predecir mejor el estado de salud cardiovascular. Así por ejemplo, el estudio de Carpegliani et al. (2005) puso de manifiesto que la presencia conjunta de determinados rasgos de personalidad (en concreto niveles bajos de estabilidad emocional, extraversión y afabilidad) se asociaban con un aumento del estrés emocional, la inducción de isquemia y la aparición de episodios de depresión clínica.

De igual forma Whitfield et al. (2010) encontraron que la presencia de un alto neuroticismo y extraversión, junto con una baja afabilidad, se relacionaban con una mayor reactividad cardiovascular en situaciones de estrés. En este estudio además se evidenció que las personas que tenían un nivel bajo de neuroticismo recurrían más a la participación social, realizaban más actividades relajantes y ponían en marcha menos comportamientos de riesgo. En función de estos resultados los autores concluyeron que al menos la dimensión de estabilidad emocional era un predictor significativo de una mejor salud cardiovascular.

Estos datos resultan también coherentes con los mostrados en estudios realizados con el Patrón de Conducta Tipo A (PCTA; Friedman y

Rosenman, 1974). El PCTA se caracteriza por el impulso para lograr metas poco definidas y muy diversas, la urgencia temporal, la tendencia a la competitividad y un elevado nivel de alerta, ira y hostilidad. Los rasgos más distintivos de este patrón de conducta son la extraversión y el neuroticismo (Dorta, 2002). Aunque este estilo de conducta se ha relacionado con el trastorno cardiovascular, no todos los componentes del patrón parecen tener consecuencias negativas sobre el corazón (Matthews, Glass, Rosenman y Bortner, 1977). Entre todos ellos se ha encontrado que el componente de hostilidad es el que mayor peso parece tener a la hora de determinar el riesgo coronario (Sanjuán, Pérez-García, Bermúdez y Sánchez-Elvira, 2000).

Otra característica de personalidad que también está siendo considerada como un factor de riesgo de la ECV, dada su asociación con una mayor probabilidad de mortalidad y de padecer eventos coronarios, es la personalidad Tipo D (Denollet y Sys, 1996). Este tipo de personalidad se caracteriza por la tendencia a experimentar de una forma estable emociones negativas y por la inhibición de la expresión emocional y conductual en las interacciones sociales. En relación con los rasgos de personalidad, el Tipo D se ha asociado particularmente con las dimensiones de alto neuroticismo y baja extraversión (Denollet y Brustsaert, 1998; Maertens, Kupper, Pedersen, Aquarius y Denollet, 2007; Pedersen, van Domburg, Theuns, Jordaens y Erdman, 2004).

Si bien los datos aportados por todas estas investigaciones avalan la hipótesis de que la estabilidad emocional, la extraversión y la afabilidad parecen asociarse de forma positiva con un menor riesgo de padecer ECV, el papel que podrían desempeñar estas características, una vez que la ECV hubiera sido ya diagnosticada y fuera evolucionando, ha recibido una menor atención por parte de la comunidad científica. Williams (2007) indica que el estudio de las características de personalidad ha sido algunas veces soslayado al considerar que, dada su alta estabilidad, resultan difícilmente modificables desestimando así la posible contribución que estas características pueden tener en la respuesta que los pacientes con ECV estén mostrando ante el tratamiento.

Basándonos en todos estos resultados, en la presente investigación hemos optado por analizar en profundidad qué papel estarían desempeñando los rasgos de la estabilidad emocional, la extraversión y la afabilidad en pacientes con ECV ya diagnosticada.

Por otra parte es preciso señalar que, desde el punto de vista emocional, en pacientes que padecen ECV tanto el diagnóstico como la adaptación a la patología cardíaca tienen un fuerte impacto, siendo las estrategias de afrontamiento uno de los posibles mecanismos que pueden influir sobre su ajuste psicológico.

Diferentes estudios (Murberg, Furze, y Bru, 2004; Shen, McCreary y Myers, 2004) avalan que las estrategias de afrontamiento activas o centradas en el problema, (p.ej., planificación, establecimiento de priorida-

des, acción directa) predicen mejores resultados en salud y una mayor adaptación a la ECV. Las estrategias pasivo-evitativas o centradas en la emoción (p.ej., desenganche conductual, pensamiento fantasioso, negación), por el contrario, se asocian con resultados más negativos tanto en términos de malestar psicológico (niveles más elevados de ansiedad, depresión e ira, y mayor sensación de incapacidad e inhibición social) como en términos de peor funcionamiento físico (por ejemplo, mayor número de problemas con la presión arterial), e incluso mortalidad más elevada.

Aunque se ha observado que las características de personalidad parecen tener una relación moderada con el afrontamiento, en pacientes cardiovasculares, en concreto, el neuroticismo y la baja afabilidad se han asociado con un mayor uso de estrategias de afrontamiento evitativas y pasivas, y con una recepción más baja de apoyo social (Chen, Gilligan, Cups y Contrada, 2005). La extraversión y la estabilidad emocional, sin embargo, se han vinculado con el empleo de estrategias de afrontamiento más activas y con una mayor búsqueda de apoyo social (Baoyong, 2000; Bosworth, Feaganes, Vitalino, Mark y Siegler, 2001; Brebner, 2001; Connor-Smith y Fashbart, 2007).

Finalmente hay que destacar que en la ECV, como en otras enfermedades crónicas, se está recurriendo a diferentes indicadores clínicos para monitorizar la evolución del estado funcional de los pacientes. Uno de los indicadores que se está utilizando cada vez más como fuente de información complementaria, y como resultado (*end point*) en ensayos clínicos que evalúan intervenciones sanitarias dirigidas al control de la ECV (Banegas y Rodríguez-Artalejo, 2008), es la calidad de vida (CV).

En términos globales la CV puede ser definida como el grado de satisfacción y bienestar que la persona tiene con respecto a las diferentes áreas de su vida. De ahí que este constructo abarque diferentes componentes, como la satisfacción, el bienestar, el funcionamiento físico y el grado de calidad que tienen las relaciones sociales (Lukkarinen y Hentinen, 1998).

