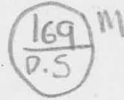


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA



TESIS

PSICOGENESIS Y TERAPEUTICA DEL INFARTO AL MIOCARDIO

MANUEL MARTINEZ ZAVALA
No. de Cuenta 7523500-2

MCMLXXXIII



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

M-20186
Ips. 1070a

TESIS DE LICENCIATURA
"PSICOGENESIS Y TERAPEUTICA DEL
INFARTO AL MIOCARDIO"

DIRECTOR DE TESIS:
LIC. CELSO SERRA PADILLA

ALUMNO:
MANUEL MARTINEZ ZAVALA

3140

" DOS OPOSICIONES CONSTANTES QUE HACEN
AL HOMBRE VACILAR, EL CEREBRO QUE RA-
ZONA Y EL CORAZON QUE SIENTE, DOS VER-
DADES QUE CHOCAN EN UN MISMO SER. PE-
RO IMAGINAR QUE ALGUN DIA EL CORAZON
RAZONE Y QUE EL CEREBRO SIENTA ES ATEN-
TAR CONTRA EL EQUILIBRIO PERFECTO DE LA
NATURALEZA Y ESTO RESTARIA VALOR A LA
HUMANA EMPRESA DE EXISTIR LIBREMENTE
OPTANDO".

Un niño de ocho años en terapia:

- Enrique, dime qué es lo que hace o para qué sirve un soldado.
- Es el que cuida a la gente y va a la guerra.
- Muy bien, y que hace un arquitecto...
- Hace casas y edificios.
- Y un maestro...
- Enseña a leer y escribir.
- Y qué hace un Psicólogo...
- ¿Cómo tú?
- Si.
- Pues es un avanzador, te hace avanzar.

(Experiencia en terapia M.M.Z.)

A Manuel y Cristina que por
su fé en mí, siempre me han
apoyado incondicionalmente
en mi loca empresa de ser
yo mismo.

A Cristy, Enrique, Julia Li-
gia, Esther, Jesús y Chelo,
que desde hace muchos años
me han impulsado con el más
lindo estímulo:

EL CARINO.

A Manuel Martínez Landolt, a
Ricardo Zavala P. y a Serafín
Mercado, que de ellos aprendo
cada día el difícil modelo de
padre, hombre, productor y
profesional. Un infinito a-
gradecimiento por poder parti-
cipar de sus íntegros ejemplos.

Gabriela:

Una luz que al final llega
para iluminar el principio.

AGRADECIMIENTOS

NACHO

Por tu amistad, ánimo, lugar de trabajo y "modelito".

ARTURO

Por tu amistad y escepticismo profesional.

ANGELICA

Por tu amistad, comprensión e inquietud.

MANINA

Por tu cariño y ayuda expresada en tu habilidad.

SAULO

Por tu amistad, ejemplo y "ciencia".

RICARDO

... es el güero ... por tu ejemplo, amistad y ánimo.

VICENTE

Por tu ejemplo y conciencia.

PATY Y FREDY

Por su amistad y aguante.

JUANITA Y JUANITO

Por su cariño y ayuda.

DR. ALFONSO VALDEZ S.

Por tu apoyo y experiencia.

A MIS MAESTROS Y AMIGOS QUE TANTAS INQUIETUDES DESPERTARON EN MI,
Germán, Seraffín, Octavio, Celso, Asunción, Ana María, Victor,
Rogelio, Ramón, Jossette, Nury, Luis, Paty V., Javier, Paty O.,
Mario y Héctor.

Quiero agradecer especialmente a la Institución Universitaria y a la Facultad de Psicología, que trascendiendo la barrera de la educación me han enseñado, con su contingente humano, a comprender vivamente que más importa el hombre como tal, que cualquier ciencia o teoría.

RESUMEN

E

INTRODUCCION

R E S U M E N

El presente estudio se basó en antecedentes de investigaciones de los Dres. Friedman y Rosenman, Fernández y colaboradores, Lara Tapia y colaboradores, que analizan las características de los sujetos que han padecido infarto agudo al miocardio en áreas de niveles de agresión, manejo de agresión, confrontación del stress y psicogénesis de la afección.

El marco teórico que se maneja es, además de los anteriores mencionados, basado en Dollard y Miller, Murillo, Díaz-Guerrero, Conrad Lorenz, Erich From.

Esta investigación evalúa las características de los sujetos infartados y las compara con sujetos normales en ámbitos de agresión, conducta tipo "A" y tendencias socioculturales adaptando con ésto, las teorías a la población mexicana.

Las poblaciones investigadas son muestras extraídas en México, D. F. y Monterrey, N. L. y en su totalidad constan de 120 sujetos.

Los resultados obtenidos, indican que sí existen conductas típicas en los infartados y es posible, por medio de ésta, detectar quién es propenso a sufrir un infarto al miocardio.

El estudio propone la posibilidad de modificar las características detectadas y hacer con ésto, una labor preventiva para lo cual se diseñó una terapia específica.

R E S U M E N C A P I T U L A R

El trabajo incluye en el primer capítulo el marco teórico; que tiene tres partes: El enfoque médico del problema que contempla las concepciones existentes con respecto al infarto y la dinámica fisioanatómica del corazón.

El enfoque Psicológico que describe la conducta tipo "A" de Friedman y Rosenmann y las consideraciones del Dr. Gustavo Fernández y diversos investigadores que en México han aportado trabajos relevantes.

En esta capítulo, analizamos los factores de riesgo dándoles valor con base en diversas investigaciones y replicando su relevancia con datos concretos y actuales.

El enfoque social, que ubica la importancia e influencia de la sociedad en el organismo; qué factores sociales influyen en el infarto; cómo el ambiente de ciudad afecta al organismo propiciando conductas y estados específicos.

El segundo capítulo incluye la metodología; los antecedentes de investigación, y el planteamiento general del problema.

Planteamiento de hipótesis alternativas y nulas, describe también a los sujetos y escenarios de las cuatro muestras tratadas.

Descripción de instrumentos y comentarios de confiabilidad y validez. El tratamiento estadístico de las muestras, los resultados y el análisis de datos y la explicación de las tablas y anexos.

La última parte de este capítulo, consta del resumen, las limitaciones, las conclusiones generales que arrojan datos muy significativos y nos permite plantear aquí mismo, una terapia preventiva.

El trabajo analiza factores de campos aparentemente distintos y en momentos tal vez antagónicos, como son la Psicología y la Patología Orgánica; y en enfoques conductuales combina el área experimental cognoscitiva con la clínica dinámica, que al unirse y tratarse objetivamente arrojan material muy relevante, ya que no sólo analizan el fenómeno y lo describen, sino que de la complicación y la réplica comprueban y apoyan nuevas teorías y nuevos instrumentos y lo más importante es que concluimos en una posibilidad concreta para prevenir el infarto al miocardio combinando la modificación de conducta por métodos cognitivos y dinámicos profundos.

El campo de la investigación que aquí tratamos, lo que podemos denominar dentro de los trastornos psicósomáticos, es un área poco estudiada, poco conocida, por lo cual contiene material que puede dar respuesta a infinidad de trastornos que hoy no tienen

solución. Es también una proposición e invitación a investigar este campo, que en esta tesis dá respuesta concreta e inmediata y esta área puede aportar mucho más si se investiga y analiza con mayor seriedad.

CAPITULO PRIMERO

ANTECEDENTES MEDICOS,
PSICOLOGICOS Y SOCIALES.

CAPITULO I.

ANTECEDENTES

ASPECTOS FISIOANATOMICOS DEL CORAZON.

El corazón del hombre es uno de los órganos más importantes, como sabemos, es una "bomba" que se encarga de distribuir la sangre por todo el organismo, lo cual es primordial para que éste funcione.

La parte derecha del corazón, está constituida por dos partes, una es la aurícula derecha, que es una cavidad receptora y el ventrículo derecho, que es una cavidad bombeante y se encarga de recibir la sangre que viene de todo el cuerpo; esta sangre fluye a través de las venas y es sangre poco oxigenada, lo cual se debe a que el organismo lo ha absorbido casi en su totalidad (el bajo contenido de oxígeno, da una coloración más azulosa que roja, esta sangre es "sucia" o "usada" que regresa a oxigenarse).

"La parte derecha del corazón bombea la sangre y la lleva a los pulmones por medio de la arteria pulmonar, donde se oxigena y se convierte en sangre roja, pasando luego a la parte izquierda del corazón, por medio de las venas pulmonares. La aurícula izquierda recibe la sangre oxigenada y la bombea hacia el ventrículo izquierdo, así el ventrículo izquierdo bombea expeliendo fuertemen-

te la sangre por la arteria aorta y la distribuye en las arterias del organismo". (Espino Vela 1978).

Los músculos del cuerpo, están preparados para resistir determinado tiempo sin oxígeno, lo que los hace resistentes a algunas fallas de irrigación, siempre y cuando sean cortas: sin embargo, el músculo cardiaco no resiste dicha falla, éste exige siempre estar oxigenando.

La sangre recién oxigenada, bombeada por el ventrículo izquierdo, va directamente a nutrir los músculos del corazón; las arterias coronarias, son las que se encargan de distribuir las primeras ramificaciones que surgen de la aorta a las mitades derecha e izquierda del corazón. (Esto sucede en cada latido; aproximadamente cien mil latidos que equivalen a cinco mil trescientos litros de sangre bombeados diariamente. En un promedio de 75 años, el corazón late dos mil quinientos millones de litros de sangre).

LAS ARTERIAS CORONARIAS.

"Las arterias coronarias rodean al corazón, de ahí su nombre, pues "coronan" al corazón. Estas arterias son distintas a las demás, ya que por lo general (exceptuando las coronarias), las arterias están protegidas por tejido muscular y de soporte, en

cambio las coronarias, en su mayor parte de recorrido, se apoyan en la superficie cardiaca sin recibir protección de los tejidos mencionados.

Otra diferencia, es que las coronarias, por estar en la superficie cardiaca, sí tienen forzosamente que seguir cada movimiento del corazón; es decir, que en cada latido donde el corazón se contrae en distintas formas, las coronarias junto con él, se re-tuercen y contraen. Hasta ahora no se ha podido descubrir algún material sintético que resista tanto movimiento, pero a pesar de lo perfecto de la naturaleza, debido a diversas condiciones, las coronarias no son inmunes al deterioro; de hecho, muchas lesiones coronarias existen desde el nacimiento".

Friedman - Rosenmann 1974.

"Las lesiones en las arterias coronarias, son pequeñas fisuras o finas grietas que llegan hasta ulcerarse en la porción arterial de revestimiento y son la base de futuras enfermedades cardiocoronarias.

La arteria coronaria derecha, pasa por el lado derecho del corazón apoyándose en el surco que corre entre el ventrículo y la aurícula derechos. A lo largo de la arteria, se aprecian diversas ramificaciones que distribuyen la sangre en la cara anterior de la mitad derecha del músculo cardiaco y al final de la arte-

ria, se juntan las ramificaciones con las de la coronaria izquierda, formando un tronco que suministre la sangre a la pared posterior de ambos ventrículos.

La coronaria izquierda se divide inmediatamente después de surgir de la aorta en dos ramas mayores. Una de las ramas, recorre la parte anterior entre el surco que está dividiendo los ventrículos derecho e izquierdo y se le denomina rama ascendente anterior, que es la principal fuente de bombeo del ventrículo izquierdo y a su vez, del corazón completo. La segunda rama de la coronaria izquierda, se dirige hacia la pared posterior del corazón, pasando por el surco que divide la aurícula y el ventrículo izquierdos. Al final, esta rama forma un tronco conectado con las terminales de la coronaria derecha". Harrison 1981.

"A pesar de las conexiones distales que existen entre las dos coronarias, no llegan a suplirse una a otra, es decir, que en caso de falla o taponamiento de alguna de las dos, la otra, a pesar de las mencionadas conexiones, no llega a surtir la sangre suficiente para suplir la falla de irrigación. Existen casos de personas con falla en alguna de las coronarias que han sobrevivido, debido a que las conexiones, por haber sido la falla paulatina, han engrosado o se han habilitado para ser capaces de conducir la cantidad suficiente de sangre; pero éstos

son casos muy especiales y normalmente no sucede así en el común de los organismos". Friedman y Rosenman R. 1974.

