

ESTUDIO ONCATIVO:

**FACTORES DE RIESGO PSICOPATOLÓGICOS DE ENFERMEDAD ARTERIAL
(PREVALENCIA, SUPERPOSICIÓN O VÍNCULO CON OTROS FACTORES)**

PSYCHO – PATHOLOGICAL RISK FACTOR OF ARTERIAL DISEASE (PREVALENCE,
SUPERPOSITION OR VINCULATION WITH OTHER FACTORS)

**Madoery RJ, Luquez HA, De Loredo L, Carri DJ, Roiter H (Grupo Fracor)
Bauducco G, Bilbao L, Brousset P, Dávila A, Fissone ME, Herreros S,
Luchino O, Nuciforo F (Salud Mental)**

RESUMEN

Antecedentes: Entidades psicopatológicas como alexitimia y depresión, pueden coexistir o no con factores de riesgo de enfermedad arterial o ser entidades independientes. Tienen frecuentemente relación con aspectos socio-económico-culturales y con la etnia; a veces son determinantes del proceso aterosclerótico por alterar la reactividad vascular (Alexitimia) o agravadores del proceso evolutivo (depresión).

Materiales y métodos: Existe escasa información sobre esta temática en nuestro país: la existente se refiere a los mismos en muestras seleccionadas, no de poblaciones generales (urbanas o rurales).

Resultados: Se exponen los resultados obtenidos de la investigación de esos factores en una población de la Provincia de Córdoba (RA), donde simultáneamente se estudiaron factores de orden físico y conductual.

Conclusiones: La prevalencia de la depresión es más elevada que en otras poblaciones.

Palabras clave: alexitimia, depresión, reactividad vascular, riesgo global arterial.

ABSTRACT

Alexitimia and depression may or not coexist with others risk factors (comportment o physical). Frecuently they have relation with

socio-economic status and with ethnia. Sometimes are determinants of the atherosclerotic process by increasing the vascular reactivity o by the alteration of the evolution.

There is no information in our country about this problem in general population.

The present study result of the investigation of these aspects and the comportamental and physical factors of arterial disease, in a population of Cordoba province (Argentina Republic).

En 1936 los hermanos Menninger observaron que había tendencia a suprimir la angustia en los pacientes con enfermedad coronaria.(1) Promediando el siglo pasado, Friedman y Rosenman afirmaban que los factores de riesgo arterial (FREA) de orden orgánico y algunos volitivos conocidos en esa época y presentes en ciertos individuos, no eran siempre determinantes del inicio y desarrollo de la aterosclerosis.(2) Esto indujo a suponer que otros factores podrían estar comprometidos en este proceso, y si bien la vulnerabilidad en medicina estuvo generalmente ligada a fenómenos de orden físico, crecía la evidencia de que algunos de la esfera psíquica podrían jugar un rol en el determinismo del fenómeno aterosclerótico.(2) Promediando el siglo pasado, las características de las personalidades, uno de

Fecha de envío: julio de 2007 • Fecha de aceptación: 17 de agosto de 2007

Dirección del responsable: Dr. R J Madoery, Estrada 160 – Piso 13 «A». Córdoba - TE: 4693023

los aspectos inicialmente observados por los investigadores, sufrieron un viraje conceptual: la personalidad A, que era la que pertenecía al individuo agresivo, hostil, ambicioso, con sentido crónico de la urgencia, fue considerada inicialmente FREA; y la B con características opuestas (ser pasivo, sumiso, callado), no proclive a la misma. El Western Collaborative Group Study encontró que se incrementaba al doble el riesgo de poseer enfermedad arterial en los individuos que eran portadores de la personalidad A.(3) Pero los resultados del Estudio MRFIT, no solamente contradijeron dicha especulación sino que sugirieron un efecto saludable en las personas portadoras de dicha personalidad.(4) Las razones no eran claras; se especuló en la mayor capacidad de afrontamiento en los pacientes tipo A o porque había modificaciones en el estilo de vida después de un infarto.(4)