Parece haber un cierto acuerdo en que, conforme mayor es la calidad de vida del paciente con trastorno cardiovascular, mayor es también la probabilidad de supervivencia, además de presentar una menor comorbilidad y una mejor adherencia a los tratamientos (Birket-Smith, Hansen, Hanash, Hansen y Rasmuseen, 2009; Kao, 2007; Soni, Porter, Lash y Unruh, 2010).

Tanto las propias características de personalidad del paciente, como el tipo de afrontamiento que utilice en el manejo de su enfermedad, podrían ser dos mecanismos asociados con el grado de calidad de vida alcanzado. Diversas investigaciones realizadas con muestras de personas sanas, han señalado que la afabilidad es un rasgo que se relaciona con la presencia de un mayor estado de bienestar subjetivo. La extraversión, además de promover un mayor nivel de bienestar, también se

asocia con la experiencia de un estado de ánimo más positivo (Caspi, Roberts y Shiner, 2005; Chida y Hamer 2008; Steel, Schmidt y Shultz, 2008).

Sin embargo, a pesar de esta evidencia, la investigación de las variables de personalidad en relación con la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de ECV ha sido, hasta la fecha, escasa.

Con respecto a las estrategias de afrontamiento, la mayoría de las investigaciones apuntan a que los pacientes que emplean estrategias de afrontamiento activas tienden a mostrar un mayor grado de bienestar y un estado de salud más positivo. En contraposición, las estrategias más pasivas como la rumiación, la autoculpabilización o la ventilación emocional, se relacionan con un mayor número de conductas desadaptativas y peores resultados en salud física y psicológica (Jiménez-Torres et al., 2012; Livneh y Antonak, 2005; Moskowitz, Hult, Bussolari y Acree, 2009).

Un dato llamativo es que una estrategia que ha demostrado tener una relación algo inconsistente con la calidad de vida es la aceptación. En algunos estudios esta estrategia ha aparecido asociada con consecuencias positivas, actuando como un posible mecanismo de adaptación al favorecer el funcionamiento físico y el bienestar emocional de los pacientes (Karademas y Hondronikola, 2010; Park, Malone, Suresh, Bliss, y Rosen, 2008). En otros casos, por el contrario, esta estrategia ha funcionado más como una forma de resignación y abandono dando lugar a consecuencias más negativas (Campos, Iraurgi, y Velasco 2004; Morling y Evered, 2006), no estando claro por lo tanto qué papel puede desempeñar esta estrategia con respecto a la calidad de vida y el bienestar de los pacientes.

Teniendo en cuenta los trabajos revisados, en el presente estudio tratamos de investigar, en primer lugar, en qué medida las características de personalidad de los pacientes y las estrategias que utilizaban para afrontar su enfermedad predecían el nivel de calidad de vida. Asimismo estudiamos las posibles relaciones que, en particular, podría haber entre la estrategia de aceptación de la enfermedad y la calidad de vida.

Examinar con un mayor grado de profundidad cuál es la contribución tanto de los aspectos más estructurales de la personalidad como de otros componentes más dinámicos, como son las estrategias de afrontamiento que se ponen en marcha ante la ECV, constituye un aspecto importante a la hora de diseñar y promover estrategias de intervención que potencien el nivel de adaptación de los pacientes a su enfermedad. Si bien la modificación de los rasgos puede resultar más complicada dada su relativa estabilidad, su estudio permitiría identificar factores de vulnerabilidad en los pacientes. De otra parte el conocimiento del funcionamiento de las estrategias de afrontamiento en el manejo de la ECV

y en la calidad de vida de los pacientes, contribuiría a planificar intervenciones más efectivas sobre dichas estrategias.

En cuanto a las hipótesis planteadas, en primer lugar esperábamos que la estabilidad emocional, la extraversión y la afabilidad se relacionarían con una calidad de vida más alta en pacientes con diagnóstico de ECV. Por otra parte especulamos que las estrategias de afrontamiento de tipo emocional-pasivo predecirían de forma negativa la calidad de vida. Finalmente formulamos como pregunta de investigación cuál sería la asociación que mostraría la estrategia de la aceptación con la calidad de vida.

Método

Participantes y procedimiento

Para la selección de la muestra se contactó con dos centros sanitarios de Zaragoza, en los que se realizaba la atención a personas con patología cardíaca. En ambos casos se obtuvieron los permisos correspondientes de la dirección médica y de los responsables de los centros hospitalarios para llevar a cabo la investigación.

Cada paciente fue informado de los objetivos de la investigación y de su carácter voluntario. Aquellas personas que presentaban un trastorno psiquiátrico diagnosticado previamente, o unas condiciones físicas que les impedían rellenar el cuestionario, fueron desestimadas a priori. Se contactó con 312 pacientes los cuales firmaron el consentimiento informado en el momento de la consulta o del ingreso. De todos ellos 145 entregaron el cuestionario dos semanas después de habérselo entregado. Treinta y ocho pacientes fueron eliminados dado que habían rellenado el cuestionario de forma inadecuada o incompleta.

La muestra final del estudio estuvo formada por ciento siete pacientes, de los cuales un 59.8% (N=64) eran hombres y un 40.2% (N=43) mujeres. La edad media de los participantes fue de 63 años, estando el rango de edad comprendido entre 30 y 87 años. Con respecto al estado civil, un 77.6% de los participantes manifestó estar casado y un 22.4 % encontrarse sin pareja. Por otra parte un 41,1% de la muestra refirió tener estudios primarios; un 28% estudios secundarios y bachiller; y un 15% informó poseer estudios universitarios superiores. En cuanto a la situación laboral un alto porcentaje (83.2 %) de pacientes se encontraba inactivo, bien por baja temporal o permanente o bien por no trabajar fuera de casa. Sólo el 16.8% de los encuestados se mantenía en activo (ver Tabla 1).