"Las arterias no son conductos inanimados o simples conductores, son en sí, órganos. Las arterias están constituidas por tres capas formadas de tejido celular (células lisas y uniformes). La primera es la "íntima", que sirve como filtro selectivo y penetran a través de ella algunos elementos (sales, oxígeno, lípidos, etc.).

La segunda capa de las arterias, es llamada "media", que es una capa muscular fuerte que sostiene a la frágil íntima. La tercera capa, es llamada "adventicia", es fibrosa, resistente y cubre a las demás haciéndolas más elásticas. En esta capa, se encuentran vasos pequeños que nutren a la pared arterial (llamados *vasa vasorum*)". Espino Vela 1978.

En conclusión, las arterias coronarias se encargan de suministrar sangre oxigenada al corazón y a las partes o centros inductores de éste. En cada latido el corazón recibe aproximadamente el cinco por ciento de la sangre, por medio de las coronarias, luego devuelven la sangre pobre en oxígeno a la aurícula derecha. Por sus características, las venas coronarias juegan un papel muy importante en el funcionamiento del corazón, pero no así en las enfermedades cardio-coronarias, ya que las enfermedades cardio-coronarias se presentan muy esporádicamente y poco maligna en las

venas coronarias. (En las venas coronarias, la enfermedad cardio-coronaria no es maligna, donde es muy peligrosa es en las arterias coronarias).

Como mencionamos anteriormente, por el constante movimiento de las arterias coronarias comunmente se producen lesiones menores en la íntima, cuarteaduras que se forman desde los primeros días de nacido; en estos casos, el organismo reacciona haciendo pequeños coágulos sobre la fisura, compuestos por tejido cicatricial, haciendo de este modo, una especie de "parche", una placa que evita la ruptura de la pared, por ésto, la íntima va engrosando y cerrando la luz de la arteria. A estos pequeños "parches" que varían de tamaño y número, se les denomina como fenómeno "enfermedad arterial coronaria", y es una anomalía aún asintomática que se le identifica o caracteriza por el engrosamiento, espesamiento y deterioro de los conductos que suministran sangre al corazón. Millones de personas padecemos esta anomalía que no produce algún síntoma o malestar, sin embargo, es muy importante ya que según algunos cardiólogos (en especial Friedman y Rosenman 1974), de este fenómeno proviene la enfermedad cardio-coronaria, que produce coágulos y ateromas que en un momento dado y dependiendo del espesamiento de las arterias coronarias, produce un infarto.

"Se piensa que la enfermedad cardio-coronaria, comienza aquí, cuan-

do el organismo intenta curarse a sí mismo la lesión, pero esto provoca mayor resultante y no siempre es benigno.

Estas placas o parches son llamados ateromas; viven y se nutren como cualquier compuesto del organismo, son irrigados como la pared arterial y también por falta de irrigación, llegan a "morirse" (necrosarse) y al ocurrir esto, se convierten en un material duro e inflexible, llamado "hueso coronario" o en depósito de grasa". Freidman M. Rosenman R. 1974.

Tal vez la placa o hueso coronario se mantengan intactas, o almacenen mayor cantidad de colesterol y triglicéridos en la proporción calcificada. Cuando estos intentos de cicatrizar las lesiones se mantienen vivos, no hay mayor problema, sin embargo, por regla general, comienzan a deteriorarse (se necrosan) y así surge la amenaza.

Es muy difícil que esta placa necrosada sea detectada, o en su defecto, presente algún síntoma. Aunque el paciente sea sometido a un electrocardiograma después de realizar algún ejercicio fuerte, no se logra detectar ya que para que el electrocardiograma capte una anomalía obstructiva, debe por lo menos ser de tamaño suficiente como para obstruir la luz de la arteria en un 85% a un 95%. Por lo incierto de su crecimiento, ya que pueden desarrollarse estas placas en horas o en años y por lo difícil de detectar o sentir, es casi imposible prevenir un infarto por este

medio.

ENFOQUE MEDICO.

Presento a continuación una conclusión extraída de textos médicos sobre el infarto al miocardio, tratando así de sentar una base o certidumbre con respecto a la etiología y causas (médicas, propuestas por médicos) del infarto. De aquí surge el tratamiento y los cuidados actuales.

"Infarto agudo al miocardio: "Es la necrosis isquémica del músculo cardiaco". Espino Vela 1978; Harrison E. 1981; Aquirre Roux 1981.

"Etiología: El infarto, en términos generales, está producido por una insuficiencia coronaria extrema (oclusión completa de la luz de una o varias ramas de las arterias coronarias). Entendemos por insuficiencia coronaria a la incapacidad del sistema circulatorio coronario, para suplir las demandas metabólicas del músculo cardiaco. Espino Vela 1978; Aquirre Roux 1981.

Las causas de la insuficiencia coronaria, pueden ser varias, sin embargo, la aterosclerosis ocupa un papel preponderante, pues el 90% de los casos, es la responsable de la enfermedad coronaria. Es por ésto que cabe mencionar algunos aspectos clínicos importantes en relación con ella, nos referimos en particular a

los factores de riesgo, que como su nombre lo indica, predisponen o favorecen a padecer aterosclerosis". (1, 3, 4.).

"Como factores genéticos, tenemos: Sexo masculino (el hecho de ser varón aumenta la probabilidad del padecimiento) colesterol sérico elevado, triglicéridos séricos elevados, diabetes, obesidad (?) (3,4.).

Como factores ambientales: Estructura social masculina, dietas elevadas en grasas, azúcares y saturados, sedentarismo, stress por metas elevadas, descanso insuficiente, tabaquismo, hipertensión arterial" (1,4.). Así (actualmente) se define el infarto y sus causas y los medicos lo atribuyen a los factores mencionados y también parten al tratamiento (a base de dietas, cuidados y medicamentos anticoagulantes básicamente), (se ha comprobado que los anticoagulantes no funcionan en coágulos cardiacos).

En esta parte, presento el aspecto clínico médico y fisioanatómico del corazón y su relación con el infarto agudo al miocardio.

ANTECEDENTES

PUNTO DE VISTA PSICOLOGICO.

ASPECTOS CONDUCTUALES EN LAS ENFERMEDADES CARDIACAS.

Con el consenso de las anteriores investigaciones, se abrieron

posibilidades más concretas, ya que los sospechosos de infarto (factores de riesgo) eran muchos, pero difíciles de comprobar. El más fuerte sospechoso, era el colesterol, ya en México se han investigado estos factores de riesgo y se descartan poco a poco. (Ver subtema "Factores de Riesgo" en metodología). Según los trabajos aquí analizados y éste mismo, queda entonces un sospechoso que explica esta tendencia al infarto y es la conducta; un estilo característico de conducta.

Esta alternativa la bautizaron como "conducta tipo A" los Dres. Friedman y Rosenman 1974 (no intentamos de ninguna manera con ésto, eliminar el control médico, sino que explicar el origen de los síntomas que desencadenan la patología). Debemos tomar en cuenta, que la causa fisiológica por deficiencia (diabetes, tiorodismo y tal vez hipertensión), queda como asunto aparte.

Antes de entrar de lleno en el problema que pretendo abordar, daré un semblanza de lo que es la conducta tipo "A" incluyendo los aspectos que Friedman y Rosenman exponen.

Después de realizar varios estudios con respecto al infarto, desde endocrinología, dietética, etc. Friedman y Rosenman, tomando un grupo de infartados, se dedicaron a buscar alguna causa que les hubiera afectado específicamente; por ejemplo, el colesterol, revisando sus dietas y descartando la posibilidad, ya que las esposas y los hijos de éstos, estaban sujetos a una dieta,

si no igual, muy similar.

"Si nosotros nos hallabamos en un estado de confusión tras el estudio dietético, la presidenta de la liga de jóvenes de San Francisco, no estaba sorprendida en absoluto. Les advertí desde el principio -nos dijo- que encontrarían que nosotros comemos lo mismo que nuestros maridos. Si quieren saber por qué ellos sufren ataques cardiacos, yo se los explicaré: Ante nuestro requerimiento poco condescendiente, respondió con prontitud; es el estress, el estress que reciben en el trabajo, esa es la verdadera causa. Fué entonces cuando nació nuestro concepto de línea de conducta tipo "A" y su probable relación con la enfermedad cardio-coronaria.

Naturalmente no fué tan fácil, tuvimos bastante trabajo, en primer lugar decidimos enviar un cuestionario a 150 hombres de negocios del ambiente industrial y comercial, preguntándoles qué fenómeno particular o conjunto de costumbres creían que había precedido a un ataque cardiaco en alguno de sus amigos. No nos sorprendió demasiado que en un 70% de estos hombres, creyera que un excesivo afán competitivo y una especial sensación de urgencia, constituían la característica más importante en la personalidad de sus amigos que habían sufrido una enfermedad cardio-coronaria. Menos del 5% respondió que pensaba que el ataque cardiaco de sus amigos, se podía deber a una ingestión excesiva de grasas, por fumar demasiado o por falta de ejercicio. Friedman M. Rosenman

Así comienza el estudio específico de la conducta tipo "A". Ya en México un grupo de investigadores han continuado con estos estudios. Todos interesados en el tema y creo que el que más interesado, afectado y asiduo investigador, es el Dr. Gustavo Fernández. Entre otros que proporcionan material (estupendo), están: A. Castillo, L. García, M. Lambert, P. Murillo, H. Lara T., P. Seba, L. Ramírez de L., L. Navarrete, etc.

Un consenso de lo que los anteriores autores estarán de acuerdo, pues así lo definen, en cuanto a la conducta tipo "A". Quiero hacer una diferencia; el infarto es igual en todo el mundo, sin embargo, las causas que proponen Friedman y Rosenman hablan de una cultura distinta a la nuestra; por decirlo de alguna manera, diría que se trata de una línea de conducta tipo "A" a lo "gringo" y al verlo en México, sería a la "mexicana". Y si se tratara de estudiar en otro país, variarían la dinámica.

DIFERENCIAS CULTURALES.

Quiero enfatizar aquí, un aspecto por demás importante, ya que es básico en la teoría inicial de Friedman y Rosenman y se trata de las diferencias por cultura, que debemos tomar en cuenta por lo antes expuesto.

En México existe una dinámica muy especial, ya que han existido distintas influencias que han modificado por combinarse la cultura básica y por ende, modificado la dinámica caracterológica, haciendo de la conducta un fruto complejo que parte de muchas características. Este desarrollo cultural, es muy distinto al del país de los autores Friedman y Rosenman. Por lo tanto, algunas afirmaciones que se refieren a sus investigaciones, se vuelven inaceptables para otras culturas, en especial para la mexicana.

Trataré de presentar las diferencias básicas con respecto a las características de los sujetos tipo "A", en la cultura mexicana y en la sajona.

La prisa en México, es símbolo de éxito; el que siempre tiene prisa, se presenta como muy solicitado, da "categoría" hacer rápido las cosas o atender a la gente como "visita de Médico". Un sujeto tipo "A" en México, aumentará su categoría por su prisa, por lo tanto, se reforzará la conducta en mayor escala.

En México, tiende más a presentarse este rasgo de conducta en sujetos con educación superior: a mayor grado de estudios, mayor conciencia de actividad; intereses más amplios, mayor capacidad de acción, mayor ingerencia en los campos de interés.

Los intereses que se forman paralelamente a la exaltación de la conducta tipo "A", formarán en este sujeto, una tendencia vocacional hacia carreras de mayor status (o áreas de desarrollo).

La historia cultural de México, ha variado y aunque es sólida, han intervenido en ella características de otras culturas, formando una mezcla de tendencias que al asimilarse se han hecho particulares de la propia conducta mexicana. Recordemos las influencias más fuertes que hemos sufrido: La primera influencia contundente, fué la Española, que más que influencia debemos tomar como base, pues la indígena casi desapareció, luego otra fuerte influencia que duró varios años, fue la Francesa, dándose a la par de la Española que nunca desapareció. De aquí en adelante, la influencia que predominó fué la sajona, pero al principio, no con tanta fuerza, pues México había madurado. Sin embargo, podemos decir que fué una influencia casi inconsciente, subliminal, que no ha destrozado la tendencia básica.