En 1943, F Dumbar (psicoanalista norteamericana) describió un conjunto de rasgos caracterológicos que reproducía la personalidad B e identificaban a los portadores de cardiopatía isquémica, naciendo allí el nombre de alexitimia.(5)

Otro aspecto de la esfera psicopatológica con antecedentes que la relacionan a la patología cardiovascular isquémica fue la depresión, vinculada fundamentalmente al pronóstico e indudablemente la entidad más conocida que la anterior.(6)

Los objetivos que se persiguieron en este estudio fueron recabar en una muestra representativa de una población de la provincia de Córdoba (RA):

1. Información sobre prevalencia de 3 aspectos psicopatológicos: alexitimia, depresión y sucesos de vida (7).

2. Relación o vinculación (superposición?) con otros factores de riesgo arterial de orden físico (Hipertensión arterial, diabetes, obesidad, dislipidemias) o comportamentales (tabaquismo, sedentarismo)

3. Relación con aspectos socio económico culturales (8) y etnia.

Toda esta información se consideró de utilidad para aconsejar a quien(es) correspondiera estrategias globales de prevención, máxime en los actuales momentos en que se prevee una epidemia mundial de los factores de riesgo. (9)

Conceptos, criterios y definiciones de los factores psicopatológicos estudiados.

Alexitimia: es un constructo hipotético que consiste en la incapacidad para expresar estados afectivos y diferenciarlos de sensaciones del cuerpo. Falta capacidad introspectiva, hay tendencia al conformismo social frente a situaciones conflictivas. (10)

Sus rasgos esenciales son: pensamiento simbólico reducido o ausente, limitada capacidad para fantasear, dificultad para expresar sus propios sentimientos. Sus rasgos accesorios son alto grado de conformismo social, relaciones interpersonales estereotipadas, y personalidad inmadura. (10,11)

Depresión: estado caracterizado por desgano, falta de interés, apatía, vigor reducido, falta de iniciativa y desenganche de las actividades de la vida diaria. (12,13)

Sucesos de vida: es la valoración de los acontecimientos traumáticos experimentados en el año y que la persona considera que aún le afectan. (7)

Instrumentos de Valoración (Encuestas)

Para alexitimia: existen diversos modelos de encuestas como la TAS₂₀ (Toronto alexitimia scale) (15), la BIQ1 (16). Se utilizó para este estudio la de la UBA (Universidad de Buenos Aires), que es una adaptación de Sivas y Wiater a la de Toronto. (16) En general todas son preguntas cuya respuesta podría ser «sí», «a veces», «nunca», «no». Hay ítems directos y otros inversos. Se obtiene un puntaje bruto que se transforma en un puntaje T; se consideran indicadores de alexitimia los valores mayores a 65.

Para depresión: se utilizó la escala de autoevaluación de W.W.K.Zung (17); se obtiene un puntaje que correlaciona con un índice EAD. Los pacientes con diagnóstico de depresión tienen este índice mayor de 50.

Para sucesos de vida: se utilizó la escala de sucesos de vida de Casullo.

MATERIAL Y METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

Con las autorizaciones pertinentes y el consentimiento correspondiente, se convocó e

informó a la colectividad médica local del estudio a realizar y sus alcances; con ellos se formó un comité de apoyo. La información se extendió a toda la comunidad (escuelas, agrupaciones barriales, clubes) utilizando los medios de comunicación locales disponibles. Un comité de ética supervisó todo el accionar. (1)

Se preparó adecuadamente a los encuestadores seleccionados entre profesionales del arte de curar, estudiantes universitarios y voluntarios con adecuada formación básica.

