



Anuario de Investigaciones
ISSN: 0329-5885
anuario@psi.uba.ar
Universidad de Buenos Aires
Argentina

Elmasian, Mariana; Mikulic, Isabel M.
AVANCES EN LA CONSTRUCCIÓN DEL INVENTARIO DE PATRÓN DE CONDUCTA
TIPO A Y D (IPAD)
Anuario de Investigaciones, vol. XXIII, 2016, pp. 317-323
Universidad de Buenos Aires
Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369152696034>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

AVANCES EN LA CONSTRUCCIÓN DEL INVENTARIO DE PATRÓN DE CONDUCTA TIPO A Y D (IPAD)

PROGRESS IN THE CONSTRUCTION OF THE TYPE A AND D BEHAVIOUR PROFILE INVENTORY (IPAD)

Elmasian, Mariana¹; Mikulic, Isabel M.²

RESUMEN

Un Patrón de Conducta es una forma habitual de ver y reaccionar ante el entorno y las circunstancias. El Patrón de Conducta Tipo A tiene su origen en la descripción presentada por Friedman y Rosenman en 1959, quienes lo relacionaron con un riesgo aumentado de sufrir una afección cardíaca. A partir de este aporte, numerosas investigaciones consideraron que este patrón constituye un factor de riesgo independiente tanto en el inicio como en el desarrollo de los trastornos cardíacos. Más recientemente, se ha propuesto un nuevo patrón, llamado de Personalidad Tipo D, relacionado con este fenómeno. Denollet y colaboradores, plantearon que la personalidad tipo D puede ser una influencia importante en el desarrollo de patología cardiovascular. Este trabajo investigativo tiene por objetivo presentar la construcción del Inventario de Patrón de Conducta A y D (IPAD). Este instrumento constituirá una herramienta validada en nuestro medio, específicamente con población cardíaca, que permitirá evaluar conjuntamente ambos patrones. Los análisis realizados permiten afirmar que todos los ítems presentan adecuados valores de simetría y curtosis así como una correlación adecuada ítem test. El coeficiente Alpha de Cronbach indicó un valor elevado de confiabilidad para las escalas que componen la técnica. Se presentan las distintas fases en el proceso de construcción y las características del instrumento en su etapa actual.

Palabras clave:

Evaluación Psicológica - Patrón de conducta - Personalidad - Tipo A - Tipo D - Enfermedad cardíaca

ABSTRACT

The Type A Behaviour Profile arises from the description of behaviors presented by Friedman and Rosenman in 1959, who linked it to an increased risk of suffering a heart condition. From this input, numerous investigations considered as type A Behaviour independent risk factor both in the beginning and in the development of cardiovascular disorders. More recently, it has been proposed a new profile, type D personality, concerning this phenomenon. Denollet and colleagues argued that type D personality may be an important influence on the development of cardiovascular disease. This paper presents the construction of the Inventory of A and D type Behaviour (IPAD). This instrument is a validated tool in our environment, specifically for cardiac population that jointly evaluates both profiles. The analyzes support the conclusion that all the items have appropriate symmetry and curtosis and adequate correlation test item. The Cronbach alpha coefficient shows high reliability regarding every dimensions of the instrument. It is shown the methodology followed in the designing process and the psychometric characteristics of the instrument.

Key words:

Psychological Assessment - Type behavior - Personality - Type a - Type d - Cardiac disease

¹Lic. en Psicología. Becaria doctoral UBACyT. Docente de Exploración y Diagnóstico Psicológico Módulo 1, Cátedra 1.

E-mail: mariana.elmasian@coband.org

²Directora del Proyecto UBACyT 2014 – 2017: Inteligencia Emocional y Calidad de Vida: Estudio de las Competencias Socioemocionales en Contextos Naturales.

Introducción

La enfermedad cardíaca es actualmente la primera causa de muerte en hombres y mujeres a nivel mundial (OMS, 2011). Es por esta razón que la investigación en torno a este fenómeno pasó de considerar únicamente los factores biomédicos al estudio de una serie de factores de riesgo psicológico y social (Laham, 2008). En este sentido, el patrón de conducta tipo A (PCTA) ha sido uno de los primeros factores estudiados desde fines de los años 50. Más recientemente se sumó el estudio de la personalidad tipo D (Denollet, 2000).