"La madre nùtrica, protectora y trabajadora; el padre ausente y castigador, la frecuencia de hermanos que desplazan, la agresividad desplazada hacia los menores, el apego a la madre y las estructuras familiares, la idealización del respeto a los mayores, la disciplina o rebeldía controladas, etc., son los factores básicos de la formación en nuestra cultura y dan la diferencia conductal y peculiar del Mexicano". Ramírez S. 1967.

En E.E.U.U. es distinto, para ellos es más agradable ser importante mientras que para los Mexicanos, es mas importante ser agradable. La educación en modelos varía, en E.E.U.U. tiende a ser una familia pequeña y tiende a disolverse pronto, pues la mayoría de las escuelas son de tipo internado. Mientras el acumulativo del norte, como lo describe Erich Fromm 1964, desde acumular cantidad, colecciones mayores busca el número; el mexicano acumulativo, buscará calidad más que cantidad, afectos y personas más que cosas, amistades y compadres, más que colecciones.

LA LINEA DE CONDUCTA TIPO "A".

Descartamos otras posibles causas de infarto, más claras fisiológicamente y comprobables hasta cierto punto, aclararemos que los candidatos a infarto por línea conductal, serán sujetos que no padezcan: hipertensión mayor y/o hipotiroidismo. Los que sufren infarto antes de los 25 años, se descartan, ya que se sospecha de malformaciones o complicaciones netamente fisiológicas. Y en sujetos mayores de 60 años, el infarto es hasta cierto punto común, ya que el organismo tiende a calcificar determinadas zonas.

Entonces el candidato a describir es un sujeto entre los 25 y 60 años que no padezca hipertensión, tiroidismo, diabetes, etc.

Dividiéndose según el Dr. G. Fernández en muy prematuros, de 25 a 45 años, prematuros de 45 a 65 años y normales de 66 en adelante.

La conducta que describiremos lo que ocasiona es que el organismo secrete mayor cantidad de catecolaminas y éstas circulen por más del tiempo normal en el organismo; produciendo así angostamiento de las arterias y taponamientos de tipo calcio, lipoproteínas y triglicéridos; y por ende una enfermedad cardio-coronaria que ocasione un infarto al miocardio.

Esta línea de conducta es un rasgo de conducta activo-emotivo, que se desarrolla en personas sujetas a una lucha, agresivamente llevada, por conseguir siempre "más" en menor tiempo, importando sólo la propia convicción y sujetos por ésto a defender su actitud ante personas y situaciones. No se encuentra antes de esta tésis, una ubicación como patología conocida o clara, más bien se trata de un trastorno socialmente aceptado y a veces alabado, por tanto, mantenido o motivado.

Estas personas comúnmente se muestran irritables pero "razonadamente" es decir, que se enojan o molestan con frecuencia por situaciones ajenas (casi siempre), que van en contra de sus propios principios. La intensidad de la reacción existe en distintos grados y se debe al ambiente, la formación y otros rasgos personales de carácter; y se presenta la reacción mayor en momentos

donde existe un elemento que dispara la hostilidad de estos sujetos. El ambiente hostil (ambiente que exige energía, velocidad, respuestas inmediatas, etc.), es el que desencadena este tipo de reacciones y es el estímulo necesario que produce toda una tendencia, (¿ existe un ambiente más hostil que el de una gran ciudad en un gran y conflictivo país, como México?).

Existen tres factores fundamentales en la conducta tipo "A", que la caracterizan: a) la prisa, lucha contra el tiempo, sensación de tener que aprovechar todo el tiempo disponible, y si se puede más. b) competitividad, afán de encontrar retos desafiantes para mostrar nuestra superioridad (a nosotros mismos y en segundo lugar, a los demás). Friedman y Rosenman llaman a este fenómeno "la Búsqueda del Número", se refiere a una acumulación de todo lo que se pueda y la competitividad se refiere a la demostración de poder por nuestras capacidades. Más lógica la competitividad en México por raíces; y en E.E.U.U. la búsqueda del número es más común, precisamente por falta de raíces, lo que Fromm denominó como carácter acumulativo. Fromm E. 1977. c) hostilidad o agresividad; es una irratibilidad manifiesta "aparentemente" por mínimo motivo, que hace al sujeto reaccionar constantemente de todo agresivo (verbal o ideacionalmente, rara vez física según G. Fernández, con el cual comparto esta opinión) y lo caracteriza como: quisquilloso, susceptible, alterado, agresivo, acelerado, cabrón, etc.).

A continuación describo más ampliamente estos tres aspectos básicos de la conducta tipo "A" y para ello, recorro básicamente a datos del Dr. G. Fernández; los de Friedman y Rosenman, corroborando o apoyando con otras tesis al respecto y mis propias observaciones de estos sujetos.

Trascendiendo el aspecto médico del Dr. Fernández, describe a estos tres aspectos de la siguiente manera: "Creemos que esta línea de conducta tiene dos componentes aprendidos y uno innato. Los aprendidos son la hostilidad y la competitividad y se condicionan sobre la base que conocemos como inseguridad. En innato es el antecedente a la prisa y se condiciona en base a lo que llamamos tiempo de reacción. Fernández G. 1982.

a) PRISA: Es el rasgo más característico de esta línea de conducta, una sensación crónica de urgencia, o como lo denominan Friedman y Rosenman, "enfermedad de la prisa".

El sujeto tipo "A", siempre tiene que hacer, nunca le sobra tiempo, pues lo ha ocupado ya en algo; abarca infinidad de actividades por su mismo impulso por hacer; muchos sujetos tipo "A", consideran que el dormir a veces es desperdiciar el tiempo. Su itinerario cambia constantemente, pues cambia o aumenta su actividad y cambian según la convicción de la escala de valores en vigor (no son volubles, pero constantemente encuentran algo mejor que lo que hacían) y busca, o más bien, encuentra en su

loca carrera, siempre una actividad que lo emociona e intenta hacerla. Es obsesivamente puntual, lo cual produce resultantes más graves (como después analizaremos), ya que la mayoría de las veces los demás no son puntuales y el sujeto en cuestión tiene que esperar, o más bien "desesperar". Esta tendencia, con el tiempo, va haciéndose parte implícita en cualquier actividad; automatiza su conducta de tal forma, que siempre, aunque no lo necesite, hace todo rápido, sin fijarse ya en la calidad, sino en la rapidez de ejecución; se vuelve poco preciso en el trabajo y para mí, lo más grave, es que comienza a darle mayor importancia a los hechos que a las personas que a estas alturas sólo son "estorbos que desesperan", considerándolos elementos por despersonalización. (En la cultura Mexicana, este fenómeno ocurre, tal vez por cultura sea más fácil de corregirlo, pues por las raíces familiares simbióticas, tendemos más al humanismo).

Este fenómeno de prisa hace a tal grado la rutina que los sujetos pierden capacidad y brillantez, muchas veces viviendo ante los demás por fama que adquirieron, en ocasiones siguen con el "puro vuelo" del enérgico comienzo que a los demás impactó en algún momento, pero ha perdido efectividad pues para el tipo "A" las situaciones nuevas serán más que retos de ingenio, retos de velocidad.

La prisa se fundamenta en raíces de formación, como dice el Dr. Fernández "en tiempo de reacción".

El tiempo de reacción es la capacidad natural para responder a un estímulo y varía en cada persona, sin embargo, el medio ambiente tiende a modificar esta reacción. En ciudades donde la exigencia es la velocidad uno tiende a hacer más corto este tiempo de reacción (no todos lo logran), pero tiende a acelerarse. Un estudio muy interesante de E. Castañeda, 1980, nos dice que en la ciudad de México los varones de 3, 4 y 5 años de edad, tienen un tiempo de reacción significativamente más corto que el de las mujeres de esta edad. El de los varones que ocupan el primer lugar en el orden familiar, el tiempo de reacción aún es más corto que el de los demás.

Esto se explica por la responsabilidad que se "hereda al mayorcito" y todo lo que implica en nuestra sociedad ser el "hermano mayor". Las exigencias sociales y familiares recaían, hasta hace poco tiempo, en el varón mayor. Más del 90% de los que sufren infarto prematuro, son primer varón de su familia. Castañeda E. 1980.

El tiempo de reacción "rápido", se va estimulando en distintos ámbitos educativos. En la escuela se les dice "muy bien", "es abusado, responde inmediatamente". El niño responde antes que los demás, primero por naturaleza, después por exigencia y a lo largo de su vida esta rápida respuesta, se vuelve competencia. También el sujeto rápido, sufre cambios y reacciona ante el más lento, luego de asimilar la superioridad en velocidad, tiende a

ayudar a los más lentos, en este caso apurándolos y si no hay respuesta, entonces hay frustración. Ya en una sociedad urbana que es lenta por grande, sin embargo, exige velocidad, tenderá a apurar a personas, sucesos, costumbres, etc. y esta lentitud general causa irritación, coraje, reacción de ira y enojo al fin de cuentas, por la frustración y el manejo de la agresión, producirá estados de stress y sobrestress.

b) COMPETITIVIDAD: Aparentemente el sujeto tipo "A", es muy seguro de sí mismo, pero encierra dentro de esa afanosa búsqueda de hacer "algo" una inseguridad muy grande. Así que tiende inconscientemente a ser competitivo, tiende a querer superar a los demás, ser mejor y vehementemente mejorarse a sí mismo, desgraciadamente en procedimiento y cantidad y no en calidad.

A lo largo de su vida, estos sujetos van desarrollando mayor responsabilidad personal, a mi modo de ver, se debe a una educación rígida y enfática en la disciplina, interiorizada de tal forma que se convierte en un sujeto autodisciplinado en demasía y rígido con él mismo.

La disciplina exige perfección, así que a los sujetos reforzados por el medio, tenderán mejorar y como no siempre lo lograrán, habrá mayor probabilidad de frustrarse. Como dice el Dr. Fernández "quedan bajo un programa de reforzamiento intermitente, ya que no siempre ganan". Fernández G. 1982.

Un tipo inseguro, necesita constantemente "mostrarse competente" y a mayor reforzamiento, mayor exigencia; el sujeto autodisciplinado, se vuelve defensor de sus principios, es honrado, honesto y se frustra por detalles mínimos que a otro, no metido en este patrón de conducta, no le afectan, en ocasiones ni lo piensa, lo cual frustra también al tipo "A". Moralmente más consciente llega en su rápida lucha (pues siempre tiene prisa), a desarrollar defensas ante lo que defiende y estas defensas exageradas, se combinan con la característica siguiente y consecuente.

c) HOSTILIDAD O AGRESIVIDAD: La agresividad proviene según Dollard y Miller, 1968, de la frustración; si como antes describimos a las personas tipo "A", por sus características de aprendizaje tienden a frustrarse más frecuentemente, entonces se explica la agresividad y la hostilidad. Los sujetos "A" aceleran los acontecimientos previendo en el pensamiento las consecuencias, así apuran al interlocutor y a la vez, preparan la consecuente defensa; en una plática o discusión, los tipos "A" se encontrarán comúnmente adivinando lo que él o los otros van a decir, tienden a predecir y tomar como cierta la respuesta imaginada (que a veces es acertada) y ya tienen preparada la respuesta o tema consecuente (se hacen las pláticas estereotipadas, sueltan "el rollo" con respecto al tema por demás platicado y restan aprendizaje por estar cerrados en su molde). Esto se agrava al grado de reducir el número de personas con quien plática

pues "son pocas las que tienen algo importante que decir".

En los juegos y deportes se hacen muy patentes las características de los tipos "A". Por ejemplo, jugando dominó será común escuchar al tipo "A" utilizar frases como: "el dominó lo hizo un mudo, cállense y tiren" o "anda, tira ya, es dominó, no ajedrez"; y la pareja del tipo "A", será continuamente reprendida por él, por mínima que sea la falla. En los deportes, será muy común ver a los tipos "A" jugando enérgicamente y ante fallas, azotar contra el piso la raqueta, patear el balón y gritar mucho.