Tabla 1
 Descriptivos de las variables sociodemográficas y clínicas de la muestra

VARIABLE	N (%)
SEXO	
Varón	64 (59.8%)
Mujer	43 (40.2%)
ESTADO CIVIL	
Casado	83 (77.6%)
Sin Pareja (soltero, divorciado o viudo)	24 (22.4%)
ESTUDIOS	
Lee y Escribe	17 (15.9%)
Primarios	44 (41.1%)
Secundarios y Bachiller	30 (28%)
Universitarios	16 (15%)
SITUACIÓN LABORAL	
Activo	18 (16.8%)
Inactivo	89 (83.2%)
EDAD (M+DT)	63.07±11.96
TIPO DE CARDIOPATÍA#	
Trastorno Cardiovascular**	49 (45.8%)
Cirugía (bypass/cateter)	28 (26.1%)
Infarto Agudo Miocardio	43 (40.2%)
Valvulopatía	6 (5.6%)
Fibrilación	13 (12.1%)
Arritmias	27 (25.2%)

Los porcentajes descritos se refieren a las personas que padecían esa patología

**Incluye: Insuficiencia cardíaca, pericarditis, cardiopatía isquémica o angina de pecho

Instrumentos

Para realizar el estudio se elaboró un cuadernillo que incluía diferentes escalas relativas a aspectos sociodemográficos, clínicos y psicosociales. Esta información fue recogida a través de autoinforme realizado por el propio paciente. Cuando éste no era capaz de informar de los datos biomédicos, se procedía a consultar su historial médico.

Variables sociodemográficas: Se evaluaron la edad; el sexo; el estado civil; el nivel de estudios y la situación laboral en el momento de la realización del cuestionario.

Patología cardíaca: Las diferentes patologías cardíacas recogidas en el cuestionario se agruparon siguiendo el criterio recomendado por el cardiólogo que atendía las consultas. Las categorías formadas fueron las siguientes: Trastorno cardiovascular (TCV: el cual incluía insuficiencia cardíaca, angina de pecho, e isquemia coronaria); Cirugía mediante

bypass, cateter o trasplante; Valvulopatía; Problemas de ritmo cardiaco (los cuales englobaban arritmias y fibrilación); e Infarto agudo de miocardio (IAM).

Variables psicosociales:

Cuestionario de los Cinco Factores de personalidad (BFQ; Bermúdez, 1993). El BFQ se basa en el modelo de los Cinco Grandes Factores de la personalidad. Consta de 132 ítems que miden las dimensiones relativas a la Energía (o Extraversión), Afabilidad, Tesón, Estabilidad Emocional y Apertura Mental. Dichas dimensiones están descritas mediante adjetivos, y se evalúan a través de una escala con 5 opciones de respuesta (desde 1 = completamente falso para mí, hasta 5 = completamente verdadero para mí). Cada factor incluye a su vez dos facetas, que hacen referencia a distintos aspectos del factor, obteniéndose así un total de 10 subescalas. Las dimensiones de personalidad elegidas para llevar a cabo nuestro estudio fueron la energía, la afabilidad y la estabilidad emocional ya que estas características son las que aparecen más ampliamente relacionadas con la ECV (Fruyt y Denollet 2002; Kubzansky y Thurston, 2007; Maertens et al., 2007).

Cuestionario breve de estrategias de afrontamiento (COPE; Carver, 1997). Esta versión breve del cuestionario COPE (Carver, Scheier, y Weintraub, 1989) está formada por 28 ítems que evalúan 14 tipos de reacciones de afrontamiento. En el estudio presente los ítems de esta escala se referían a la manera como la persona hacía frente al trastorno cardiovascular o a la cirugía coronaria.

Las 14 estrategias, compuestas de dos ítems cada una, comprenden: el afrontamiento activo, la planificación, la aceptación, la reevaluación positiva, la búsqueda de apoyo emocional, la búsqueda de apoyo instrumental, el desenganche conductual, la culpa, la negación, el uso de sustancias, la ventilación emocional, el desenganche mental, el humor, y la religión. El formato de respuesta es de tipo Likert, abarcando desde 1 ("no lo hago en absoluto") hasta 4 ("lo hago muchísimo"). Cada estrategia posee un rango de puntuación entre 2 y 8, significando una puntuación elevada un mayor uso de la estrategia.

El COPE ha demostrado tener buenas propiedades psicométricas (Murberg y Bru, 2001). En nuestra muestra la consistencia interna del instrumento fue alta (alpha de Cronbach = .79), oscilando los coeficientes de fiabilidad de las distintas subescalas entre .42 y .89.

Cuestionario de calidad de vida (CCV, Ruiz y Baca, 1993). Esta escala evalúa el nivel de calidad de vida percibida por la persona. Se compone de 35 ítems, con un formato de respuesta de tipo Likert de 5 puntos, (desde 1 = nada hasta 5 = mucho). Los 35 ítems se agrupan en cuatro subdimensiones: (a) el apoyo social, referido al tipo de relaciones que se mantienen en el ámbito de la familia y los amigos; (b) la satisfacción general, que alude a los aspectos que contribuyen a que la persona se sienta satisfecha consigo misma y con la vida que lleva; (c) el bienes-

tar físico y psicológico, definido a través del estado subjetivo de salud y del grado de satisfacción que éste produce; y (e) el tiempo libre.

En esta investigación consideramos como variables de estudio el nivel global de calidad de vida, así como las puntuaciones alcanzadas en las dimensiones de apoyo social, satisfacción y bienestar, puesto que estos criterios son los más utilizados a la hora de evaluar la calidad de vida en pacientes con ECV.

La fiabilidad de la escala global fue de .76. Los coeficientes de fiabilidad de las subescalas de apoyo social (alpha de Cronbach = .81) y satisfacción general (alpha de Cronbach = .85) fueron también elevados, siendo menor el referido a la subescala de bienestar (alpha de Cronbach = .46).

Tabla 2
Coeficientes de fiabilidad (alfa de Cronbach) para las escalas COPE y CCV

Escala	Dimensión de la escala	α
COPE	Afrontamiento Activo	.42
	Planificación	.53
	Reevaluación Positiva	.64
	Aceptación	.71
	Humor	.65
	Religión	.89
	Uso Apoyo Emocional	.63
	Uso Apoyo Instrumental	.69
	Distracción	.59
	Negación	.67
	Ventilación Emocional	.53
	Uso de Sustancias	.66
	Desenganche Conductual	.62
Culpa	.67	
CCV	Calidad de Vida Global	.76
	Apoyo Social	.81
	Satisfacción General	.85
	Bienestar Físico y Psicológico	.46

Resultados

El análisis de datos se llevó a cabo usando el programa estadístico SPSS V.15.0. En primer lugar se obtuvieron los coeficientes de correlación de Pearson, para determinar la relación entre los rasgos de personalidad, las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida. A continuación se efectuaron análisis de regresión lineal múltiple para examinar la capacidad predictiva de las variables de personalidad con respecto a las estrategias de afrontamiento, la calidad de vida y sus diferentes dimensiones. Mediante este tipo de análisis se examinó también cuál era el peso de las estrategias de afrontamiento en la predicción de la calidad de vida y de sus diferentes subdimensiones.