Los primeros en describir el PCTA fueron los cardiólogos estadounidenses Meyer Friedman y Ray Rosenman (1959). Estos investigadores observaron en sus pacientes ciertos rasgos característicos que resumieron en: un deseo intenso de tener éxito, alta competitividad, impaciencia y un extraordinario nivel de alerta física y mental. A partir de esto, propusieron un conjunto de características que resumen estos rasgos conformando el denominado PCTA. Las personas con este perfil están profundamente comprometidas con sus vocaciones o empleos, descuidando otros aspectos de sus vidas en favor de un comportamiento impaciente, competitivo y hostil con el fin de lograr metas, cada vez más grandes, aunque pobremente definidas (Rosenman, 1986). El primer gran estudio que examinó la relación entre este patrón de conducta y la enfermedad cardíaca fue el "Western Collaborative Group Study". En esta investigación fueron examinados 3514 trabajadores durante 8 años y medio. Los resultados indicaron que aquellos participantes con PCTA tuvieron el doble de riesgo de desarrollar enfermedad cardíaca (Rosenman, 1967). Este riesgo aumentado puede explicarse a partir de uno de los aspectos centrales de este patrón: la reactividad psicofisiológica. Ésta característica contribuye al daño arterial y al aumento de depósitos de placa de ateroma, a partir de la constante activación del sistema nervioso simpático (Ganster, Schaubroeck, Sime, & Mayes, 1991). Desde entonces, el PCTA, es considerado un factor de riesgo independiente tanto para el inicio como desarrollo de la enfermedad cardíaca (Haynes, Feinleib, & Kannel, 1980). Es importante mencionar que existen críticas a la definición de este patrón. Estas se basan principalmente en que no todos sus componentes reflejan una clara relación con la enfermedad cardíaca. Otra de las principales objeciones consiste en la dudosa validez y fiabilidad de los instrumentos utilizados en la evaluación de sujetos diagnosticados con este tipo de patrón de conducta. Más allá de las críticas presentadas, el PCTA continúa siendo considerado como uno de los aspectos, junto con otras emociones negativas, que más perjudican a la salud coronaria (Rozanski, Blumenthal & Kaplan, 1999; San Dámaso & Ferro, 2012).

Por otra parte, más recientemente, se ha propuesto un nuevo tipo de personalidad relacionada con el riesgo de contraer trastornos cardiovasculares. Johan Denollet y su grupo de investigadores han sugerido que la personalidad Tipo D puede ser una influencia importante en el desarrollo de trastornos cardíacos. La personalidad Tipo D se

caracteriza por la afectividad negativa y la inhibición social (Denollet, 2000). Este perfil se asocia con una serie de factores negativos, tales como el deterioro de la salud (Pedersen, Denollet, Ong, Serruys, Erdman y van Dorburg, 2007), la reducción de la calidad de vida (Al Ruzzeh, Athanasiou, Mangoush, Wray, Modine, George & Amrani, 2005), el aumento de síntomas cardíacos y fatiga (Schiffer, Denollet, Widdershoven, Hendriks Y Smith, 2007), y un alto riesgo de sufrir depresión y ansiedad. La evaluación de la personalidad tipo D se realiza principalmente con la Escala Tipo D-14 (DS14; Denollet, 2005), desarrollada a partir de ítems del Inventario Multifacético de la Personalidad de Minnesota (MMPI-2; Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen, & Kaemmer, 1989) y otros ítems desarrollados por los autores (Denollet, 2000). Si bien existe evidencia que apoya la relación entre el perfil tipo D y la enfermedad cardíaca (Denollet et al, 2006; Denollet, Schiffer, & Spek, 2010), no se han encontrado estudios meta-analíticos analizando esta variable. Es necesario aún ampliar su estudio y realizar nuevas investigaciones en torno a este constructo.