El Dr. Fernández resume así esta característica: "Su apariencia ante su aprendizaje social podría resumirse así: tiene una elevadísima probabilidad de ser frustrado por acontecimientos que a muchas personas no impactan, ante la frustración reaccionará con alguna forma de ira; esta rara vez, es física, más bien se vuelve ideacional (fantasmas hostiles) y verbal (insultos y sarcasmos); el desahogo ideacional-verbal de esa ira, rara vez es suficiente para reducir el drive (impulso), que sufre el tipo "A"; este impulso energiza todos sus hábitos, pero principalmente dos: tener prisa y competir; competitividad y prisa aumenta la probabilidad de ser frustrados por el medio con lo cual volvemos al primer eslabón de la cadena; aumenta la probabilidad de reaccionar con hostilidad "civilización urbana"... hasta aquí, hemos bosquejado un organismo en frecuente estado de continua irritación.

Otra característica muy peculiar del tipo "A", es la que denomino "sobre tensión" (en pocho sobre stress y en inglés overstress) y se refiere que al enfrentarnos a una tensión (stress) el organismo se altera y secreta catecolaminas para preparar una reacción de ataque o huida; el tipo "A" descarga verbalmente estos elementos, lo cual no es suficiente, ya que el organismo se prepara para eliminarlos físicamente. Además de este estado, después de un rato (digamos de 10 a 20 minutos), en que hasta cierto punto se asimila, vuelve a recordar VIVIDAMENTE (ideacionalidad) el evento, entrando en una nueva etapa de tensión, una sobretensión (sobrestress) y precisamente ésto es lo que produce que en el torrente sanguíneo circulen más y por más tiempo las catecolaminas que constriñen las arterias y las "irritan". ¿Durante cuánto tiempo y con qué frecuencia ocurre ésto en un sujeto tipo "A"? ¿Cuánto tiempo del día descansa el carácter del tipo "A"?

Para explicar lo anterior, recorro al modelo animal, la observación de especies inferiores (?) que aunque estoy seguro que sienten y piensan, no creo que tengan procesos de conciencia existencial ni social (ésta última es instintiva).

Observando por ejemplo un conejo que está corriendo en el sembrado y de pronto se percata de la presencia de un cazador (el conejo no sabe si es o no cazador, o si está armado) y el animalito entra en estado de stress, su organismo ante la alarma, pone a

funcionar las glándulas preparando una defensa o huida. Pero sucede que el cazador no ve al conejo y pasa de largo sin atacar al conejo. El conejo (no es ni tipo "A", ni "B"), ya que pasó el peligro corre como si en realidad lo estuvieran persiguiendo y se oculta en su madriguera, es decir, al correr utilizó las catecolaminas que su organismo había secretado y "gastó" y eliminó de su torrente sanguíneo lo que de haberse quedado circulando, tendría mayores resultados. ¿Qué hubiera pasado si el conejo no hubiera corrido y después de cinco minutos recordara vívidamente lo sucedido y le "mentara la madre al cazador" (respuesta verbal e ideacional)? Tal vez en unos años padeciera un infarto agudo al miocardio.

Al analizar lo anterior, recurrí a la facultad de medicina veterinaria y zootecnia de la UNAM, para investigar cuántos casos de infarto tienen registrados. En el departamento de patología animal (donde reciben a los animales muertos y hacen el diagnóstico de muerte), reciben animales de particulares, criaderos, zoológicos, etc., y reportan tener una incidencia mínima de infartos (aprox. 5 animales de 500 mueren de infarto), de los cuales 3 aproximadamente provienen de zoológicos (atribuyen el infarto a vejez y falta de ejercicio por cautiverio) y dos casos aislados en cerdos (lo atribuyen a un tipo de neumonía que produce infarto miocardio por infección).

Es difícil comprobarlo, pero comparto con el Dr. Fernández la

idea de que en su medio natural los animales no tienen oportunidad de "rumiar su frustración".

La prisa y la competitividad mantienen al organismo humano en constante tensión y sobreexcitación muscular que a su vez exigen mayor actividad al organismo. Cualquier persona en estado de tensión y secreción de catecolaminas, se frustra muy frecuentemente por situaciones mínimas que alteran al máximo el proceso. En estas condiciones, las respuestas agresivas son más probables que otras como tristeza, alegría, etc. y se condiciona el organismo a la respuesta total (ley del todo o nada en fisiología nerviosa), por mínima que sea la frustración y así generaliza los procesos de secreción (básicamente noradrenalínicos).

Así con estas características que en el presente capítulo hemos analizado, este organismo tipo "A", hará circular y recircular los elementos químicos mencionados, por causa de fantasías y respuestas verbales que no son suficientes para eliminarlas. Al paso del tiempo, la sangre impregnada de catecolaminas, plaquetas y triglicéridos, harán cisco las arterias comenzando por las coronarias, ocluyendo su luz y necrosando su superficie... y preparando un infarto.

ANTECEDENTES

ENFOQUE SOCIAL

Con el enfoque médico, hemos visto de cerca el problema del infarto al miocardio, analizando su función y de cómo se produce el infarto partiendo de una simple y diminuta grieta en la arteria.

Más profundamente analizamos la conducta y de cómo puede aumentar, catalizar y producir, un fenómeno conductual, el fenómeno arterial descrito.

El enfoque Psicológico basado en la conducta tipo "A", nos hace pensar en algo que desencadene todo el problema.

La conducta tiene o se compone de dos partes esenciales. La primera es Biológica, que abarca al organismo y a la conducta en sí, que se produce por la dinámica de las estructuras internas que son parte del organismo. La segunda es el medio ambiente que estimula al organismo y combinado con él, produce la conducta. El medio ambiente abarca toda estimulación presente y toda la experiencia asimilada, la cual estimula, consciente e inconscientemente.

El medio ambiente es esencial, ya que estimula de distintas maneras al organismo y por ésto, comparte la totalidad de la conducta.

Si vemos el fenómeno como anatomofisiológico sólomente, estamos

contemplando una parte del fenómeno. Si contemplamos las raíces conductuales, podemos ampliar nuestra visión y darle razón al fenómeno. Pero aún así, falta darle razón a la conducta y para ésto, necesitamos considerar muy seriamente el medio externo, el contorno donde se desenvuelve la persona. El contorno es la sociedad, la cultura, la historia, la dinámica de los que nos rodea. Al analizar la cultura mexicana, encontramos diferencias que parten de distintas historias y estilos que vienen a concluir en una actualidad personal, familiar, nacional, etc. Ahora pretendo ubicar el aspecto ambiental actual, es decir, cómo influye la estimulación externa, la ciudad, el número de habitantes, de empresas, de automóviles, de oportunidades, en la generación de la conducta.

La mayor frecuencia de infartos se registra en las grandes ciudades, donde también se registra el mayor movimiento económico e industrial. También en las grandes ciudades, se registran distintos fenómenos, como crímenes, suicidios, patologías, etc., que comparativamente con ciudades de menor capacidad general, en promedio, es significativamente mayor. Varios 1983.

¿A qué se debe esta exacerbación de conducta? ¿Cómo influye el ambiente en la producción de conductas atípicas?.

La Psicología ambiental, tal vez la más nueva rama de estudio en la Psicología, analiza actualmente estos fenómenos y nos orienta

de la siguiente forma:

La ciudad por su vasta dinámica provoca una sobreestimulación, la cual afecta a todos sus habitantes y sitúa en diferentes estados de percepción, que propician distintas reacciones. L. Anderson, 1980.

Como ejemplo tenemos investigaciones sobre la percepción del niño ante su ciudad. Alvarez y Cols, 1982, donde aparece alarmante lo que los niños expresan por medio de dibujos y nos dice en su dibujo, lo que más le atrae (preocupa o afecta), de su ciudad.

De una muestra de 2707 dibujos, las mayores frecuencias se concentran en número de casas y edificios (98%) elementos naturales (85%) transportes urbanos (70%) elementos vegetales (60%) y personas (59%).

En esta investigación, aunque sólo se trató de dibujos, aparecen situaciones y sentimientos como, embotellamientos fenomenales, accidentes, robos, smog, etc.

Desde temprana edad, existe una preocupación por lo que estimula, sobre-estimula y activa los sujetos.

El impacto emocional que produce la ciudad, altera constantemente las estructuras nerviosas.

"Ciertamente nosotros mismo arruinamos la ecología del Valle de México y ahora en pago, la ciudad (el monstruo engendrado por las mutaciones del ecosistema), nos enferma y contribuye a enfermarnos más". Covarrubias J., 1982.

En este trabajo, el Arq. Covarrubias incluye una teoría que, en síntesis, menciona lo que producen los escenarios monótonos y caóticos en la actividad cerebral, en concreto, la reacción del hipotálamo ante estos escenarios ciudadanos, afectando el reflejo de orientación, la curiosidad, la exploración, la manipulación, la privación sensorial, la sobrecarga en estimulación. Y propone que la interpretación de la conducta originada por estos factores no proviene exclusivamente de los estados internos del organismo, sino que los estímulos externos son las fuentes motivacionales de tales conductas.

Otro aspecto que se comienza a estudiar como fenómeno propio de grandes ciudades, es el ruido; Magistralmente tratado por el Dr. Serafín Mercado, Serafín Mercado, 1982, nos ubica en la actividad sensorial y su desarrollo o capacidad ante la infinidad de ruidos "modernos", los cuales aún no son asimilados por el organismo, no ha habido tiempo de evolucionar la capacidad auditiva al grado de entender los nuevos ruidos. "El oído humano evolucionó en condiciones muy distintas, con una baja incidencia de ruidos muy intensos, tanto bruscos, como sostenidos. Sin em-

bargo, el desarrollo tecnológico nos ha creado un ambiente sónico poco habitual y para el cual no estamos adaptados".

En este artículo, el Dr. Mercado distingue tres tipos de ruidos:

- a) Efecto anatomofisiológico, que se traduce en pérdida o lesiones permanentes de la capacidad auditiva.
- b) Efecto perceptual que se traduce en interferencia de sonidos.
- c) Efecto Psicológico, propiamente dicho, que se traduce en efecto emocional y en sobresaturación del aparato perceptual (cognoscitiva).

Propone una hipótesis después de una serie de estudios muy concretos e importantes, que no podemos dejar de mencionar en este trabajo si pensamos que el medio ambiente influye de alguna manera: "Nuestra hipótesis sería entonces, que a mayor nivel de intensidad de ruido, mayor su efecto perturbador y a mayor grado de significatividad, también mayor efecto en el ruido".

De esta forma, la Psicología ambiental trata otros problemas que definitivamente influyen, ya sea alterando, perturbando o afectando la dinámica perceptual y conductal de los sujetos. Analiza aspectos tan relevantes, como el hacinamiento, ambientes espaciales, espacios vitales, contaminación, etc. y los resultados son

sorprendentes, pues la dinámica perceptual, como lo demuestran estos estudios, intervienen de una forma rotunda en los procesos conductuales.

La Psicología social, tanto como la clínica, contemplan el factor ciudad como relevantes para la producción de conductas en general, algunas más nocivas que otras, pero al fin todas importantes.

Desde las primeras comunidades que se formaron, surgieron infinidad de situaciones que desencadenaron resultados. De hecho, en las relaciones (humanas), característica fundamental del hombre, es parte activa del desarrollo y por lo tanto, de la conducta actual de cada sujeto.

De la relación humana proviene la ciencia, la religión, la política, el arte y todos los elementos creativos, distintivos del hombre.

Como Erich Fromm menciona en la necesidad de relación, como primera de las necesidades específicamente humanas y que propicia o tiene que ver mucho con las demás necesidades; de trascendencia, marco orientador, arraigo, propia identidad, etc. Fromm E. 1964.

De la propia relación, se desencadena la sociedad, las normas, que pretende el equilibrio, que no siempre se logra, como ahora vemos que se desencadenan fenómenos y circunstancias que afectan

no sólo el logro del equilibrio, sino que de paso, afectan a todas las estructuras y al propio organismo. La sociedad procurando un bienestar, por algún descuido de orden o esencia, viene provocando algo más.

Así podemos captar que el medio Psicológico es afectado por el ambiente, desencadenando conductas que inciden en el organismo, en la dinámica orgánica, no sólo del corazón, sino del organismo en general.