Estadísticos descriptivos

Con respecto a la patología cardiovascular, el infarto agudo de miocardio y el TCV (el cual incluía la insuficiencia cardiaca, angina de pecho y la cardiopatía isquémica) representaron las causas principales por las que los participantes estaban siendo asistidos en la especialidad de cardiología. Con la excepción de las intervenciones por cirugía y las arritmias, el porcentaje de pacientes que presentaron problemas de valvulopatía o fibrilación fue bajo (ver Tabla 1).

Atendiendo a los rasgos de personalidad, la media obtenida en afabilidad fue la más elevada ($M=80.2$), seguida de la energía ($M=74.6$) y de la estabilidad emocional ($M=68.6$). En cuanto a las estrategias de afrontamiento, las más utilizadas fueron las referidas a la aceptación, el afrontamiento activo, la planificación, el uso de apoyo tanto emocional como instrumental y la reevaluación positiva. Las menos usadas fueron las relativas al uso de sustancias, el desenganche conductual, la negación y el sentido del humor. Por último, los datos sobre la calidad de vida reflejaron unas puntuaciones más altas en satisfacción personal y apoyo social, siendo más bajas las puntuaciones relativas al bienestar.

Tabla 3
Descriptivos de las variables de estudio

Rasgos de personalidad	$M \pm DT$	Mínimo	Máximo
Energía	74.56 \pm 9.35	52	108
Afabilidad	80.18 \pm 9.25	54	103
Estabilidad Emocional	68.56 \pm 12.0	35	97
Estrategias afrontamiento			
Afrontamiento Activo	5.12 \pm 1.29	2	8
Planificación	4.82 \pm 1.53	2	8
Reevaluación Positiva	4.67 \pm 1.59	2	8
Aceptación	5.28 \pm 1.56	2	8
Humor	3.47 \pm 1.59	2	8
Religión	4.1 \pm 2.09	2	8
Uso Apoyo Emocional	5.09 \pm 1.57	2	8
Uso Apoyo Instrumental	4.63 \pm 1.51	2	8
Desenganche mental	4.29 \pm 1.82	2	8
Negación	3.53 \pm 1.54	2	8
Ventilación Emocional	4.39 \pm 1.77	2	8
Uso de Sustancias	2.11 \pm .63	2	7
Desenganche Conductual	3.44 \pm 1.34	2	8
Culpa	4.17 \pm 1.75	2	8
Calidad de vida			
Apoyo Social	34.45 \pm 5.49	13	45
Satisfacción General	44.39 \pm 9.25	15	65
Bienestar Físico y Psicológico	22.55 \pm 5.89	7	35
Calidad de Vida Global	123.11 \pm 18.30	57	158

Relaciones entre los rasgos de personalidad, las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida

En primer lugar se obtuvieron las correlaciones entre los rasgos de personalidad y las estrategias de afrontamiento. Como se observa en la Tabla 4, el rasgo de energía se relacionó positivamente con el empleo del humor, la ventilación emocional y el desenganche mental.

El rasgo de afabilidad por su parte se asoció con un mayor uso del afrontamiento activo y del apoyo tanto emocional como instrumental, así como con un mayor empleo de la reevaluación positiva. Finalmente la estabilidad emocional correlacionó con un menor uso del desenganche mental, la ventilación emocional y la culpa, asociándose de forma positiva con la aceptación y la reevaluación positiva.

Tabla 4
Correlaciones de los rasgos de personalidad con las estrategias de afrontamiento

	ENERGIA	AFABILIDAD	ESTABILIDAD EMOCIONAL
Afrontamiento Activo	.01	.23*	.13
Planificación	.02	.15	.09
Reevaluación	.08	.22*	.19*
Aceptación	-.04	.10	.22*
Humor	.23*	.13	.09
Religión	.10	.16	.10
Apoyo Emocional	.09	.19*	.10
Apoyo Instrumental	.06	.25**	-.06
Desenganche Mental	.28**	.01	-.25**
Negación	.02	-.05	-.12
Ventilación	.19*	.11	-.28**
Uso sustancias	.04	-.07	-.00
Desenganche Conductual	-.02	-.01	-.11
Culpa	.10	-.02	-.26**

**p < .01 *p < .05

En cuanto a las relaciones con la calidad de vida y sus diferentes dimensiones, se apreció que la energía se asociaba con un mayor grado de satisfacción. La estabilidad emocional, por su parte, correlacionó con un nivel más alto de calidad de vida global y bienestar. Finalmente la afabilidad se relacionó con un mayor apoyo social (ver Tabla 5).

Con respecto a las correlaciones obtenidas entre las estrategias de afrontamiento, la calidad de vida total y sus diferentes dimensiones, los resultados indicaron que las estrategias de búsqueda de apoyo, tanto emocional como instrumental, se asociaban positivamente con el apoyo social. El uso de sustancias, sin embargo, correlacionó de forma negati-

va con esta dimensión de la calidad de vida. La reevaluación positiva, por su parte, se asoció con un mayor nivel de satisfacción.

El desenganche conductual y el desenganche mental correlacionaron con un menor grado de bienestar y de calidad de vida. La culpa y la negación se relacionaron también con un nivel más bajo tanto en calidad de vida global como en satisfacción y bienestar. Por otro lado, como se observa en la tabla 5, no hubo ninguna asociación significativa de la aceptación con la CV o con alguna de sus dimensiones.