Tomando en consideración lo presentado hasta aquí, el propósito de la construcción del Inventario de Patrón de Conducta Tipo A y D (IPAD) es contar con una herramienta validada con población cardíaca y en nuestro medio, que permita la valoración conjunta de ambos perfiles de comportamiento. Este aporte facilitará el proceso evaluativo de los factores psicosociales que afectan la salud de estos pacientes.

Método

Participantes

Muestra piloto

Para realizar el estudio piloto del instrumento se trabajó con una muestra no probabilística intencional de 57 adultos del conurbano que sufren enfermedad cardíaca y están bajo tratamiento cardiológico. La muestra del estudio piloto está constituida por un 34 % de mujeres y un 66 % de hombres, todos de nacionalidad argentina. El rango de edad está comprendido entre los 50 y 71 años ($M=61$; $SD=5$). En relación al estado civil el 84 % es casado, el 6,4 % soltero, el 6,5 % vive en concubinato y el 3,2 % divorciado. En relación al nivel de instrucción: el 19 % tiene primario completo, el 32,7 % secundario completo, el 12,6 % terciario completo y el 35,7% universitario completo. Por último, con respecto a la ocupación, el 41,2 % es empleado, el 23,2 % profesional, el 20,4 % jubilado, el 8,7 % ama de casa y el 6,4 % desocupado.

Muestra del estudio con la versión preliminar

Construcción del instrumento

En el proceso de construcción del Inventario de Patrón de Conducta A y D (IPAD), se han llevado a cabo los siguientes pasos (Mikulic, 2007): a) Definición de los dominios a evaluar, b) selección y elaboración de la escala, c) redacción de los ítems, d) revisión de los expertos y e) análisis y depuración de los ítems.

a) Definición de los dominios a evaluar:

Para la construcción del inventario, se procedió a realizar una búsqueda bibliográfica sobre la temática. A partir del análisis de las distintas definiciones conceptuales halladas, se han tomado las siguientes para realizar el diseño del instrumento:

- *Personalidad tipo A*
- Complejo de acción-emoción que utilizan los sujetos para enfrentarse con los problemas y desafíos de su medio ambiente (Rosenman, 1993). Esto implica:
- *Disposición conductual*: competitividad, perfeccionismo, orientación al trabajo e impaciencia.
- *Conductas específicas*: tensión general, habla explosiva, estado de alerta, ritmo acelerado y exceso de energía.
- *Reactividad emocional*: irritación, hostilidad y agresividad.
- *Personalidad tipo D*
- Rasgo de personalidad caracterizado por la afectividad negativa y por la inhibición social (Pedersen & Denollet, 2003).
- *Afectividad negativa*: se entiende la tendencia a preocuparse y a tener una visión pesimista de las cosas, acompañada a menudo de sentimientos de infelicidad o irritación, síntomas depresivos, preocupación crónica y un bajo nivel de bienestar subjetivo.
- *Inhibición social*: se define por una tendencia a mantenerse distanciado de los demás, por inhibir a menudo la expresión de emociones y conductas en la interacción social, y por bajos niveles de soporte social percibido.

b) Selección de la escala

Se seleccionó para esta prueba una escala tipo likert de cinco opciones de respuesta: totalmente en desacuerdo, parcialmente en desacuerdo, ni en acuerdo ni en desacuerdo, parcialmente de acuerdo y totalmente en acuerdo.

c) Redacción de los ítems

Se ha seguido, para la elaboración de los ítems, la estrategia de constructo, que consiste en partir de un modelo teórico para proceder a la redacción de los mismos. Luego de este paso, los reactivos son sometidos a una serie de análisis estadísticos. Asimismo, se han seguido las pautas que contemplan la necesidad de adaptar el lenguaje a las características de la población objetivo: realizar una formulación clara y concreta, utilizar frases breves y de estructura sencilla, redactar enunciados afirmativos y evitar el uso de expresiones extremas (Hernandez Sampieri, Fernández-Collado & Baptista Lucio, 2006; Mikulic, 2007).