Utilizando la muestra poblacional para investigar los FREA (tradicionales y emergentes), se adjuntó la encuesta diseñada a tal fin y otra, no obligatoria que sería reservada y dedicada a investigar aspectos psicopatológicos. Ambas fueron entregadas a los habitantes seleccionados aleatoriamente. Si bien autoadministradas, se les informó que podrían solicitar ayuda al equipo de salud mental en lo que se refiere a la encuesta psicopatológica previo al momento de su entrega en el Hospital Base.**

Análisis Estadístico

Con toda la información debidamente codificada se conformaron bases de datos tipo DBF.

Luego se fueron confeccionando bases ad-hoc con el paquete estadístico SPSS para PC con los cuales se realizaron los procedimientos estadísticos adecuados a cada caso (estimaciones de prevalencia, pruebas de significación, etc.).

Se estimó la prevalencia y su error estándar para cada uno de los FREA. Se estimaron medias y desvíos estándar para cada una de las variables cuantitativas.

A fin de reconstruir la pirámide de población para el cálculo de las prevalencias se ponderó la obtenida para cada grupo de edad-sexo (agrupando las edades en décadas), por la proporción que dicho grupo representó en la población de Deán Funes en el censo de población de 1991

De manera que las prevalencias y sus errores estándar se obtuvieron aplicando las siguientes fórmulas:

Prevalencia:

$$(Pr) = \sum_{y=1}^{10} w_i p_i$$

Error estándar de la prevalencia

$$(EE_{Pr}) = \sqrt{\sum w_i^2 p_i (1 - p_i) / n_i}$$

Donde p_i es la prevalencia de cada uno de los subgrupos de edad - sexo, w_i es la proporción que cada uno de esos grupos representa en la población total.

Se construyeron los intervalos de confianza del 95% para la prevalencia calculando:

$$Pr \pm 1,96 EE_{Pr}$$

Se utilizó el test Chi cuadrado de Pearson para realizar las pruebas de significación de diferencias entre grupos (variables cualitativas). Se consideró como significativa una $p < 0,05$.

Se utilizó también el test univariado de Correlación de Spearman y análisis multivariado por ANOVA y MANOVA con igual grado de significación. (18,19)

Hallazgos

La ciudad de Oncativo, cabecera del Dpto. Río Segundo (Provincia de Córdoba), situada al SE de la ciudad capital, tiene 13.100 habitantes, según censo de 1990. De los ciudadanos seleccionados ($n=750$) concurren al hospital base 696 (deserción 8%). De ellos, aceptaron la encuesta psicopatológica 572 (deserción 28%). Un número reducido requirió asesoramiento para completar el mencionado documento. Estudiadas las historias y completadas con los datos del examen físico y de laboratorio y procesados como se especificó en metodología, se obtuvo la siguiente información sobre los 572 habitantes que fueron representativos de la población bajo estudio. Es obvio especificar que las personas que no entraron en el estudio llenando la encuesta psicopatológica fueron eliminados a la consideración de ítems como estado educacional, etc.

Etnia: hubo neto predominio de nativos (98%). Los extranjeros (2%) eran de origen italiano. De los nativos, hubo un 10.3% con ascendencia italiana en primer grado y 46.9% en segundo grado.

Estado socioeconómico: los habitantes EA (económicamente activos, que incluían a los desocupados) constituían el 53.5%; los NEA (no económicamente activos), el 46.5% (incluían las amas de casas, los estudiantes y los jubilados).

** Hospital Regional San Isidro (Oncativo). Director: José Mario Fortuna



Nivel educacional: agrupando los niveles se estudió la incidencia como indica la tabla I.

Tabla Nº 1
Alexitimia – Nivel Educacional

Grado	Baja	Leve	Moderada	Severa
Deficiente	6.10%	35.1%	36.6%	22.1%
Medio	5.20%	46.8%	36.9%	11.0%
Alto	11.5%	51.0%	32.3%	5.2%

Alexitimia

La prevalencia global fue del 36.2% (IC95 ± 3.5%). En los hombres ascendió al 38.3% y en las mujeres al 34.7%. (p=0.0001). Conforme al grado de severidad, el 44.8% fueron formas leves, el 36.2% moderadas y severas el 12.6%. En los hombres predominaban las formas moderadas y severas y en las mujeres las leves. (p=0.001). Tabla 2.