Ahora, podemos responder a ¿Qué tanto ayuda un medio ambiente caótico monótono, hostil, grande como el de la ciudad, a provocar un infarto? Ayuda tanto como provoque respuestas conductuales que afecten y alteren a los sujetos al grado de necesitar descargas complementarias para lograr eliminar tanta energía y esa dinámica por no ser aún asimilada por la evolución, produzca estados "peligrosos" para el organismo y la vida.

RESPUESTA AL GENERAL MILLAN ASTRAY

DISCURSO PRONUNCIADO POR EL D. MIGUEL DE UNAMUNO, EN LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA, EL DIA 12 DE OCTUBRE, DE 1936.

"Todos ustedes están pendientes de mis palabras. Todos me conocen y saben que soy incapaz de guardar silencio. Hay ocasiones

en que estar callado significa asentir.

Porque el silencio puede ser interpretado como asentimiento. Voy a comentar el discurso, - de alguna manera hay que denominarlo, - del General Millán Astray, que se encuentra entre nosotros. Pasemos por la afrenta personal que implica la repentina explosión de insultos contra vascos y catalanes. Yo nací en Bilbao. El Obispo (inclinándose hacia Monseñor Pla y Deniel, sentado a su vera), quiera o no quiera, es un catalán de Barcelona.

Acabo de oír un grito necropólico y sin sentido: '¡Viva la muerte!' Y yo, que he pasado la vida creando paradojas que han despertado iras incomprensibles, les debo decir, en calidad de autoridad experta, que esta grosera paradoja, me resulta repelente. El General Millán Astray es un hombre desarbolado. Lo digo sin pizca de malicia. Es un inválido de guerra. También lo era Cervantes. Desgraciadamente, en estos momentos hay demasiados desarbolados en España. Y pronto habrá más, si Dios no viene en nuestra ayuda. Me apena pensar que el General Millán Astray, pudiera dictar el modelo psicológico de la masa. Un desarbolado que carece de la grandeza espiritual de un Cervantes, es capaz de buscar un siniestro alivio ocasionando mutilaciones en su alrededor.

(Millán Astray comprendió que para no quedar en ridículo, tenía que hacer algo. Se puso de pie de un salto y lanzó el doble gri-

to que le ha dado una tristísima inmortalidad: ¡Abajo la inteligencia! ¡Viva la muerte!).

Este es el templo de intelecto. Y yo soy su gran sacerdote. Están ustedes profanando su sagrado recinto. Ustedes vencerán, pues disponen de la fuerza bruta más que suficiente. Pero no convencerán. Para convencer necesitan persuadir. Y para persuadir, necesitarán aquello de que carecen: la razón y el derecho en la lucha. Considero que es fútil exhortarlos a que piensen en España. Yo lo he hecho ya".

Con el anterior pasaje, ilustra Erich Fromm, 1977, explicación de biofilia y necrofilia, tendencias que en el hombre se desarrollan y producen el síndrome de desarrollo (biofilia), o el síndrome de decadencia (necrofilia).

Con esta idea podemos tener otra aproximación al problema, otro punto de vista de lo que podemos llamar "enfermedad de ciudad" que sería, en este punto de vista, una tendencia del hombre al síndrome de decadencia, necrofilia.

Esta actitud necrófila o necrofílica, se produce por una serie de factores que bien están o pueden estar en un ambiente tan saturado de todo, como es el de las grandes ciudades.

Estas tendencias o actitudes (bio y necrofilia) en ocasiones no

son consideradas patológicas, ya que pueden ser leves. En muchas personas, está presente pero en proporciones diferentes. Lo importante es determinar cuál es la más fuerte, la que predomina y en qué proporción, con el objeto de conocer de que forma estará influyendo en la conducta y por lo tanto, en la vida del sujeto, por eso las presentamos separadas".

La necrofilia en su manifestación más grave, forma el síndrome de decadencia, el cual es un estado patológico y origina actitudes destructivas e inhumanas. Las personas con esta tendencia, se caracterizan por atracción a las cosas sin vida. Son incapaces de vivir el presente o el futuro, sus emociones y sentimientos se alimentan del pasado, ya sea que haya tenido o crean que tuvieron.

Tienen en común la orientación acumulativa, su actitud hacia la fuerza, se considera como poseedor de una gran fuerza que puede matar o destruir y el uso que hagan de ésta, es un modo de vivir. Su amor al control, lleva a matar la vida, teme a la vida ya que por sí misma, es desordenada e incontrolable, nunca será segura pervisible o controlable, sólomente sería controlable convirtiéndola en muerte.

Estas tendencias no son necesariamente patológicas, ya que pueden parecer inofensivas o aceptadas, sublimadas hasta el punto de parecer cualidades a los ojos de una sociedad, como la que a-

quí tratamos.

¿Qué tanto influye la ciudad en las tendencias necrofilicas o biofilicas, de las personas? Dentro del marco teórico de Erich Fromm, se ha realizado una interesante investigación, Regalado, Pineda y Manzo, 1982, donde se evalúa la tendencia en 720 niños de 10 primarias federales a la bio o necrofilia. La evaluación se hizo con la prueba de productos permanentes (dibujos y palabras) y diseños de una y dos muestras independientes, encontrando que en los niños de ciudad, existe una tendencia predominante - a reserva de que haya sido así, no sólo en 1982, sino desde hace 30 y 40 años - nos daría un elemento más de peso, la tendencia necrofilica, que produce el ambiente inherte de la ciudad, la cosificación que se fabrica en la mente de los desafortunados habitantes de las grandes urbes y la inconsciente necrosis de la relación que desencadena la misma tendencia y carácter explotador.

Este aspecto redondea más la idea de que las ciudades grandes, desencadenan en los habitantes - entre otras cosas - una tendencia a desarrollar conductas que llevan a producir el infarto agudo al miocardio.

ANTECEDENTES

INVESTIGACIONES QUE MODIFICAN LA CONCEPCION MEDICA.

FACTORES DE RIESGO.

Como mencionamos en los antecedentes médicos, los factores de riesgo ocupan un lugar preponderante en la detección y/o prevención que los médicos recomiendan, sin embargo, es importante mencionar que se han analizado e investigado profundamente estos factores y las conclusiones que arrojan, son muy significativas ya que derrumban gran parte de la seguridad médica que hasta hoy se tiene de los antecedentes conductuales, físicos y culturales de los infartados.

Castillo A., 1979, presenta un compendio de investigación muy importante, que ilustra los detalles que los médicos no manejan en los factores de riesgo y llegan a validar o invalidar sus teorías.

A continuación, presento una compilación de varios trabajos, básicamente de la tesis de A. Castillo (opcit), que se refieren a cada factor de riesgo:

COLESTEROL.

El colesterol existe en todo el organismo, principalmente en el hígado y el intestino y antes de "soltarlo" al torrente sanguíneo el hígado y el intestino, deben prepararlo, ya que por su condición de poca solubilidad, no llega a disolverse en la sangre.

Al prepararlo, el hígado le añade fosfolípidos además de proteínas y grasas. A este preparado, se le denomina quilomicrón y viaja en la sangre buscando un lugar; a pesar de ser un elemento natural, el mismo organismo - las células - lo atacan a su paso para extraer de él, las grasas. Ya sin grasas, es decir, como gránulos de colesterol puro, los detiene de nuevo el hígado y los absorbe destruyéndolos.

Un nivel normal-promedio en humanos, será en un rango de 200 a 275 miligramos entre 100 mls. de suero. Comparando, podríamos mencionar niveles en distintas especies de animales.

Elefante	67/100 mg/ml
Oso hormiguero	240/100 mg/ml
Lisa	25/100 mg/ml
Salmón	500/100 mg/ml
Hipopótamo	38/100 mg/ml

Si no hubiera colesterol en la sangre, no habría ateromas (placas) en las paredes arteriales, pero no podemos asegurar de ninguna manera, que la enfermedad cardio-coronaria se desarrolle por lo mismo que la inicia.

Si la enfermedad cardio-coronaria se inicia en las placas o ateromas, no significa de ninguna manera que el desarrollo de esta enfermedad, se deba exclusivamente, ni siquiera como factor impor-

tante. Para demostrar ésto, recurrimos a investigaciones que comparan los niveles promedio de colesterol y la incidencia de infartos en distintas poblaciones:

Por ejemplo, en Irlanda se tiene un nivel general de colesterol, igual que en Finlandia, sin embargo, mientras en Finlandia se registran tres infartos, en Irlanda se registra sólo uno.

Mientras los suecos tienen un mayor nivel general de colesterol que los escoceses, éstos registran dos infartos y los primeros uno.

Los indígenas Masai de Tangañica, al igual que los Esquimales, Somalíes y Rosetos de Africa, muestran niveles excepcionalmente altos de colesterol, pero no existe entre ellos el infarto al miocardio.

Sin ir más lejos, en las investigaciones realizadas para este trabajo, encontramos infartos en la Ciudad de México y en la de Monterrey, pero no en Mérida, (tomemos en cuenta que la dieta de los Emeritenses, es rica en colesterol, mucho más que la dieta de las ciudades de México y Monterrey). En las grandes ciudades coincide significativamente el nivel de colesterol con los infartos, pero la clave está en el tamaño y dinámica citadina y no tanto en los niveles de colesterol.

TABAQUISMO.

El hábito de fumar tabaco, produce en el organismo distintas reacciones, de las cuales nos interesan para este trabajo las que puedan afectar al sistema circulatorio.

Al fumar, se estimula la producción de epinefrina y norepinefrina en un bajo nivel. Para que estos elementos pudieran dañar por secreción el calibre de las arterias, se necesitaría consumir más de 35 cigarrillos al día, sin tomar en cuenta la resistencia del organismo individual y el grado de habituación, que variarían estos aspectos aún más la afirmación.

Es muy difícil desarrollar una enfermedad cardio-vascular y mucho más, una cardio-coronaria, por el simple hecho de fumar; antes de que sucediera una afección circulatoria, se daría una respiratoria.

Particularmente pienso que el hecho de fumar, es consecuencia de la conducta tipo "A", por tendencia a expeler angustia o por "fijación oral" y no que por el fumar, se llegue a un infarto.

Desde hace muchos años, se fuma en exceso y hace años, cuando se fumaba igual que ahora, no había el número de infartos que ahora. El incremento de infartos, es directamente proporcional, al crecimiento e industrialización de las poblaciones y no

al del hábito de fumar (*).

ROL SEXUAL.

Hasta ahora, cierto es que el mayor número de infartos se da en la población masculina, pero en la población femenina, la incidencia ha sido considerablemente mayor de unos años a la fecha.

Un ejemplo que ilustra estos datos, sucedió en Japón, donde no existía el infarto en mujeres hasta que el General Eisenhower, junto con el cambio social que propició Hiro Ito, podríamos decir que se inició la liberación femenina en Japón, incluyendo en la vida activamente laboral a la mujer y de paso en las estadísticas, ya que a partir de esa fecha se inició el aumento de infartos en la población femenina hasta llegar, en 1980, a cuatro infartos de cada diez en dicha población.

En la ciudad de México en 1980, de 100 infartos, 30 son de mujeres y de los infartos mueren el 9% de hombres y el 11% de mujeres (de 1404 hombres infartados mueren 122, y de 681 mujeres infartadas, mueren 73).

(*) Según algunos estudios de ecología en la Cd. de México (revista ecológica Mexicana, Octubre 1981)(40) el grado de contaminación equivale en la ciudad, por niveles de carbono y plomo, a aspirar un promedio de dos cajetillas de cigarros, simplemente por el hecho inocente de respirar en la ciudad, se contamina a ese grado. Otros estudios en animales (revista veterinaria-unam 1982) mencionan que en la Cd. de México es impresionante ver en las necropsias practicadas en perros, animales de zoológico, del-fines, que los pulmones se encuentran contaminados por plomo, lo cual es de lo más raro de encontrar.

En el año de 1973, se registraron en el Hospital de Cardiología 802 infartos; en 1974, 1,357; en 1976, 1,778; en 1977, 2,216, en este año, fué mayor el número que en 1968 (2,085).

Tal vez se debió a que en 1977 se requirió en México un equilibrio muy especial, debido a la devaluación de la moneda sufrida al final de 1976. Como vemos, se incrementó la incidencia de infartos, tanto en hombres, como en mujeres fuera de toda progresión lógica; de la estadística en 1977 aumentó aún más que en el siguiente año.