Tabla 5
Correlaciones de los rasgos de personalidad y las estrategias de afrontamiento con la calidad de vida

	Apoyo Social	Satisfacción	Bienestar	CV. Global
ENERGÍA	.10	.26**	-.08	.06
AFABILIDAD	.22*	.16	-.06	.10
ESTABILIDAD EMOCIONAL	.11	.18	.23*	.27**
Afrontamiento Activo	.05	-.02	-.13	-.09
Planificación	-.09	-.04	-.03	-.09
Reevaluación	.05	.20*	.01	.09
Aceptación	-.07	.10	.04	.06
Humor	-.16	.07	-.06	-.05
Religión	.07	.14	-.06	.07
Apoyo Emocional	.31**	.10	-.13	.09
Apoyo Instrumental	.24**	-.00	-.02	.00
Desenganche Mental	.03	-.09	-.37***	-.21*
Negación	-.02	-.22*	-.29**	-.26**
Ventilación	.08	-.04	-.11	-.07
Uso Sustancias	-.42***	-.09	.09	-.13
Desenganche Conductual	-.07	-.18	-.24*	-.23*
Culpa	-.18	-.24*	-.23*	-.33***

*** p < .001 **p < .01 *p < .05

Predicción de la calidad de vida

A continuación tratamos de determinar el peso predictivo de las dimensiones de personalidad con respecto a la calidad de vida. Tal como refleja la Tabla 6, la estabilidad emocional fue el rasgo que mayor peso tuvo en la predicción tanto de la calidad de vida global como de cada una de sus dimensiones, salvo en el caso del apoyo social. El rasgo de energía también contribuyó a explicar un mayor nivel de satisfacción.

Tabla 6
Predicción de la calidad de vida a partir de los rasgos de la personalidad

	R^2	$F_{(3, 103)}$	β
Apoyo Social			
Energía	.05	2.08	.09
Afabilidad			.17
Estabilidad Emocional			.07
Satisfacción General			
Energía	.14	5.65***	.34***
Afabilidad			-.01
Estabilidad Emocional			.29**
Bienestar			
Energía	.08	3.04*	.04
Afabilidad			-.19
Estabilidad Emocional			.31**
CV. Global			
Energía	.10	3.92**	.17
Afabilidad			-.06
Estabilidad Emocional			.35**

***p < .001 ** p < .01 *p < .05

Por último analizamos la capacidad predictiva que tenían determinadas estrategias de afrontamiento en relación con la calidad de vida. En dichos análisis sólo se introdujeron como variables predictoras aquellas estrategias que habían correlacionado de forma significativa con la calidad de vida global o con sus correspondientes dimensiones.

Los análisis de regresión mostraron que la culpa predecía de forma negativa tanto la calidad de vida global como el apoyo social. El uso de sustancias predijo también en sentido negativo el apoyo social, mientras que el desenganche mental se relacionó con un menor grado de bienestar. Finalmente la reevaluación positiva fue la única estrategia que se asoció de forma positiva con la satisfacción (ver Tabla 7)

Discusión

La presente investigación se ha centrado, por un lado, en estudiar en una muestra de enfermos cardiovasculares cómo se relacionaban y cuál era el peso predictivo de los rasgos de personalidad con respecto a la calidad de vida que percibían. Por otro lado se ha determinado la capacidad predictiva de las estrategias de afrontamiento en relación con la calidad de vida; y se ha examinado de forma exploratoria la asociación entre la estrategia de afrontamiento de la aceptación y la calidad de vida.

Tabla 7
Predicción de la calidad de vida a partir de las estrategias de afrontamiento

	R^2	$F_{(8, 98)}$	β
Apoyo social			
Reevaluación Positiva	.30	5.27***	.00
Apoyo Emocional			.20
Apoyo Instrumental			.12
Desenganche Mental			.04
Negación			-.08
Uso Sustancias			-.39***
Desenganche Conductual			-.02
Culpa			-.18*
Satisfacción			
Reevaluación Positiva	.17	2.56**	.25**
Apoyo Emocional			.09
Apoyo Instrumental			-.08
Desenganche Mental			-.02
Negación			-.16
Uso Sustancias			-.13
Desenganche Conductual			-.06
Culpa			-.19
Bienestar			
Reevaluación Positiva	.21	3.35**	.12
Apoyo Emocional			-.13
Apoyo Instrumental			.09
Desenganche Mental			-.32**
Negación			-.02
Uso Sustancias			.04
Desenganche Conductual			-.11
Culpa			-.14
CV. Global			
Reevaluación Positiva	.21	3.44**	.16
Apoyo Emocional			.10
Apoyo Instrumental			-.03
Desenganche Mental			-.13
Negación			-.12
Uso Sustancias			-.17
Desenganche Conductual			-.09
Culpa			-.25**

***p < .001 ** p < .01 *p < .05

Los resultados encontrados muestran, en primer lugar, que los diferentes rasgos de personalidad si bien correlacionaron de forma moderada con las diferentes facetas de la calidad de vida, mantuvieron su capacidad predictora en los diferentes análisis de regresión, apoyando parcialmente la primera hipótesis que habíamos formulado.

En concreto los datos obtenidos indicaron que la estabilidad era el rasgo de personalidad que se asociaba en mayor medida con la calidad de vida, la satisfacción y el bienestar; si bien la energía también predijo un mayor grado de satisfacción. Estos resultados sugieren, tal como lo han hecho investigaciones previas (Caspi et al., 2005; Chida y Hamer, 2008; Denollet, 2000; Steel et al., 2008), que el polo opuesto a la estabilidad emocional, esto es el neuroticismo, contribuye de forma importante a la disminución de la calidad de vida y a un peor ajuste a este tipo de enfermedad. De hecho los pacientes con ECV y con alta puntuación en neuroticismo manifiestan un menor grado de bienestar y de satisfacción vital.

Atendiendo al peso que tuvieron las estrategias de afrontamiento en la predicción de la calidad de vida global y de sus diferentes facetas, nuestros datos apoyaron la hipótesis que habíamos formulado, mostrando que las estrategias centradas en la emoción negativa, esto es, la culpa, la negación, el desenganche mental y el uso de sustancias fueron las que se relacionaron con una peor calidad de vida.

La reevaluación positiva, la cual puede ser considerada como una estrategia activa a la hora de manejar y regular las emociones, predijo sin embargo una mayor satisfacción, confirmándose de este modo la evidencia obtenida en trabajos previos (Campos et al. 2004; Contreras, Esguerra, Espinosa y Gómez, 2007; Gaviria, Quiceno Vinassia, Martínez, y Otalvaro 2009; Klein, Turvey y Pies 2007; Moskowitz, et al. 2009; Penley, Tomaka y Wiebe, 2002; Seyedeh-Monavar, Simin, Mansoureh y Ali, 2008; Shen, Myers y McCreary, 2005).