d) Revisión de expertos

Una vez cumplido el paso correspondiente a la redacción de los ítems, se procedió a someterlos al juicio de expertos mediante una entrevista semidirigida. Se consultaron 3 especialistas en cardiología (2 médicos cardiólogos y 1 psicocardiólogo) y 3 expertos en construcción de pruebas de evaluación psicológica. También se realizaron entrevistas semi dirigidas con pacientes con enfermedad cardíaca para establecer la claridad y pertinencia de los ítems. A raíz de estas revisiones algunos ítems fueron

modificados y otros fueron agregados en respuesta a lo recabado en las entrevistas. A partir de esta primera depuración, el instrumento quedó constituido por 52 ítems. La consigna para la administración de la técnica también fue sometida a revisión a fin de lograr una versión que se encuentre expresada en un lenguaje claro, que fuera breve, precisa y de fácil comprensión (Matesanz Nogales, 1997).

e) Análisis y depuración de los ítems

Luego del análisis comprensivo y racional de los ítems, se llevó a cabo un primer estudio preliminar del instrumento a través de una prueba piloto, considerando la población que constituye el objeto de esta investigación.

Resultados**Estadísticos descriptivos, consistencia interna y correlación ítem test**

Para llevar adelante los análisis correspondientes a esta etapa se utilizó el paquete estadístico para ciencias sociales SPSS 20. En la Tabla 1 se presentan los estadísticos descriptivos de los ítems del instrumento, incluyendo el análisis de asimetría y curtosis. A partir de los resultados se observa que la totalidad de los ítems cumple con los valores adecuados de asimetría. Con respecto al análisis de la curtosis, sólo el ítem 6 (Cuando hablo con otros no encuentro tema de conversación) no alcanza un valor adecuado (George y Mallery, 2011).

Tabla 1

Ítem	Media	Desv. Tip.	Asimetría	Curtosis	t	P
Ítem 1	2,95	1,13	-,40	-,30	-2,13	,00
Ítem 2	3,63	1,16	-,59	-,18	-3,88	,00
Ítem 3	2,50	1,15	,65	-,26	-4,55	,00
Ítem 4	1,89	1,05	1,52	3,01	-4,77	,00
Ítem 5	2,53	1,07	,23	-1,20	-3,79	,00
Ítem 6	2,16	1,01	2,44	2,65	-4,61	,00
Ítem 7	3,84	,69	,21	-,66	-2,00	,05
Ítem 8	2,84	1,07	-,27	-1,27	-7,19	,00
Ítem 9	2,32	1,16	,74	,06	-5,40	,00
Ítem 10	2,53	1,12	,06	-1,34	-3,84	,00
Ítem 11	1,89	,74	,17	-1,00	-6,27	,00
Ítem 12	2,37	1,01	,22	-,89	-3,85	,00
Ítem 13	2,63	1,26	-,15	-1,68	-3,75	,00
Ítem 14	3,05	,71	-,07	-,77	-2,09	,04
Ítem 15	3,37	1,01	-,14	-1,12	-6,70	,00
Ítem 16	2,32	1,20	,59	-,36	-1,87	,05
Ítem 17	2,74	1,10	-,26	-1,22	-2,77	,01
Ítem 18	2,58	1,02	-,42	-,84	-3,85	,00
Ítem 19	2,89	1,05	-,09	-,11	-3,17	,00
Ítem 20	2,21	,98	,33	-,74	-5,04	,00
Ítem 21	2,32	1,16	,74	,06	-8,63	,00
Ítem 22	2,26	1,24	,81	-,32	-8,43	,00
Ítem 23	2,37	1,01	-,14	-1,12	-3,49	,00
Ítem 24	3,68	,67	-,77	1,12	-5,56	,00
Ítem 25	3,00	,97	-,43	-,96	-3,34	,00
Ítem 26	3,26	,99	-,59	,07	-1,31	,20
Ítem 27	2,32	1,11	,39	-1,11	-4,00	,00
Ítem 28	1,95	,85	,11	-1,62	-3,78	,00
Ítem 29	3,21	1,03	-,47	-,43	-3,21	,00
Ítem 30	2,89	1,10	-,05	-,60	-,49	,63
Ítem 31	3,26	,99	-,59	,07	-2,77	,01
Ítem 32	3,37	1,12	-,84	,53	-3,69	,00
Ítem 33	2,37	,83	-,18	-,48	-5,23	,00
Ítem 34	2,42	1,17	-,02	-1,50	-7,26	,00
Ítem 35	2,58	1,22	-,10	-1,58	-3,03	,00
Ítem 36	3,00	1,20	,00	-,82	-3,49	,00
Ítem 37	3,32	1,11	-,98	,22	-4,22	,00
Ítem 38	3,68	1,20	-,81	-,20	-2,18	,04
Ítem 39	1,68	,89	1,25	1,10	-4,89	,00
Ítem 40	3,37	1,01	-,50	,42	-2,28	,03
Ítem 41	2,47	1,31	,31	-1,14	-10,28	,00
Ítem 42	3,21	,98	-,87	-,47	-5,81	,00
Ítem 43	2,05	1,08	,48	-1,13	-6,73	,00
Ítem 44	2,63	1,07	-,38	-,98	-4,16	,00
Ítem 45	3,16	,69	-,21	-,66	-3,71	,00
Ítem 46	2,84	,90	-,69	,21	,31	,76
Ítem 47	2,32	1,06	-,09	-1,34	-2,31	,03
Ítem 48	3,21	,98	-,47	,13	,08	,03
Ítem 49	2,95	1,03	,11	-,55	-1,98	,06
Ítem 50	2,33	1,19	,68	-,14	-5,67	,00
Ítem 51	2,67	1,28	,15	-1,22	-14,61	,00
Ítem 52	2,84	1,07	-,27	-1,27	-13,47	,00