Tabla Nº 2
Alexitimia – Grados de Severidad

Grado	Total	Masc.	Fem.
Bajo	6.5%	4.5%	7.9%
Leve	44.8%	38.7%	49.2%
Moderado	36.2%	38.8%	34.7%
Severo	12.6%	18.5%	8.2%

En lo que respecta a **edades y sexos** en general la alexitimia crecía con la edad en ambos pero con valores más elevados en los hombres. Tabla 3.

Tabla Nº 3
Alexitimia – Edad y Sexo

Edad	Masc.	Fem.	Total
20 a 29	57.0%	43.5%	46.5%
30 a 39	58.4%	36.1%	46.2%
40 a 49	63.2%	40.3%	56.0%
50 a 59	53.0%	47.6%	50.0%
60 a 70	58.8%	49.0%	53.0%

En lo concerniente al **nivel educacional**, cuando éste era deficiente, predominaban las formas severas de alexitimia y cuando el nivel era alto, las formas leves (p=0.0001). Tabla 4.

Tabla Nº 4
Alexitimia – Severidad y Nivel Educacional

	Baja	Mod.	Severa
Deficiente	6.1%	36.6%	20.1%
Medio	5.2%	36.9%	11.0%
Alto	11.5%	32.3%	5.2%

Estado socio-económico, las formas moderadas y severas predominaban en los EA (incluyen los desocupados) y las formas leves en los NEA (incluyen a los jubilados. P=0.002). Tabla 5.

Tabla Nº 5
Alexitimia – Nivel Socio Económico

	Baja	Leve	Mod.	Severa
EA	5.9%	42.5%	37.0%	14.7%
NEA	7.5%	48.7%	34.6%	9.2%

Vínculo con otros factores psicopatológicos: sólo lo hubo con depresión (p=0.001 – OR 1.5).

Los FREA de orden físico no estuvieron relacionados con los factores psicopatológicos, salvo obesidad (p=0.008).

Relación con climaterio

Las mujeres en climaterio tuvieron porcentajes superiores en las formas moderadas y severas. La diferencia no fue significativa.

Tabla Nº 6
Alexitimia - Climaterio

	Baja	Leve	Mod.	Severa
No climaterio	7.4%	55.4%	30.6%	6.6%
Climaterio	8.0%	46.6%	36.4%	9.1%

Depresión

La prevalencia global fue del 35.7% (IC95: 31.8-39.8); a la mujeres correspondió el 41.9% y a los hombres el 27.1. (p= 0.002). Del total, 22.9 eran formas leves, 11.2% moderadas e intensas o severas 1.6%.

La relación con edad y sexo fue errática pero cabe destacar el alto porcentaje de prevalencia entre 20 y 30 años, particularmente en el sexo femenino.

Tabla Nº 7
Depresión – Sexo y Edad

Edad	Masc.	Fem.	Total
20 a 29	57.0%	43.5%	46.5%
30 a 39	58.4%	36.1%	46.2%
40 a 49	63.2%	40.3%	56.0%
50 a 59	53.0%	47.6%	50.0%
60 a 70	58.8%	49.0%	53.0%

Referente al **nivel educacional**, cuando éste era bajo se observaban formas severas; y en lo

que respecta al nivel socio-económico, los NEA (dentro de los que estaban los jubilados), tenían mayor porcentaje de personas con depresión.

No se encontró vinculación con los factores de orden físico; si la hubo con otros factores psicopatológicos (alexitimia, $p=0.001$) y sucesos de vida ($p=0.001$) y con climaterio ($p=0.0001$), donde se observó mayor prevalencia de depresión.