Finalmente, con respecto a la estrategia de la aceptación, si bien nos habíamos planteado analizar cómo podría estar actuando en una muestra de personas con ECV, no encontramos ninguna asociación significativa con la calidad de vida global o con alguna de sus dimensiones.

Considerando que la aceptación, al igual que la reevaluación positiva, representa una estrategia que facilita la disminución del malestar y el mantenimiento del equilibrio emocional (Carver et al., 1989; Folkman y Greer, 2000; Nakamura y Orth, 2005), se podría especular que, en los pacientes de esta muestra, el hecho de que valoraran los aspectos positivos que podía tener su enfermedad, más que el que optaran por tratar de aceptarla tal como era, propició un mayor nivel de calidad de vida y de satisfacción vital.

Esta explicación requiere de una mayor contrastación empírica, dado que, por el momento, los datos disponibles relativos al tipo de correlatos y consecuencias derivadas del empleo de la aceptación son escasos y no del todo consistentes. Así por ejemplo, según los resultados del meta-análisis de Campos et al. (2004), la aceptación podría ser entendida, antes que como una forma de asumir la realidad, como una sensación de “desesperanza” que reflejaría un estado de desbordamiento ante la

enfermedad crónica el cual sería negativo para una buena regulación emocional.

Para ahondar más sobre este punto analizamos en nuestro estudio la relación que tenía la aceptación con los rasgos de personalidad y con las estrategias utilizadas, constatando que su asociación era positiva con la estabilidad emocional y con la mayoría de las estrategias comúnmente consideradas activas, como fueron el afrontamiento activo, la planificación, la reevaluación positiva o el humor. Su relación con las estrategias de afrontamiento pasivas o evitativas, como la distracción, la culpa, la negación, la ventilación emocional, el desenganche conductual y el uso de sustancias fue muy baja o no significativa. Estos resultados conducen a pensar que la aceptación representaría en la presente investigación una forma activa de afrontamiento de la realidad, la cual favorecería la adaptación ayudando a convivir con la enfermedad.

Por último, es preciso destacar que, aunque la aceptación fue la estrategia más usada por los pacientes con ECV de nuestra muestra, al igual que también lo fueron en su conjunto las estrategias dirigidas al afrontamiento activo, las estrategias de tipo pasivo resultaron ser las que tuvieron un mayor peso en la predicción de la calidad de vida total y de sus respectivas subdimensiones, apoyando así la evidencia encontrada en otros estudios (Folkman, 2011).

La presente investigación cuenta con una serie de limitaciones que es preciso comentar. En primer lugar, teniendo en cuenta que el diseño de esta investigación fue de carácter transversal, sería conveniente confirmar los resultados obtenidos con otros procedentes de estudios longitudinales. De esta forma se podrían valorar los posibles cambios que, en un plazo de tiempo más largo, hubieran ocurrido en las variables estudiadas así como su posible repercusión sobre el ajuste a la enfermedad.

En segundo lugar la inclusión de otros factores, como la repercusión que tenga la ocurrencia de un único problema cardiovascular frente a un mayor grado de comorbilidad, o la influencia de la historia y de la propia representación que haga el paciente sobre su enfermedad, constituyen aspectos de interés para comprender las posibles diferencias interindividuales que pueden darse con respecto al grado de adaptación a la ECV.

Finalmente, desde el punto de vista metodológico, habría que mencionar la baja fiabilidad obtenida con algunas de las escalas de afrontamiento incluidas en la versión breve del COPE. Esta limitación podría explicarse si se tiene en cuenta que cada escala estaba compuesta de dos ítems. A pesar de ello hay que señalar que en algunos estudios (Murberg y Bru, 2001) se han obtenido coeficientes de fiabilidad adecuados con esta versión del COPE.

En resumen, la investigación presente pone de manifiesto la contribución que tienen sobre la calidad de vida tanto las características de la personalidad de los pacientes como su forma de afrontar la enfermedad. En particular la afabilidad, pero sobre todo la estabilidad emocional, son

los dos rasgos que parecen vincularse con un mejor manejo de la enfermedad cardiovascular, fomentando un menor uso de estrategias emocionales negativas y una mayor búsqueda de apoyo social. Por otra parte, tanto la estabilidad emocional como la energía y el afrontamiento dirigido a la reevaluación positiva de la situación parecen representar factores psicosociales protectores, en la medida en que contribuye a aumentar el nivel de calidad de vida de los pacientes.

En su conjunto estos resultados permiten arrojar luz a la hora de planificar mejor los programas de prevención y rehabilitación cardiaca con el fin de maximizar la eficacia de los mismos. Dichos tratamientos podrían realizarse desde atención primaria, estructurándose de manera estratificada y multifactorial y orientándose al perfil individual y a las necesidades de cada paciente. En estos programas, además de contemplar la reducción de los factores de riesgo cardiaco tradicionales, sería conveniente que también se incluyeran protocolos de actuación a nivel psicológico y social, destacando el afrontamiento adaptativo de la enfermedad cardiaca, la promoción de la calidad de vida, y la reducción de los niveles de malestar emocional y aislamiento social que pueden tener los pacientes coronarios con mayor vulnerabilidad emocional.