Tabla 2

Escala	Media	Desviación típica	Alfa de Cronbach	N de elementos
Tipo A	2,86	0,47	0,87	32
Tipo D	2,48	0,57	0,88	20

Tal como se observa en la Tabla 2 se calcularon los coeficientes alpha de Cronbach de las 2 escalas del instrumento (Tipo A y Tipo D). Se puede apreciar que el coeficiente es adecuado en cada una de las escalas. Para la escala Tipo A se obtuvo un coeficiente de .81 y para la escala Tipo D, se obtuvo un coeficiente de .88.

Para evaluar la capacidad de discriminación de cada uno de los ítems se utilizó la prueba paramétrica *t* de Student. Se analizó el comportamiento de los mismos en función de su poder discriminativo. Esto es, si pueden diferenciar de forma significativa entre los sujetos que puntúan alto y los que puntúan bajo en la variable que se está midiendo (Cohen & Swerdlik, 2001). Para tal fin, se trabajó con el criterio de grupos contrastados (Anastasi & Urbina, 1990). Se consideraron dos grupos, el primero integrado por el 25 % de los casos que obtuvieron mayores puntuaciones en la técnica y por el otro, el 25 % de los casos que obtuvieron los puntajes más bajos. El nivel de significancia utilizado para evaluar la capacidad de discriminación del ítem fue de .05. En la Tabla 1 se presentan los resultados del análisis total de los reactivos. En la misma, se puede observar que sólo 2 ítems no resultaron estadísticamente significativos, los ítems 26 (Me resulta fácil hablar con personas que no conozco) y 46 (Tengo más energía que el resto de la gente).

La prueba fue sometida también a un estudio de confiabilidad utilizando el alfa de Cronbach para analizar la relación de los ítems con la prueba total (Tabla 3). A partir del análisis ítem-test, en la escala Tipo A, los ítems 29 (Mi nivel de energía es muy alto durante todo el día), 44 (Soy una persona muy enérgica) y 46 (Tengo más energía que el resto de la gente), no alcanzaron un valor adecuado de correlación. Cabe aclarar que en ninguno de estos casos se ve significativamente afectada la confiabilidad del instrumento si se elimina el ítem. En la escala Tipo D, los ítems 14 (Hago amigos con facilidad), 26 (Me resulta fácil hablar con gente que no conozco) y 30 (No me gusta expresar lo que siento), no alcanzan una adecuada correlación ítem-test. En este caso tampoco se presentan cambios significativos en el valor de Alfa de Cronbach si se eliminan los ítems.