La depresión fue mayor en los NEA. No se encontró asociación con otros factores psicopatológicos ni con los de orden físico salvo colesterol total y LDL elevados.

Sucesos de vida

La prevalencia en la población estudiada fue del 15.9%. A las mujeres correspondió el 18.2% y a los hombres el 12.8%. ($p=0.001$).

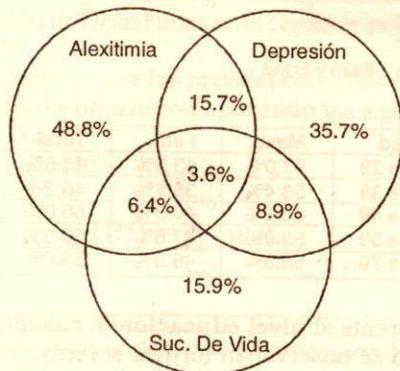
De acuerdo a la severidad, fue baja en el 84.1%, media en el 15.4% y alto en el 0.5%. A medida que aumentaba la edad disminuía la prevalencia. No hubo relación con el nivel educacional.

Superposición de factores

Sólo el 7% de la población estudiada no tenían ningún FREA. El 31% sólo convencionales, el 12% sólo de orden psicopatológico y el 49% ambos.

El 15.7% de la población estudiada compartía los constructos alexitimia y depresión, alexitimia y sucesos de vida el 6.4% y el 8.9% depresión y sucesos de vida. El 3.6% tenía los 3 factores psicopatológicos. Gráfico 1.

Gráfico Nº1
Superposición de Factores de Riesgo Psicopatológicos



DISCUSIÓN

Los factores psicopatológicos fueron reconocidos en el siglo pasado por algunos autores en lo que respecta a su influencia sobre el aparato cardiovascular. (20,21) Actualmente se los reconoce como vigentes y de gran importancia en el desarrollo de la enfermedad isquémica vascular. (22-25)

Se destacan las investigaciones de Rozansky y Blumental (25) que en un estudio aportaron claros y convincentes evidencias que los factores psicopatológicos contribuyen significativamente a la patogénesis y expresión de la ateromatosis arterial. Recurrieron a experiencias en animales, utilizando nuevas tecnologías; abordaron así la problemática de la disfunción endotelial y la injuria inducida por el estrés. Además, la activación de los mecanismos fisiopatológicos (neuroendocrinos) y la activación plaquetaria. Concluyeron sosteniendo que el problema se magnifica por el reconocimiento de que los factores psicosociales se agrupan entre ellos, y cuando esto aconteció el riesgo resultante sería substancialmente elevado.

Con relación a alexitimia, la herramienta utilizada (test-encuesta), tiene demostrada eficacia y es comparable a una entrevista pautada. La respuesta de la población de Oncativo (apreciada por la decisión de participar), fue considerada aceptable. No ha sido posible dilucidar, sin embargo, si los que la rechazaron eran o no los más afectados.

La presencia de alexitimia en la población estudiada (prevalencia) fue del 36.2%; no ha sido posible compararla con estudios similares de nuestro país o del extranjero, por no encontrar similares. Las comunicaciones disponibles se efectuaron en investigaciones sobre muestras seleccionadas. (21,26,27)

En relación a los hallazgos, en el nivel educacional y el estado socio-económico, los mismos fueron concordantes con los de Lane (28): la educación, y la tranquilidad que supone un trabajo seguro son factores que actuarían en la prevención de estas patologías. Valkammo sostiene que alexitimia estaría asociada con el aumento de la carga social de sufrir cardiopatía isquémica; por ello necesita mayor soporte individual y atención que otros pacientes. (29)

En lo referente a la etnia dominante, debe consignarse que Oncativo tenía en el momento de este estudio una fuerte impronta italiana; lo que podría incidir en cierta medida en los hallazgos encontrados.