Con estos datos, podemos ubicar más claramente el ambiente propicio, más que el rol sexual ejercido.

Y más que el rol sexual, se manifiesta el rol de "ciudadano de una urbe", ya que en las grandes ciudades, la incidencia de infarto aumenta considerablemente en los meses de Septiembre, Noviembre, Diciembre y Enero; podríamos pensar ante esto en pagos de impuestos a fin de año, aguinaldos, deudas navideñas, pagos de seguros, etc.

Otros datos importantes emanados de la tesis de A. Castillo, 1979, es que en las poblaciones estudiadas el 79% eran casados; en plan profesional, los ingenieros, 7 de 8 se infartaban, ejecutivos, 5 de 7 se infartaban, vendedores, 9 de 13. En áreas subprofesionales, de doce, sólo a tres les daba infarto . . . ¿La voca-

ción produce infarto?, o más bien, ¿los propensos al infarto, escogen carreras determinadas?

SEDENTARISMO.

Si no se ejercitan los músculos, las grasas producen flacidez y ésta mina la energía vital y el organismo queda a merced de múltiples enfermedades. También un ejercicio exagerado perjudica. El ejercicio debe ser medido, constante y sin afán de competencia, para que resulte sano.

Se dice que el ejercicio constante, es un factor vital para evitar el infarto, pero existen casos que nos hacen pensar, por ejemplo, el infarto que sufrió un deportista profesional (Miquel Marín), que podría considerarse "ejemplo deportivo". Casos de tenistas, remeros y jugadores de squash.

Después de este breve comentario con respecto a los factores de riesgo, nos queda una gran duda: Ya que los factores de riesgo no se muestran como básicos en la génesis del infarto y las características de conducta sí... ¿Qué hacer?

Esta pregunta atañe directamente a la Psicología, la ciencia de la conducta y sí es posible responderla.

ANTECEDENTES VARIOS.

Como antecedentes en investigación de las enfermedades cardiacas, en especial el infarto al miocardio, tomamos básicamente la teoría que proponen los Dres. Friedman y Rosenman denominados "conducta tipo "A". Esta teoría propone y comprueba que el factor más importante como productor del infarto al miocardio, es un estilo de conducta (el cual denominan tipo "A").

Otro antecedente en investigación, el cual se refiere a la somatización de la agresión, son los trabajos realizados por el Dr. Cámeron, 1967, en los cuales proponen que la agresión se maneja a niveles de S.N.C. y se somatiza por los músculos, habiéndolo como posibilidad de somatización o "salida", sólo la de un músculo, es decir, que no se puede somatizar por dos o más músculos a la vez, sino que por liso, estriado o mixto, sin poder aún descifrar cómo selecciona el organismo el camino de salida.

En México las investigaciones se centran en el Dr. G. Fernández, quien maneja la teoría de Friedman y la complementa con los estilos de confrontación del stress y los estudios que descartan los factores de riesgo (G. Fernández, A. Castillo, L. García, Lambert y Murillo (IDEM). También en México, tenemos los trabajos realizados por el Dr. H. Lara T. y L. Ramírez, los cuales comparan la somatización de la agresión en distintas enfermedades junto con M. Martínez, P. Seba, Navarrete, Gómez y Quiñones (IDEM).

El Secobby, órgano computarizado de información sólo reporta estudios aislados y muy específicos, con respecto a los estudios de la somatización o la conducta tipo "A", los cuales no nos dan información relevante al respecto. (Secobby citas 1980-83).

CAPITULO SEGUNDO

METODO, PROCEDIMIENTO

E

INSTRUMENTACION

CAPITULO II.

MARCO TEORICO

METODOLOGIA.

Uno de los campos de mayor interés en el estudio de la conducta humana y patológica, es el de la agresión, ya que además de constituir una de las áreas más complejas, debido a que involucra múltiples elementos en su génesis, tanto biológicos, como psicológicos y sociales, es influenciado de sobremanera, por el desarrollo de las sociedades y fenómenos de cambio social, los cuales a su vez modifican la conceptualización y aproximación teórica para su estudio.

La abundancia de la literatura acerca del tema en todo el mundo, es prueba de lo anterior, así como los marcos teóricos de aproximación para su estudio, entre los que se destacan los de Konrad Lorenz (24,25) en el área de etología, los de Mark y Ervin, y Delgado (1965 y 1968) en el campo biológico, los de Fromm, en el campo psicosocial y en nuestro medio, los del Dr. Ramírez y (1967) y González Pineda (1965) en el área psicoanalítica freudiana, para no mencionar sino algunos ejemplos.

Con base a lo anterior, se puede decir que como la industrialización y fenómenos similares llevan aún sobrecontrol de impulsos heteroagresivos, tendiendo a ser dirigidos hacia el propio

sujeto, lo cual se ve más de manifiesto en los problemas de índole neurótica; cabe considerar que también bien puede deberse a aspectos socioculturales, diferentes a los de muestras estudiadas los cuales se manifiestan en la expresión de la conducta agresiva. Esto estaría de acuerdo con los estudios realizados por Díaz Guerrero (1977), en nuestro país, en los cuales se considera que la conducta agresiva es una sociocultura de confrontación pasiva del stress como la nuestra, tendería a mostrarse activamente y por lo tanto, en forma heteroagresiva, lo cual explicaría la elevada existencia de homicidios en nuestro país, en comparación con las bajas tasas de suicidio, enversamente a lo que se observa en países industrializados, confirmándose además esta aservación por los estudios al respecto de Gamiochipi y Lara Tapia, en México, 1977.

En cuanto a la teoría considerada en nuestro estudio de Dollard y Miller, respecto a que un mayor montante de frustración tenderá a dar una respuesta agresiva condicionada biológicamente con más frecuencia y esta respuesta agresiva, estará más relacionada con un patrón cognoscitivo.

Según la teoría de Dollard y Miller, la agresión se considera con base en la existencia de frustración, término que se refiere a la situación experimentada por una persona al registrarse un bloqueo que impida la obtención de uno de sus objetivos, ya que como mencionan ellos mismos, una situación frustrante provoca agre-

sividad. Asimismo, afirman que la frustración siempre provoca agresión y que toda agresión, presupone siempre la existencia de una frustración. Con base en ésto, se define a la agresión como a toda aquella conducta de ataque hacia otros o autoataque, ya sea en forma física, verbal o ambas. Dollard y Miller 1968.

En cuanto a las premisas socioculturales propuestas por Días Guerrero, 1977, el papel que juegan las premisas aprendidas social y culturalmente en la conducta normal y patológica de todo ser humano, es ya algo establecido desde hace mucho tiempo (tanto en el campo de la clínica, como en la vida cotidiana), observada en complejos procesos sociales, su influencia es observada constantemente. La planeación familiar, los problemas conyugales, la agresión por la "defensa del honor", el suicidio de escolares por haber reprobado en la escuela, el rechazo a la joven por haber sido seducida y la aceptación de ésta al preferir casarse, para poder salir de su casa por la rigidez de los padres, etc., son algunos de los múltiples ejemplos que constantemente se presentan e interpretan en formas variadas. Días Guerrero, 1977.

El hombre de la calle vive inmerso en la inmensa multitud de los problemas de la vida diaria, desde qué hacer para que los hijos estudien, hasta cómo hacerle para que salgan las cuentas de la casa. Y este hombre sólo tiene para valerse frente a su inmensidad de problemas, su capacidad física, su propia razón, los conocimientos que haya adquirido, su pertinencia y entereza para

enfrentarse a la problemática y ésto es lo importante para nosotros ahora, las normas de la cultura, del nivel socioeconómico, de las agrupaciones menores y de la familia a la que pertenece.

La correlación entre la agresividad reprimida y la respuesta muscular psicofisiológica, se estudió en un grupo de pacientes con infarto al miocardio, a través del análisis de contenidos de sus respuestas en el Test de Frustración de Rosenzweig, el cual comprende conceptos psicodinámicos y se encuentra la descripción de la conducta humana, en el nivel cognoscitivo exclusivamente, sumándose el marco teórico de la teoría de la frustración-agresión de Dollard y Miller. 1968.

El estilo de vida del mexicano, se ha definido e investigado por Lara Tapia y Díaz Guerrero, 1977 y de acuerdo con ésto, la personalidad tipo "A" de Friedman, corresponde a una variante de conducta social menos apegada a las premisas socio-culturales de la República Mexicana. Esto se midió mediante el registro de Premisas Socioculturales de Díaz Guerrero. Evidentemente, las personas que rechazan estas premisas como básicas, tenderán a mostrar mayores índices de frustración y agresión. Díaz Guerrero, 1977.

Es por todo ésto que el problema al cual nos abocamos, se refiere a cómo influyen la sociocultura y el manejo de la agresión, en la generación de enfermedades cardiocoronarias.

METODOLOGIA

PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El problema a definir en esta investigación, será el identificar las características particulares conductuales de los infartos.

Para ésto, ya tenemos identificada a la población, que son los sujetos que han sufrido infarto al miocardio.

Como factores principales en la psicogénesis del infarto, tenemos la confrontación del estres y el manejo de la agresión que se haga de una forma distinta o específica, la cual afecta al organismo...

Habrá que definir entonces las características particulares de los infartados a diferencia de los no infartados y generalizar los resultados a poblaciones con las mismas características, previniendo así, por características específicas, la propensión al infarto.

Estudiaremos tres diferencias básicas; una será la reacción que puedan tomar los sujetos de ambas poblaciones ante situaciones especiales y determinadas, estas situaciones serán las detectadas como conductas "A" que proponen Friedman y Rosenman.

La segunda será el describir qué dirección le dan al flujo de la

agresión, con base en distintos momentos de frustración.

La tercera será el comparar cómo confronta el estrés, por calidad de activa o pasiva y por frecuencia.

METODOLOGIA

HIPOTESIS.

H1-Los sujetos infartados, tienen rasgos de conducta comunes en situaciones similares a diferencia de los que no han padecido infarto.

H2-Los sujetos infartados tienden a manejar su agresión de manera significativamente, que provoca una somatización específica por músculo cardíaco.

H3-Los sujetos infartados, por frecuencia, tenderán a estar en contra de las premisas socioculturales a diferencia de los no infartados.

METODOLOGIA

ESCENARIO, MATERIAL Y PROCEDIMIENTO.

En la muestra I (40 sujetos que no hayan padecido infarto al miocardio y que radiquen en el Distrito Federal), se les aplicaron

Los instrumentos en sus propias oficinas o domicilios, cuidando que no hubieran factores que pudieran influir, como compañías e interrupciones. La aplicación fué individual y siempre en presencia del aplicador para solucionar cualquier duda.

Para la muestra 2, (40 sujetos que hayan padecido uno o más infartos, sin antecedentes de diabetes, hipotiroidismo e hipertensión mayor; radicados en el Distrito Federal, menores de 60 años). Se les aplicaron los instrumentos en un salón anexo a la sala de espera de la consulta externa del hospital de cardiología (noveno piso), el salón era apropiado y aislado, la aplicación fué individual y siempre en presencia del aplicador.

Para la muestra 3, (20 sujetos que no hayan padecido infarto al miocardio, radicados en Monterrey, N. L.), se les aplicaron los instrumentos en sus oficinas o domicilios, cuidando que no hubieran factores que pudieran influir como compañías e interrupciones, la aplicación fué individual y siempre en presencia del aplicador.

Para la muestra 4 (20 sujetos que hayan padecido uno o más infartos, menores de 60 años, sin antecedentes de diabetes, hipotiroidismo e hipertensión mayor, radicados en Monterrey, N. L.), se aplicaron en dos consultorios particulares y en un consultorio anexo a la sala de espera de la consulta externa del centro médico del Seguro Social de Monterrey. La aplicación fue individual

y siempre en presencia del aplicador.

La totalidad de los sujetos fueron varones debido a la dificultad para localizar un número suficiente de mujeres infartadas.

INSTRUMENTOS Y MATERIALES.

Utilizamos el cuestionario propuesto por Murillo Varela P., 1976, eliminando algunas preguntas y modificando levemente otras. El cuestionario que se aplicó, consta de 66 preguntas abiertas, cerradas y de opción, que sondean las conductas típicas de los infartados y nos dan oportunidad de valuarlos. (Anexo 1).