Referencias

- Banegas, J.R. y Rodríguez-Artalejo, F. (2008). Insuficiencia cardiaca e instrumentos para medir la calidad de vida. *Revista Española de Cardiología*, 61, 233-5.
- Baoyong, L. (2000) Ways of coping and personality. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 8, 7-9.
- Bermúdez, J. (1993). *BFQ-Cuestionario "Big Five"*. Madrid: TEA Ediciones.
- Birket-Smith, M., Hansen, B.H., Hanash, J.A., Hansen, J.F. y Rasmussen, A. (2009). Mental disorders and general well-being in cardiology outpatients-6 year survival. *Journal of Psychosomatic Research* 67, 5-10.
- Bolger, N. y Zuckerman, A. (1995) A framework for studying personality in the stress process. *Journal of Personality & Social Psychology* 69, 890-902.
- Bonaguidi, F., Triviella, M.G., Carpeggiani, C., Michelassi, C. y Abbate, A. (1994). Personality & acute myocardial infarction: Distinctive traits. *Giornale Italiano di Cardiologia*, 24, 6, 745-753.
- Bosworth, H.B., Feaganes, J.R., Vitaliano, P., Mark, D.B. y Siegler, I.C. (2001). Personality and coping with a common stressor: Cardiac catheterisation. *Journal of Behavioural Medicine*, 24, 17-31.
- Brebner, J. (2001). Personality and stress coping. *Personality and Individual Differences*, 31, 317-327.
- Campos, M., Iraurgi, J., Páez, D. y Velasco, C. (2004). Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes. Un meta-análisis de 13 estudios. *Boletín de Psicología*, 82, 25-44.
- Carpeggiani, C., Emdin, M., Bonaguidi, F., Landi, P., Michelassi, C., Triviella, M.G., Macerata, A. y L'Abbate, A. (2005). Personality traits and heart rate variability predict long term cardiac mortality after myocardial infarction. *European Heart Journal*, 26, 1612-1617.

- Carver, C.S., Scheier, M.F. y Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Carver, C.S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief Cope. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100.
- Caspi, A., Roberts, B.W. y Shiner, R.L. (2005) Personality development: Stability and change. *Annual Review of Psychology* 56, 453-484.
- Chen, Y., Gilligan, S., Coups, E. y Contrada, R. (2005). Hostility and perceived social support: Interactive effects on cardiovascular reactivity to laboratory stressors. *Annals of Behavioural Medicine* 29, 37-43.
- Chida, Y. y Hamer, M. (2008). Chronic psychosocial factors and acute physiological responses to laboratory induced stress in healthy populations: A quantitative review of 30 years of investigations. *Psychological Bulletin* 134, 829-885.
- Chung, M.C., Berger, Z. y Rudd, H. (2007). Comorbidity and personality traits in patients with different levels of posttraumatic stress disorder following myocardial infarction. *Psychiatry Research*, 152, 243-252.
- Connor-Smith, J. y Flachsbart, C. (2007). Relations between personality and coping: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93, 1080-1107.
- Contreras, F., Esguerra, G.A., Espinosa, J.C. y Gómez, V. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Acta Colombiana de Psicología* 10, 169-179.
- Costa, P.T. y McCrae, R.R. (1987). Neuroticism, somatic complaints and disease: Is the bark worse than the bite?. *Journal of Personality*, 55, 299-316.
- Costa, P.T. y McCrae, R.R. (1989). The NEO PI-R. Profesional Manual. *Odessa, FL. Psychological Assessment Resources*.
- David, J.P. y Suls, J. (1999). Coping efforts in daily life: Role of big five traits and problem appraisals. *Journal of Personality*, 67, 265-294.
- Denollet, J. y Sys, S. (1996). Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease. *Lancet*, 347, 417-427.
- Denollet, J. y Brutsaert, D.L. (1998). Personality, disease severity, and risk of long-term cardiac events in patients with a decreased ejection fraction after myocardial infarction. *Circulation*, 9, 167-173.
- Denollet, J. (2000). Type D personality. A potential risk factor refined. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 465-468.
- Dorta, M.R. (2002). Validez de constructo del patrón de conducta tipo A. *Tesis. Universidad de la Laguna, (España)*.
- The Fifth Joint Force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice. European Guidelines on Cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). *European Heart Journal*. 33, 1635-1701. Doi: 10.1093/euroheartj/ehs092.
- Fernandez-Abascal, E.G., Martín, M.D. y Domínguez, F.J. (2003). Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en trastornos cardiovasculares. *Psicothema*, 15, 615-630.
- Figuroa-López C., Alcocer, L. y Ramos B. (2011). Factores de riesgo psicosociales asociados a los trastornos cardiovasculares en estudiantes universitarios. *Anales de Psicología*, 27, 739-744.
- Folkman, S. y Greer, S. (2000). Promoting psychological well-being in the face of serious illness: When theory, research and practice inform each other. *Psycho-oncology*, 9, 11-19.
- Folkman, S. (2011). *The Oxford handbook of stress, health and coping*. New York: Oxford University Press.
- Friedman M. y Rosenman, R. (1974). *Type A Behavior and your heart*. New York Knopf.

- Fruyt, F. y Denollet, J. (2002). Type D personality: A five factor model perspective. *Psychology & Health* 17, 671-683.
- Gaviria, A., Quiceno, J., Vinassia, S., Martínez, L. y Otalvaro, M. (2009). Estrategias de afrontamiento y ansiedad-depresión en pacientes diagnosticados con VIH-SIDA. *Terapia psicológica*, 27, 5-13.
- Gunthert, K.C., Cohen, L.H. y Armeli, S. (1999). The role of neuroticism in daily stress and coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1087-1100.
- Jacka, F.N., Pasco, J.A., McConnell, S., Williams, L.J., Kotowicz, M.A., Nicholson, G.C. y Berk, M. (2007). Self-reported depression and cardiovascular risk factors in a community sample of women. *Psychosomatics* 48, 54-59.
- Jiménez-Torres, M., Martínez, M.P., Miró E. y Sánchez A.I. (2012). Relación entre estrés percibido y estado de ánimo negativo: diferencias según el estilo de afrontamiento. *Anales de Psicología*, 28, 28-36.
- Kao, C.W. (2007). Quality of life and physiological status as predictors of mortality in patients with ICD. *Dissertation Abstracts International: Section B: Sciences & Engineering* 67, 4107.
- Karademas, E.C. y Hondronikola, I. (2010). The impact of illness acceptance and helplessness to subjective health, and their stability over time: A prospective study in a sample of cardiac patients. *Psychology, Health & Medicine*, 15, 336-346.
- Klein, D.M., Turvey, C.L. y Pies, C.J. (2007). Relationship of coping styles with quality of life and depressive symptoms in older heart failure patients. *Journal of Aging and Health*, 19, 22-38.
- Kubzansky, L.D. y Thurston, R.C. (2007). Emotional vitality and incident coronary heart disease. *Archives of General Psychiatry* 64, 1393-1401.
- Lane, D., Carroll, D., Ring, C., Beevers, D.G. y Lip, G.Y. (2001). Mortality and quality of life 12 months after myocardial infarction: Effects of depression and anxiety. *Psychosomatic Medicine*, 63, 221-230.
- Livneh, H. y Antonak, R. (2005). Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A primer for counselors. *Journal of Counseling & Development*, 83, 12-20.
- Lopez, A. y Calero, M. (2008). Sensibilidad al dolor, autorregulación, afrontamiento y personalidad en mujeres adultas sanas. *Psicothema*, 20, 420-426.
- Lukkarinen, H. y Hentinen, M. (1998). Assessment of quality of life with the Nottingham health profile among women with coronary artery disease. *Heart and Lung*, 27, 189-198.
- Maertens, E.J., Kupper, N., Pedersen, S.S., Aquarius, A.E. y Denollet, J. (2007). Type D personality is a stable taxonomy in post MI patients over an 18 month period. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 545-550.
- Matthews, K.A., Glass, D.C., Rosenman, R.H. y Bortner, R.W. (1977). Competitive drive, pattern A and coronary heart disease: A further analysis of some data from the Western Collaborative Group Study. *Journal of Chronic Disease*, 30, 489-498.
- Miguel-Tobal J.J., Cano-Vindel A., Casado M.I. y Escalona A. (1994). Emociones e hipertensión. Implantación de un programa cognitivo-conductual en hipertensos. *Anales de Psicología*, 10, 199-216.
- Minoretti, P., Politi, P., Martinelli, V., Emanuele, E., Bertona, M., Falcone, C. y Geroldi, D. (2006). QT interval duration in apparently healthy men is associated with depression-related personality trait neuroticism. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 19-23.
- Moreno, E. (2002). Investigación en psicología de la personalidad. Líneas de evolución y situación actual. *Boletín de Psicología*, 74, 39-77.
- Morling, B. y Evered, S. (2006). Secondary control reviewed and defined. *Psychological Bulletin*, 132, 269-296.