En la vinculación de alexitimia con los FREA convencionales se destaca la que hubo con obesidad, coincidente con el trabajo de Molinari y col en Italia. Otros investigadores además del citado, estudiaron trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia) encontrando valores altos de alexitimia. (31)

Finalmente, en su relación con la esfera cardiovascular es necesario señalar el trabajo de Bogdanovic y col (27) que encontraron marcada incidencia de alexitimia en pacientes con episodios agudos de cardiopatía isquémica. Fukimishi y col (31) confrontaron pacientes agudos y crónicos: alexitimia fue mayor en los primeros, lo que hizo suponer a los autores que esta entidad actuaría como un mecanismo de defensa y sería más evidente cuando los de afrontamiento (coping) son «empleados para minimizar la severidad de la percepción amenazante de los conflictos». (28)

En lo que respecta al grado de severidad de las lesiones coronarias, alexitimia estaría asociada a los pacientes con mayores grados, como concluyen investigadores de la Universidad de Yonsei (Corea) (21), aspecto éste que no emerge del presente estudio por su diseño.

Depresión: la prevalencia poblacional de depresión (35%) fue ligeramente superior a la media de la población (30%) estimada para nuestro país. (33) Con respecto a la edad, llama la atención su incidencia mayor en la tercera y cuarta década, con predominio femenino, hecho que debería seguir investigándose. Parece importante señalar aquí, la investigación de Ferkelich y col. de la Universidad de Ohio. Los autores analizaron datos de 5000 enrolados en el NHANES (36) y encontraron que la depresión se asoció con un aumento de riesgo de cardiopatía isquémica en ambos sexos, como también en la mortalidad en el sexo masculino. Existe numerosa bibliografía sobre este particular aspecto (37-41) lo que exime de comentarios sobre la relevancia que adquiere esta entidad psicopatológica con su implicancia en la esfera cardiovascular.

En el presente estudio no se encontró vinculación con los FREA tradicionales; sí con alexitimia ($p=0.01$) y sucesos de vida ($p=0.001$). También con climaterio, hecho éste que debería alertar para su diagnóstico precoz en esta etapa de la vida de la mujer.

Nivel educacional: cuando éste era bajo se observaron formas más severas, similar a los

ocurrido en el aspecto socioeconómico donde los NEA poseían mayor porcentaje de depresión. Es probable que las razones sean las mismas que las señaladas para alexitimia. (28-34)

Los hallazgos ratifican en general el concepto de que la depresión es un factor independiente aunque existen informes sobre posibles nexos con hipertensión arterial (36), hecho que no emerge en este estudio.

La acción de la depresión se ejercería fundamentalmente en la etapa posterior a un episodio agudo; la agregación plaquetaria estimulada induciría a la aparición de arritmias. (36)

Después de un episodio agudo isquémico, se ha comunicado que pacientes deprimidos tienen una evolución desfavorable, con episodios recurrentes y mortalidad aumentada. (36)

Superposición de factores: sólo un porcentaje muy bajo no tenía ningún FREA de orden físico, conductual o psicopatológico y sin considerar los aspectos socio-económico-culturales y la etnia. Prácticamente la mitad de la población tenía factores convencionales y psicopatológicos concomitantemente.

La presencia de más de un factor puede ser simple simultaneidad o sugerir un nexo etiofisopatogénico. Además algunos promueven directamente la patogénesis como los comportamentales (tabaquismo, sedentarismo, dieta inadecuada). Algunos son entidades estrechamente relacionadas con el síndrome metabólico y la insulinoresistencia y otros contribuyen a mantener estilos de vida no saludables (los psicosociales, los socioeconómicos culturales, la etnia).

CONCLUSIONES

No es posible aseverar si la prevalencia de alexitimia en esta población está dentro de los valores aceptados como habituales por carecer de referencias comparativas.