Para calificar este cuestionario, hubo que reducir muchas respuestas hasta darles valor numérico y digo reducir, ya que no podemos evaluar con precisión qué es más significativo (por ejemplo: ¿qué es más significativo o típico del infatado, que sea el primer varón, o que siempre haya vivido en el Distrito Federal?). Arriesgándonos en la decisión, propusimos valores a cada respuesta entre 0 y 4 puntos por cada respuesta característica. Así el cuestionario arroja 50 puntos como máximo en características y 0 como mínimo.

Considerando el total de respuestas, serán suficientes 25 puntos en el total de la prueba como para calificar a los sujetos como tipo "A". El cuestionario arroja una cifra de uno o dos dígitos

por cada sujeto.

La confiabilidad de la prueba es máxima, ya que se ubica en las características detectadas, con base en una teoría y traduce en preguntas de sondeo en cada característica; por ende, sólo detectará las características mencionadas sin peligro de detectar factores que no tengan que ver con lo investigado. Ya que se preguntan conductas típicas, es difícil que una respuesta en el mismo sujeto, pueda variar. El cuestionario cuenta con tres preguntas repetidas en aspectos que puedan variar o ser manipulados y otras preguntas de respuesta única, en donde se detecta qué tanto tienden a mentir los sujetos (no se utilizaron -- estas preguntas, como medida de confiabilidad. Originalmente fueron diseñadas para medir características de verdad o mentira en los sujetos).

La validez de esta prueba, fue aprobada en su presentación por P. Murillo V. en sus aplicaciones descartando finalmente algunas preguntas.

El test de agresión-frustración (PFT) de Rosenzweig, basado en la teoría de la agresión de Dollard y Miller y consideraciones del propio autor. La prueba consta de 24 cuadros representativos de situaciones determinadas que pretenden crear un sentimiento de frustración en el sujeto y con base a esto, medir o detectar

hacia dónde dirige su agresión, teniendo para ésto, tres opciones: si la agresión la dirige hacia él mismo (hacia dentro), se califica como intrapunitivo, si dirige la agresión hacia "los demás" o "lo demás" (hacia afuera), es extrapunitiva y si hace un manejo racionalizado, es decir, que no culpa a nadie directamente, ni a él mismo, se considera impunitiva o impropunitiva. (Anexo 2).

El test de Rosenzweig es de uso generalizado y comercial y cuenta con las especificaciones y validaciones correspondientes. Hay que tomar en cuenta que la prueba no ha sido estandarizada para la población mexicana. Sin embargo, no considero ésto un problema ya que las reacciones que se estudian, sí son generalizadas y similares en el género humano y el medio social; en este caso, no afecta o distorsiona la reacción de manera que no se pueda detectar.

El cuestionario de premisas socioculturales diseñado por el Dr. Díaz Guerrero (Anexo 3), indica el perfil de la cultura mexicana, proponiéndolo como premisas o sentencias que describen dicha socio-cultura. Supuestamente se deberían contestar todas como válidas y en caso de que no sea así, se considera que el sujeto no está de acuerdo con una premisa que se maneja generalmente. Esta respuesta negativa, nos dará un índice de probabilidad de confrontar el estrés, discutir con los demás sobre esa premisa. Por ejemplo, si en la premisa 10 ("para mí, la madre es el ser más

querido del mundo"), contesta en contra, el sujeto tendrá que defenderla constantemente en la sociedad que la acepta como válida, lo cual hará confrontar su estres con mayor frecuencia y si son las respuestas negativas en el cuestionario (más de 20 de las 53 que son), la probabilidad de confrontar será mayor. Consta de 53 premisas que se contestan como "SI" o "NO", es decir, "de acuerdo" o "en desacuerdo". Se aplicó junto con los demás instrumentos.

RESULTADOS

ANALISIS ESTADISTICO.

El tratamiento estadístico que presento a continuación, está hecho desde dos puntos de vista: Matemáticos o Estadísticos. Uno es el estrictamente estadístico que consta de análisis en diferencias significativas y correlación múltiple. El otro criterio estadístico, es un análisis por frecuencias y porcentajes, más sencillo, menos profundo, pero muy claro e ilustrativo.

Los datos en bruto, están presentados de la siguiente forma:

Una columna que indica la edad de cada sujeto, el siguiente grupo abarca las tres siguientes calificaciones y corresponde a las calificaciones extraídas del test de Rosenzweig; la columna 2, contiene la calificación del flujo intrapunitivo, la 3 del flujo extrapunitivo y la 4 del flujo impunitivo. La columna 5, es el resultado del cuestionario de conducta tipo "A" de P. Murillo V. Las columnas siguientes corresponden al cuestionario de premisas socioculturales, la columna 6, de quienes están a favor de las premisas y la 7, de quienes se manifiestan en contra (por ejemplo: el sujeto número 20 de la muestra I, en las columnas 6 y 7, tienen calificación de 20 y 34, respectivamente, indicando así, que en 20 ocasiones respondió a favor de las premisas propuestas y en 34 ocasiones no estuvo de acuerdo con las premisas. En otras palabras, en 20 ocasiones las consideró verdaderas y en 34

las consideró falsas.

Del test de Rosenzweig, se analizaron sólomente las respuestas impunitivas en el análisis estadístico, ya que éste es el flujo que nos interesa igual que en el cuestionario de premisas socio-culturales sólo analizó las premisas en contra por la misma razón (columnas 4 y 7).

ANALISIS POR FRECUENCIAS Y PORCENTAJES

	SIN INFARTO RADICADOS EN EL D.F. (40 SUJETOS)	CON INFARTO RADICADOS EN EL D.F. (40 SUJETOS)	SIN INFARTO RADICADOS EN MONTERREY (20 SUJETOS)	CON INFARTO RADICADOS EN MONTERREY (20 SUJETOS)
TEST DE ROSENZWEIG	INTRAPUNITIVO 31% EXTRAPUNITIVO 39% IMPUNITIVO 30%	INTRAPUNITIVO 11% EXTRAPUNITIVO 14% IMPUNITIVO 75%	INTRAPUNITIVO 19% EXTRAPUNITIVO 60% IMPUNITIVO 21%	INTRAPUNITIVO 10% EXTRAPUNITIVO 19% IMPUNITIVO 71%
PREMISAS SOCIOCULTURALES	A FAVOR 36% EN CONTRA 54%	A FAVOR 25% EN CONTRA 73% ANULADOS 1%	A FAVOR 55% EN CONTRA 20% ANULA 25%	A FAVOR 24% EN CONTRA 60% ANULA 13%
CONDUCTA TIPO "A" P. MURILLO V.	TIPO "A" 41% NO TIPO "A" 59%	TIPO "A" 100% NO TIPO "A" 0%	TIPO "A" 11% NO TIPO "A" 79%	TIPO "A" 100% NO TIPO "A" 0%
EDADES	\bar{X} DE EDAD 48.2 AÑOS	\bar{X} DE EDAD 49 AÑOS	\bar{X} DE EDAD 46 AÑOS	\bar{X} DE EDAD 56 AÑOS

RESULTADOS Y DISCUSION.

Estos datos revelan la tendencia marcada en los tres instrumentos aplicados y es muy palpable la diferencia entre las poblaciones de ciudad y provincia y entre las poblaciones de infartados y no infartados.

El test de Rosenzweig nos indica que la muestra sin infarto que radican en el D. F., en su mayoría (39%), manejan su agresión extrapunitivamente, es decir, que de 40 sujetos, 23 dirigen su agresión hacia afuera, descargan o repelan la agresión. Esto indica dos cosas: El por qué existe agresividad manifiesta en las personas del D. F. (se observa claramente en lugares de reunión, embotellamientos, espectáculos, manifestaciones, etc.). La segunda, es que el hecho de "sacar" la agresión elimina elementos nocivos químicamente al organismo (catecolaminas y triglicéridos). En un sondeo se descubrió que en los presos homicidas agresivos, no existen casos de infarto, ya que sí existen -aunque pocos- en delinquentes de otra índole. Se debe a que descargan su agresión "correctamente", es decir, sobre el objeto que produjo la descarga, eliminando así totalmente los triglicéridos y catecolaminas (con ésto, no propongo que el propenso a infarto mate; sólo pretendo demostrar que la descarga es importante y como vemos, existen muchas maneras más sanas para descargar, que el matar).

En segundo lugar (31% 13 personas de 40), dirigen la descarga hacia adentro, asumen o se responsabilizan sin estar seguros de ser culpables. Esto se podría explicar con la asociación inconsciente de la culpa y el remordimiento; personas serviles y poco enérgicas; el típico sujeto que se conforma con lo que sobra pues se siente culpable e indigno de recibir cualquier cosa.

De hecho, estos sujetos asumen la agresión, la revierten hacia su propia persona desde afuera, es una tendencia psicasténica, pero al parecer, no daña tanto como la común en los infartados (la dirección de la agresión nos da datos importantes, pero por sí sola, no dice mucho de la conducta del infartado, por ésto, es importante combinar esta prueba con las otras que propongo).

En tercer lugar, tenemos la impunitiva, que es por mucho la primera en los infartados. En los no infartados sólo son 14 sujetos de 40, los que manejan impunitivamente la agresión, racionalizándola, reprimiéndola y aún, asumiéndola la revierten "desde adentro" hacia su propio organismo; pues el extrapunitivo la descarga hacia afuera, el objeto externo. Mientras el intrapunitivo la descarga "por afuera" hacia él mismo y el impunitivo no la descarga (ésto es "ideacionalidad").

Como vemos en el anexo 4, la dirección predominante en los infartados, tanto en los del D. F., como en los de Monterrey, es la impunitiva, con porcentajes de 75% y 72%, respectivamente.

Los porcentajes fueron extraídos calificando cada respuesta de las 24, y la predominante en promedio, es la que se toma en cuenta; la tendencia general en toda la prueba coincide, aunque en ningún caso, la prueba fué pura, es decir, que en ningún caso, los 24 reactivos fueron todos intra, extra o impunitivos; no obstante, las tendencias son claras y no bajan de un 50% predominante.

El cuestionario de premisas socioculturales, nos habla del patrón social. Si el sujeto evaluado choca con él, estará expuesto a confrontar más frecuentemente sus conceptos con los demás. (Por ejemplo: si para la mayoría estadística de los mexicanos, "el ser más querido es su propia madre", es de esperarse que si alguno no está de acuerdo con la premisa, constantemente se verá envuelto en discusiones con respecto a ella y su fundamento será atacado por la mayoría estadística. Por lo tanto, habrá más oportunidad de frustrarse y desencadenar su agresión). Sin embargo, las muestras indican un cambio muy importante; el Dr. Díaz Guerrero, diseñó el cuestionario con una muestra muy grande en el año de 1958-59 y México, desde entonces, ha sufrido una serie de cambios evolutivos, por lo cual se hace actualmente anticuado el cuestionario.

Por los datos obtenidos en nuestra investigación, claramente se ve una tendencia a equilibrar, el aceptar o rechazar las premisas, pero aún así, se aprecia la tendencia rebelde de los infar-

tados. Siendo equilibrada la tendencia, habrá igual oportunidad de frustrarse, o más bien, confrontar el estrés si se está de acuerdo con las premisas, como si no se está de acuerdo.

Se hizo un análisis de reactivos, dando porcentaje en cada uno de los acuerdos y desacuerdos, luego se hizo un perfil promedio de cada población, éstos son los datos extraídos.

En el cuestionario de conducta tipo "A", de P. Murillo V., se evalúan reacciones donde podemos detectar por frecuencia de respuestas y tendencias manifiestas, al perfil del tipo "A", en este caso, el cuestionario se puede tomar como comprobación de pautas de conducta que llevaron posiblemente, a los infartados, a tal desenlace. En los cuestionarios se dió en un 100% de tendencias en los infartados.