Tabla 3

Escala / Ítem	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento	Escala / Ítem	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Tipo A					Tipo D				
Disposición conductual					Inhibición social				
Ítem 01	44,33	58,87	,55	,77	Ítem 05	26,74	29,66	,58	,76
Ítem 03	44,83	50,29	,59	,71	Ítem 06	27,11	29,13	,67	,75
Ítem 07	43,56	57,76	,30	,74	Ítem 14	26,21	35,42	,18	,80
Ítem 09	45,00	54,11	,32	,74	Ítem 19	26,37	30,67	,50	,77
Ítem 10	44,78	50,78	,56	,72	Ítem 20	27,05	30,05	,61	,76
Ítem 16	44,94	55,30	,35	,75	Ítem 21	26,95	28,87	,59	,76
Ítem 31	44,17	55,73	,33	,74	Ítem 26	26,00	33,43	,27	,80
Ítem 32	43,94	52,58	,44	,73	Ítem 30	26,37	33,99	,18	,81
Ítem 35	44,83	50,75	,53	,72	Ítem 33	26,89	31,49	,57	,77
Ítem 37	44,06	50,88	,56	,72	Ítem 34	26,84	29,17	,55	,76
Ítem 38	43,72	57,15	,44	,76	Ítem 45	26,11	34,92	,30	,79
Ítem 40	43,94	55,19	,32	,74	Afectividad negativa				
Ítem 42	44,17	51,20	,64	,71	Ítem 11	18,82	34,83	,69	,86
Ítem 47	44,94	58,58	,49	,76	Ítem 23	18,35	34,07	,50	,87
Ítem 48	44,06	56,09	,29	,74	Ítem 24	17,00	36,72	,48	,87
Conductas específicas					Ítem 27	18,53	35,29	,43	,88
Ítem 02	25,67	25,58	,30	,70	Ítem 28	18,76	34,38	,62	,86
Ítem 12	26,83	25,61	,35	,69	Ítem 39	19,06	34,38	,61	,86
Ítem 13	26,50	22,22	,58	,65	Ítem 41	18,29	28,65	,78	,84
Ítem 15	25,89	24,67	,46	,67	Ítem 50	18,35	30,35	,72	,85
Ítem 17	26,44	24,82	,39	,68	Ítem 51	18,00	28,56	,79	,84
Ítem 18	26,67	23,89	,54	,66					
Ítem 25	26,22	27,46	,49	,72					
Ítem 29	26,06	27,11	,20	,72					
Ítem 44	44,72	57,03	,18	,75					
Ítem 46	26,39	29,11	,04	,74					
Ítem 52	26,33	22,75	,64	,64					
Respuestas emocionales									
Ítem 04	13,11	13,49	,29	,68					
Ítem 08	12,16	11,17	,63	,57					
Ítem 22	12,74	10,38	,62	,56					
Ítem 36	12,00	14,14	,33	,74					
Ítem 43	12,95	11,52	,57	,59					
Ítem 49	12,05	13,34	,32	,67					

Considerando estos análisis preliminares, se procedió a la eliminación de los ítems 6 (por valores inadecuados de asimetría y curtosis), 26 y 46 (por resultar estadísticamente no significativos) y reformulación de los ítems 30 y 44. Luego de la depuración detallada, se ha obtenido un instrumento constituido por 49 ítems.

Análisis de la dimensionalidad

Se administró la nueva versión del instrumento a un grupo de 112 pacientes cardíacos. A partir de esta muestra, se analizó la dimensionalidad de la prueba utilizando el Método de Componentes Principales y rotación Varimax para evaluar la validez de constructo de la prueba. Previamente, para determinar si los datos se ajustaban a este análisis, se consideraron los valores obtenidos en la prueba de esfericidad de Barlett y en el índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). Se consideró que si el índice era mayor a 0,7 se justificaba el análisis dimensional de la prueba. A su vez, para la consideración de una escala como representativa del factor, se utilizó el criterio de 0.30 como punto de corte, según las recomendaciones de Tabachnick y Fidell (1989). Tanto el criterio de Kaiser, conservar factores con valores propios mayores a 1, como el gráfico

de sedimentación, señalan la existencia de una matriz de 2 componentes, que explican el 42% de la varianza total. Los factores identificados han sido denominados como "Tipo A" y "Tipo D". A partir de este análisis 4 ítems quedaron por fuera del instrumento por aportar cargas por debajo del criterio mencionado (ítems 2, 14, 35 y 38). De este modo, la versión final de la prueba quedó constituida por 45 ítems.