En lo que respecta a depresión, se encuentra ligeramente más elevada comparada con las estimaciones realizadas para nuestro país. Razones de orden socio-económico-culturales pueden haber influido, lo mismo que la etnia dominante.

Si bien ambos factores psicopatológicos son independientes, la frecuente concomitancia de éstos con los de orden físico y conductual en un núcleo no despreciable de la población (prácticamente la mitad), debieran alertar sobre

la necesidad de medidas integrales de prevención, especialmente en los aspectos socioeconómicos y culturales.

El reconocer aspectos de la personalidad y/o de orden psíquico como depresión en una persona con aterosclerosis (al igual que para cualquier patología), posibilita una adecuada comprensión de los pacientes afectados, facilitando y encauzando la relación con ellos; más allá de interpretar el por qué de la patología de base (aterosclerosis) en ausencia o con escasos FREA tradicionales.

Palabras claves

Alexitimia, depresión, sucesos de vida, reactividad vascular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Menninger W: Psychosomatic observations in cardiac disorders. *Am Heart J* 1936;11:110-121
2. Friedman M, Rosenman RH: association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. *JAMA* 1959;169:1286-1296
3. Western Collaborative Heart Study
4. The MRFIT behavior pattern study. I. Study design, procedures, and reproducibility of behavior pattern judgments. The Multiple Risk Factor Intervention Trial Group. *J Chronic Dis*. 1979;32(4):293-305
5. Durban F: *Psychosomatic Medicine*. Hoeber, New York. Ed. 1943
6. Let HS, Blumenthal JA, Babyak MA et al: Depression as a risk factor for coronary heart disease. *Psychosom Med*. 2004;66(3)
7. Casullo MM: La evaluación psicológica: Modelos, técnicas y contexto sociocultural. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*. 1:97-113
8. Okrainec Karen, Banerje Devi K, Eisenberg MJ: Coronary artery disease in the developing world. *Am Heart J*, 2004;148:7-15
9. Chockalingam A and Balaguer V: Impending global pandemic of cardiovascular diseases. World Heart Federation Geneva. 1999 Proust Science Ed. Barcelona. España.
10. Lolas F, Von Rad M: Empirical evidence of alexitimia. *Psychoter Psychosom* 1992;38:91-102
11. Sifneos PE: Clinical observations on some patients suffering from a variety of psychosomatic diseases. *Acta Medica Psychosomatica*. (Proc. Of the 7th European conf Psychosom Research. Rome, September 1967.
12. Bracamonte M, De Rosa A, Lerotich V, Mautner B: Nuevos aspectos de la personalidad en la enfermedad coronaria aguda. *Rev Argen Cardiol* 1992;60(5):437-439
13. Przybylki J: Factores de riesgo psicológico en cardiología. *Rev Argen Cardiol*, 1992;60(3):433-435
14. Casullo MM: Cátedra de Teoría y Técnica de la exploración en diagnósticos psicológicos (UBA).
15. Kauhanen J, Julkunen J, Salonen JT: Validity and reliability of the Toronto Alexitimia Scale (TAS) in a population study. *J Psychosom Res* 1992;36(7):687-94
16. Encuesta TAS 20 adapt de Sivas y Wiater.
17. Zung WWK: Self-report depression scale. *Arch Gen Psychiatry*. 1965;12:63-70
18. Sabulsky J: Investigación científica en salud-enfermedad. Edit. Cosmos. Córdoba, 1998: 187-241
19. Sampieri RH, Collado CF, Lucio PB: Metodología de la investigación. 3^a Edit. Mc Graw Hill Interamericana. Buenos Aires, 2003: 520-574.
20. Lumley MA, Stettner L, Wehmer F: How are alexitimia and physical illness linked? A review and critique of pathways. *J Psychosom Res*, 1996;41(6):505-518
21. Kyung BK, Seung YC, Jang WK, Kyu SR, Sang HL: The relationship of anger expression and alexithymia with coronary artery diseases. *Yonsei Medical Journal*, 2004;45(2):181-186
22. Rosenman RH: Relationship of the type A behavior pattern with coronary heart disease: in Goldberg L, Breznitz ED: *Handbook of stress: theoretical and clinical aspects*. 2^a Ed. New York. The Free Press, 1993:449-476
23. Denollet J, Brutsaert DL: Personality disease severity and the risk of longterm cardiac events in patients with a decreased ejection fraction after myocardial infarction. *Circulation* 1998;97:167-173
24. Rozanski A, Blumenthal JA, Kaplan J: Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular diseases and implications for therapy. *Circulation* 1999;99(16):2192-2217
25. Borowicz L, Royall R, Grega M, Kyketsos C, McKhann G: Depression and cardiac morbidity 5 years after coronary artery bypass surgery. *Psychosomatics* 2002;43(6):464-471
26. Bareffot J, Helms M et al: Depression and risk of mortality. *Am J Cardiol*, 1996;78:613-617