- Moskowitz, J.T., Hult, J.R., Bussolari, C. y Acree, M. (2009). What works in coping with HIV? A meta-analysis with implications for coping with serious illness. *Psychological Bulletin* 135, 121-141.
- Mroczek, D.K. y Spiro, A. (2007). Personality change influences mortality in older men. *Psychology Science*, 18, 371-376.
- Murberg, T.A. y Bru, E. (2001). Coping and mortality among patients with congestive heart failure. *International Journal of Behavioral Medicine*, 8, 66-79.
- Murberg, T.A., Furze, G. y Bru, E. (2004). Avoidance coping styles predict mortality among patients with congestive heart failure: A 6-year follow-up study. *Personality and Individual Differences*, 36, 757-766.
- Nakamura, Y.M. y Orth, U. (2005). Acceptance as a coping reaction: Adaptive or not?. *Swiss Journal of Psychology*, 64, 281-292.
- Onyike, C.U., Crum, R.M., Lee, H.B., Lyketsos, C. y Eaton, W. (2003). Is obesity associated with major depression?. Results from 3th National Health and Nutrition Examination Survey. *American Journal of Epidemiology*, 158, 1139-1147.
- Park, C.L., Malone, M.R., Suresh, D.P., Bliss, D. y Rosen, R.I. (2008). Coping, meaning in life, and quality of life in congestive heart failure patients. *Quality Life Research*, 17, 21-26.
- Pedersen, S.S., Middel, B. y 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.
- Pedersen, S.S., van Domburg, R.T., Theuns, D.A., Jordanes, L. y Erdman, R. (2004). Type D personality is associated with increased anxiety and depressive symptoms in patients with an ICD and their partners. *Psychosomatic Medicine*, 66, 714-719.
- Penley J.A., Tomaka, J. y Wiebe, J.S. (2002) The association of coping to physical and psychological health outcome: A meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine* 25, 551-603.
- Ruiz, M.A. y Baca, E. (1993). Design and validation of the quality of life questionnaire. A generic health-related quality of life instrument. *European Journal of Psychological Assessment*, 9, 19-32.
- Sanjuán, P., Pérez-García, A.M., Bermúdez, J. y Sánchez-Elvira, A. (2000). Hostilidad y reactividad cardiovascular en tareas físicas. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 53, 673-691.
- Schneider, T.R. (2004). The role of neuroticism on psychological and physiological stress responses. *Journal of Experimental Social Psychology*, 40, 795-804.
- Seyedeh-Monvar, Y., Simin, H., Mansoureh, E. y Ali, F.A. (2008). Quality of life and coping strategies in coronary heart disease patients. *Journal of Applied Sciences*, 8, 707-710.
- Shen, B.J., McCreary, C.P. y Myers, H.F. (2004). Independent and mediated contributions of personality, coping, social support and depressive symptoms to physical functioning outcome among patients in cardiac rehabilitation. *Journal of Behavioral Medicine*, 27, 39-62.
- Shen, B.J., Myers, H.F. y McCreary, C.P. (2005). Psychosocial predictors of cardiac QOL outcomes. *Psychosomatics*, 6, 3-11.
- Shiple, B.A., Weiss, A., Der, G., Taylor, M.D. y Deary, I.J. (2007). Neuroticism, extraversion, and mortality in the UK health and lifestyle survey: A 21-year prospective study. *Psychosomatic Medicine*, 69, 923-931.
- Soni, R.K., Porter, A.C., Lash, J.P. y Unruh, M.L. (2010). Health-related quality of life in hypertension, chronic kidney disease and coexistent chronic health conditions. *Advances in chronic kidney diseases*, 17, e17-e26.
- Steel, P., Schmidt, J. y Shultz, J. (2008). Refining the relationship between personality and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 134, 138-161.

Boletín de Psicología, No. 109, Noviembre 2013

- Steptoe, A. y Molloy, G. (2007). Personality and heart disease. *Heart*, 93, 783-784.
- Whitfield, K.E., Jonassaint, C., Brandon, D., Stanton, M.V., Sims, R., Bennett, G., Salva, J. y Edwards, C.L. (2010). Does coping mediate the relationship between personality and cardiovascular health in African Americans?. *Journal of the National Medical Association*, 102, 95-100.
- Williams, L. (2007). Predictors of outcome in cardiac disease: the role of personality and illness cognitions. *Thesis. Department of Psychology. University of Stirling (UK)*.