Discusión

Numerosos factores de riesgo psicosocial se hallan en relación a la enfermedad cardíaca, entre ellos, los rasgos de personalidad, las experiencias traumáticas, las condiciones de estrés sostenido, que junto con situaciones de aislamiento social o bien ausencia de soportes afectivos adecuados, conducen a cambios fisiológicos que perjudican la salud coronaria (SAC, 2001). Es por esta razón que tanto el perfil de conducta tipo A como la personalidad tipo D resultan variables de estudio de sumo interés en esta población. El aporte de la evaluación psicológica es un primer paso indispensable, tanto en la prevención de la enfermedad, su atención en el momento de sucedido el evento así como también en su rehabilitación. Un adecuado rastillaje permite discernir qué factores de riesgo psicosociales están afectando a la persona, para luego realizar un diagnóstico más detallado de cada caso en particular. Contar con herramientas validadas para esta población y en nuestro país es imprescindible para trabajar en cualquiera de las etapas antes mencionadas. En el presente trabajo investigativo se han reseñado las etapas de la construcción del Inventario de Patrón de Conducta Tipo A y D. Con respecto a los cambios realizados en la prueba a partir de los análisis expuestos, el ítem 6 (Cuando hablo con otros no encuentro tema de conversación), correspondiente a la escala "Tipo D" debió ser eliminado por presentar valores inadecuados de asimetría y curtosis. Ante la existencia de otros ítems que hacen referencia a la misma temática, no fue necesario reemplazar el mismo. Ante el análisis de discriminación se decidió eliminar 2 ítems que no resultaron estadísticamente significativos, los ítems 26 (Me resulta fácil hablar con personas que no conozco) y 46 (Tengo más energía que el resto de la gente). Por último, en relación al análisis de correlación ítem test, 5 ítems presentaron un valor inadecuado, sin embargo, el valor de Alfa de Cronbach no se vería afectado con su eliminación. Al realizar el análisis de la confiabilidad de la prueba, para la escala Tipo A se obtuvo un coeficiente de .81 y para la escala Tipo D un coeficiente de .88. Tomando en cuenta estos resultados, 3 ítems fueron eliminados y 2 reformulados para volver a administrar la prueba a una muestra más amplia de pacientes. Los ítems reformulados fueron el 30 "no me gusta expresar lo que siento", que cambió por "no soy de expresar lo que siento" y el ítem 44 "soy una persona enérgica" que pasó a ser "soy una persona activa". Con esta nueva muestra, se pudieron realizar análisis sobre la dimensionalidad de la prueba obteniendo dos factores que corresponden a las escalas "Tipo A" y "Tipo D". 4 ítems quedaron por fuera de ambas escalas y fueron eli-

minados, dando como resultado una versión de la prueba de 45 ítems.

Este estudio presenta limitaciones principalmente en lo que respecta al muestreo. Actualmente se está trabajando en la ampliación de la muestra para completar el análisis de las propiedades psicométricas del instrumento a fin de ofrecer garantías de su validez y confiabilidad. Se procederá a realizar también un análisis de componentes de segundo orden para corroborar la existencia de sub escalas dentro de cada uno de los dos factores hallados. De modo general, los resultados nos permiten vislumbrar una buena estructura general de la prueba.

Asimismo, en el trabajo interdisciplinario, se ha podido comprobar que el criterio experto de los médicos intervinientes el buen funcionamiento del instrumento diseñado. Se ha verificado que las conclusiones a las que ha permitido arribar el uso del IPAD coinciden con el diagnóstico clínico de los especialistas.