27. Bogdanovic V, Adamonic V, Eric B, Pendú D: Alexithymia nei paziente con infarto acuto del miocardio: uma experiencia in Yugoslavia. *Med Psychosom*, 1989;34:3-10
28. Lane RD, Sechrest L, Riedel R: Sociodemographic correlates of alexithymia. *Comp Psychiatry*, 1998;39(6):377-385
29. Walkmann M, Hintikka J, Honkalampi K, Niskanen L, Koivumma-Hon KH: Alexithymia in patients with coronary heart disease. *J Psychosom Res*, 2001;50:125-130
30. Molinari E, Morosin A, Riva G: Alexithymia and psychopathology in a clinical sample of obese subjects. *Minerva Psychiatr*. 1995;36(3):133-138
31. Jimerson DC, Wolfe BE, Brotman AW, Metzger ED. Medication in the treatment of eating disorders. *Psychiatric Clin North Am*. 1996;19(4):739-754
32. Fukimishi y col: Alexithymia. *Physiological Reports*, 1994;75:219
33. Vicario A, Taragano FE: La depresión y el corazón, una relación insoslayable. *Rev Argen Cardiol*, 2002;70(5):411-416
34. Guinjoan SM, Cardinali DP: Depresión y enfermedad cardiovascular. *Rev Argen Cardiol*, 1998;66(6):607-617
35. Forketich K, Schwartz I, Baum JA, Frid DJ, Moescheberger ML: Depression as a antecedent to Heart disease among woman and man in the NHANES. *Arch Int Med*, 2000;160(9):1261-1268
36. Kaufmann PG: Depresión en la enfermedad cardiovascular: ¿puede este riesgo ser reducido? *Biological Psychiatry*, 2003;54:187-190
37. Jones DJ, Bromberger JT, Sutton K, Matthews KA: life history of depression and carotid atherosclerosis in middle aged women. *Arch Gen Psychiatry*, 2003;60(2):1153-1160
38. Bareffot J, Helms M: Depresión y riesgos de mortalidad. *AM J Cardiol*, 1996;78:613-617
39. Perlmutter JB, Frishman WH, Feinstein RE: Major depression as a risk factor for cardiovascular disease. *Therapeutic implications*. *Heart Dis*. 2000;2(1):75-82
40. Musselman DL, Evans DL, Nemeroff CB: The relationship of depression to cardiovascular disease. *Arch Gen Psychiatry*, 1998;55:580-592
41. Brovicz L, Royall R, Grega M, Selmes O, Lyketsos G: Depression and cardiac morbidity: 5 years after coronary artery by pass sugery. *Psychosomatics*, 2002;43(6):464-471
42. Frasure-Smith N, Lesperance F, Gravel G, Masson A, Juneau M, Talajic M, Bourassa MG: Social support, depression and mortality the first year after myocardial infarction. *Circulation*, 2000;101:1919-1924.