REFERENCIAS

- Al Ruzzeh, S., Athanasiou, T., Mangoush, O., Wray, J., Modine, T., George, S. & Amrani, M. (2005). Predictors of poor mid-term health related quality of life after primary isolated coronary artery bypass grafting surgery. *Heart*, 91, 1557-1562.
- Butcher, J.N., Dahlstrom, W.G., Graham, J.R., Tellegen, A., & Kaemmer, B. (1989). Coronary Heart Disease. En L. Goldberger y S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress. Theoretical and clinic aspects*. 2nd Ed. (pp 449-476). Nueva York: Free Press.
- 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. doi: 10.1097/01.psy.0000149256.81953.49
- Denollet J., Pedersen S., Ong A., Erdman R., Serruys P., Van Domburg R. (2006). Social inhibition modulates the effect of negative emotions on cardiac prognosis following percutaneous coronary intervention in the drug-eluting stent era. *Eur Heart J.*, 27:171-7.
- Denollet J., Schiffer A., & Spek V. (2010). A general propensity to psychological distress affects cardiovascular outcomes: evidence from research on the type D (distressed) personality profile. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 3:546-57.
- Friedman, M. & Rosenman, R.H. (1959). Association of a specific overt behavior pattern with increases in blood cholesterol, blood clotting time, incidence of arcus senilis and clinical coronary artery disease. *JAMA*, 169:1286-96.
- Ganster, D.C.; Schaubroeck, J.; Sime, W.E. & Mayes, B.T. (1991). The nomological validity of the type A personality among employed adults. *Journal of Applied Psychology*, 76(1), 143-168.
- George, D., & Mallery, P. (2011). *SPSS for Windows step by step: a simple guide and reference (18.0 update ed.)*. Boston, MA: Allyn & Bacon/Pearson.
- Haynes, S. G., Feinleib, M., & Kannel, W. B. (1980). The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham Study: III. Eight-year incidence of coronary heart disease. *American Journal of Epidemiology*, 111, 37-58.
- Hernandez Sampieri, R.; Fernández-Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la Investigación* (4ed.). México: Compañía Editorial Ultra.
- Mikulic, I. M. (2007). *Construcción y Adaptación de Pruebas Psi-*

- cológicas. Buenos Aires, Argentina: Dpto de Publicaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Organización Mundial de la Salud (2011). *Global atlas on cardiovascular disease prevention and control*. Geneva: World Health Organization.
- Pedersen S. S., & Denollet, J. (2003). Type D personality, cardiac events, and impaired quality of life: A review. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 10, 241-248.
- Pedersen, S., Denollet, J., Ong, A., Serruys, P., Erdman, R., & van Domburg, R. (2007). Impaired health status in Type D patients following PCI in the drug-eluting stent era. *International Journal of Cardiology*, 114, 358-365.
- Rosenman, R. H. (1967). Clinically unrecognized myocardial infarction in the Western Collaborative Group Study. *Am J Cardiol*, 19(6):776-82.
- Rosenman, R.H. (1986). *Current and Past History of Type A Behavior Pattern*. En T.H. Schmidt, T.M. Dembrosi y G. Blüncchen (Eds.), *Biological and Psychological Factors in Cardiovascular Disease*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Rosenman, R.H. (1993). Relationships of Type A Behavior Pattern with
- Rozanski, A., Blumenthal, J.A. y Kaplan, J. (1999). Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*, 99, 2192-2217.
- San Dámaso, J. y Ferro, G. (2012) Estrés. Factores psicosociales y enfermedad cardiovascular. Simposio Argentino Brasileño de Ejercicio, Ergometría y Rehabilitación. FAC Federación Argentina de Cardiología. 5TO Congreso Internacional de Cardiología por Internet. (On line) En: <http://www.fac.org.ar/qcvc/llave/sab09e/sandamasoj.pdf>.
- Schiffer, A., Denollet, J., Widdershoven, J., Hendriks, E. & Smith, O. (2007). Failure to consult for symptoms of heart failure in patients with a type-D personality. *Heart*, 93, 814-818.

Fecha de recepción: 6 de mayo de 2016

Fecha de aceptación: 19 de septiembre de 2016