También podemos apreciar que en las poblaciones de no infartados, los cuestionarios arrojan unos resultados dignos de análisis; en el D. F., el 41% (17 sujetos de 40), y en Monterrey 11% (3 de 20), se presentaron con pautas de conducta similares a los infartados en general. ¿Acaso estos sujetos están propensos a infarto? Los que cumplen este cuestionario y en el test de Rosenzweig, son impunitivos, cumplen los requisitos para infartarse. Sin embargo, la respuesta la dará el tiempo y no esta investigación, pero el fenómeno es de considerarse y es la pauta para tomar el camino de la prevención.

CAPITULO TERCERO

RESULTADOS
CUALITATIVOS Y CUANTITIVOS.

CONTROL 1

MUESTRA CONTROL - SIN INFARTO RADICADOS EN EL D. F.

	EDAD	<u>TEST DE ROSENZWEIG</u>			<u>CONDUCTA</u>	<u>PREMISAS</u>	
		INTRA	EXTRA	IMPU	TIPO "A"	FAVOR	CONTRA
1	45	9	7	8	12	26	27
2	37	7	10	7	10	29	24
3	33	6	12	6	6	15	38
4	42	12	8	4	8	33	21
5	30	8	9	6	24	20	34
6	42	7	6	11	27	37	17
7	42	1	13	10	20	20	34
8	43	10	7	5	12	31	23
9	38	11	6	7	6	17	36
10	40	7	7	10	29	18	35
11	39	2	18	4	13	9	45
12	48	6	9	8	30	14	40
13	51	7	7	8	6	14	40
14	30	6	8	7	28	46	8
15	45	9	8	7	29	20	34
16	35	8	7	9	11	13	40
17	47	7	7	9	33	48	6
18	49	5	11	8	28	9	45
19	42	6	5	13	38	8	46
20	45	12	9	3	26	20	34
21	47	6	6	12	30	24	30

	<u>EDAD</u>	<u>INTRA</u>	<u>EXTRA</u>	<u>IMPU</u>	<u>TIPO "A"</u>	<u>FAYOR</u>	<u>CONTRA</u>
22	45	11	10	3	31	30	24
23	50	1	13	10	25	18	35
24	41	7	4	9	25	23	31
25	33	9	4	5	8	30	24
26	45	3	5	15	40	36	18
27	40	8	11	5	41	29	25
28	44	6	9	8	36	14	40
29	49	13	5	6	29	39	15
30	46	5	10	9	30	29	25
31	29	6	9	9	26	36	18
32	30	10	6	6	26	8	46
33	39	7	9	8	30	40	14
34	49	4	4	15	35	36	18
35	30	5	4	14	30	24	30
36	39	11	9	4	11	48	6
37	49	4	11	9	11	31	13
38	53	9	6	3	20	29	24
39	35	12	6	6	25	21	33
40	<u>42</u>	<u>7</u>	<u>13</u>	<u>6</u>	<u>13</u>	<u>13</u>	<u>41</u>
	€ 1648	€ 290	€ 328	€ 312	€ 918	€ 36%	€ 54%
	\bar{X} 41.2	\bar{X} 7.25	\bar{X} 8.20	\bar{X} 7.8	\bar{X} 22.9	\bar{X} 25.12	\bar{X} 28.42
		∇ 2.97	∇ 3.02	∇ 3.11	∇ 10.31	∇ 11.09	∇ 11.26

EXPERIMENTAL 1

MUESTRA EXPERIMENTAL - CON INFARTO RADICADOS EN EL D.F.

	<u>TEST DE ROSENZWEIG</u>				<u>CONDUCTA</u>	<u>PREMISAS</u>	
	<u>EDAD</u>	<u>INTRA</u>	<u>EXTRA</u>	<u>IMPU</u>	<u>TIPO "A"</u>	<u>FAVOR</u>	<u>CONTRA</u>
1	45	9	8	7	38	24	29
2	47	3	9	12	43	25	28
3	49	10	0	14	39	22	31
4	52	7	10	7	42	28	25
5	45	6	8	10	42	26	27
6	47	7	8	9	37	21	32
7	45	11	7	6	36	14	39
8	50	7	6	11	49	24	29
9	51	4	7	13	47	13	40
10	43	3	8	13	32	16	37
11	47	1	7	16	35	31	22
12	42	6	11	7	47	24	29
13	44	10	8	6	43	15	38
14	49	10	9	5	47	34	19
15	57	7	7	9	49	17	36
16	39	8	6	9	39	26	27
17	40	5	5	14	50	27	26
18	39	4	4	15	48	16	37
19	40	1	3	20	50	11	42
20	45	12	6	4	35	30	13
21	37	7	8	9	39	12	41

	<u>EDAD</u>	<u>INTRA</u>	<u>EXTRA</u>	<u>IMPU</u>	<u>TIPO "A"</u>	<u>FAVOR</u>	<u>CONTRA</u>
22	64	5	9	10	46	25	28
23	42	5	6	13	48	20	33
24	51	5	4	13	44	18	35
25	42	6	12	6	30	26	27
26	42	7	7	10	45	23	30
27	43	8	8	8	40	25	25
28	58	6	7	8	41	27	26
29	40	4	8	9	40	22	31
30	49	7	11	6	33	31	22
31	49	4	4	14	48	17	36
32	51	2	4	18	45	25	28
33	51	4	3	17	49	20	33
34	45	5	10	6	29	28	25
35	40	6	6	11	36	14	39
36	41	10	2	10	37	24	29
37	47	7	11	6	26	25	28
38	52	4	4	16	41	16	37
39	40	8	7	9	38	30	13
40	<u>48</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>30</u>	<u>13</u>	<u>30</u>
ϵ	1858	ϵ 248	ϵ 276	ϵ 415	ϵ 1633	ϵ 1445	ϵ 1202
\bar{X}	46.4	\bar{X} 6.2	\bar{X} 6.9	\bar{X} 10.3	\bar{X} 40.8	\bar{X} 23.2	\bar{X} 29.9
∇		∇ 2.61	∇ 2.63	∇ 3.9	∇ 6.46	∇ 4.2	∇ 7.22

CONTROL 2

MUESTRA CONTROL - SIN INFARTO RADICADOS EN MONTEARRAY, N. L.

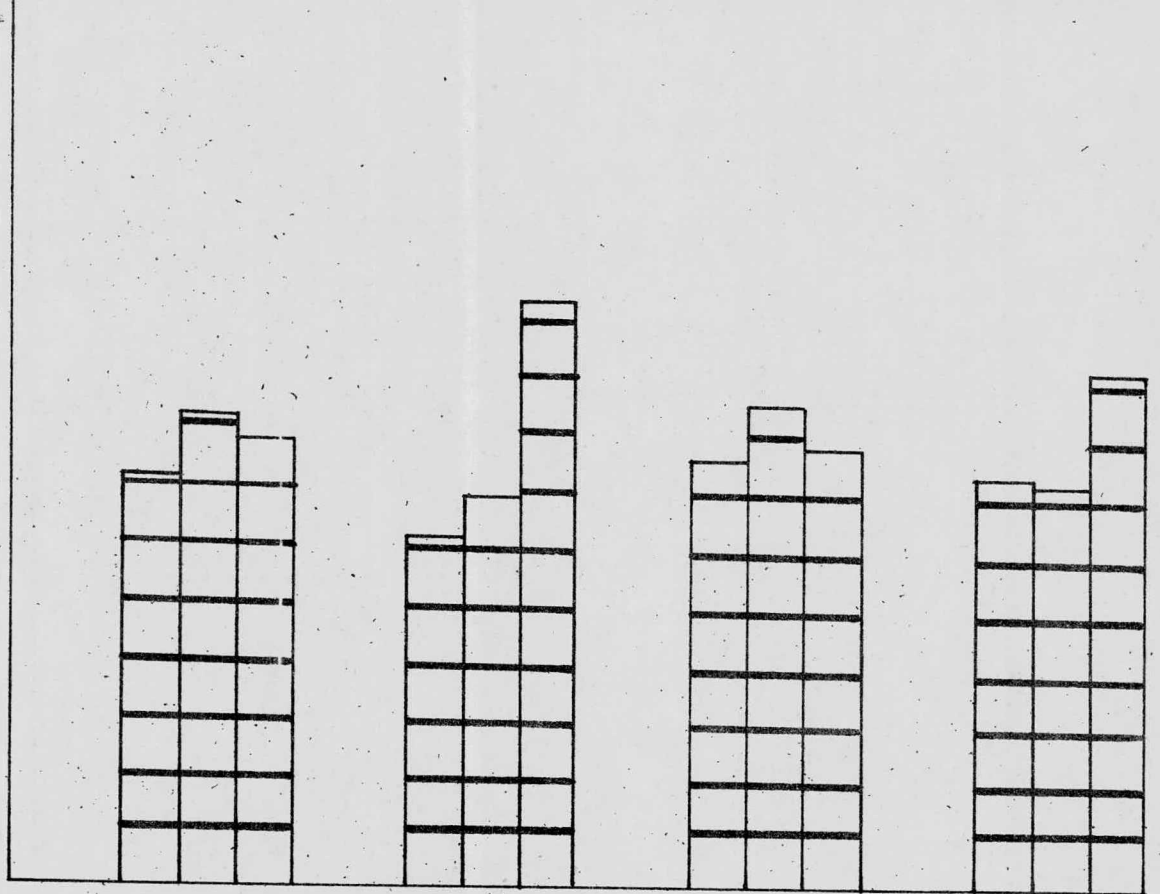
EDAD	TEST DE ROSENZWEIG			CONDUCTA	PREMISAS	
	INTRA	EXTRA	IMPU	TIPO "A"	FAVOR	CONTRA
1 42	8	7	9	10	28	25
2 50	10	7	7	13	31	22
3 47	7	8	9	9	29	24
4 47	11	8	5	21	29	24
5 51	8	9	7	18	33	20
6 40	6	6	12	30	24	29
7 40	4	6	14	36	24	29
8 46	4	11	9	24	28	25
9 39	11	6	7	16	31	22
10 51	9	5	10	24	33	20
11 50	6	13	5	21	33	20
12 49	7	10	7	20	23	30
13 47	9	8	7	14	29	24
14 48	9	12	3	11	35	18
15 48	6	9	8	20	31	22
16 50	8	6	10	29	25	28
17 41	8	11	5	21	28	25
18 50	6	9	8	18	28	25
19 47	5	12	7	17	32	21
20 46	8	8	8	20	30	24
$\Sigma 929$ $\bar{X}46.4$	$\Sigma 150$ $\bar{X}7.5$ $\nabla 2.04$	$\Sigma 171$ $\bar{X}8.5$ $\nabla 2.33$	$\Sigma 157$ $\bar{X}7.8$ $\nabla 8.52$	$\Sigma 392$ $\bar{X}19.6$ $\nabla 6.84$	$\Sigma 584$ $\bar{X}28.2$ $\nabla 5.8$	$\Sigma 477$ $\bar{X}23.8$ $\nabla 3.33$

EXPERIMENTAL 2

MUESTRA EXPERIMENTAL - CON INFARTO RADICADOS EN MONTERREY, N. L.

EDAD	TEST DE ROSENZWEIG			CONDUCTA	PREMISAS	
	INTRA	EXTRA	IMPU	TIPO "A"	FAVOR	CONTRA
1 58	7	7	10	41	22	31
2 58	5	11	8	29	29	24
3 55	7	10	5	27	24	24
4 56	6	7	9	32	18	35
5 57	9	5	10	35	25	28
6 61	6	6	12	35	23	30
7 53	9	7	8	30	32	21
8 58	7	3	14	40	22	31
9 50	6	5	13	37	24	29
10 56	8	12	4	27	26	26
11 60	8	6	10	30	20	33
12 59	10	8	6	28	28	25
13 60	7	8	9	30	27	26
14 57	7	7	9	33	13	40
15 57	8	5	11	39	24	29
16 56	7	8	8	29	26	26
17 60	7	7	10	32	22	31
18 51	9	7	8	27	29	24
19 55	6	6	12	37	20	33
20 53	5	7	12	41	20	33
$\Sigma 1129$ $\bar{X} 56.4$	$\Sigma 151$ $\bar{X} 7.2$ $\sqrt{1.36}$	$\Sigma 143$ $\bar{X} 7.1$ $\sqrt{2.1}$	$\Sigma 188$ $\bar{X} 9.4$ $\sqrt{2.58}$	$\Sigma 659$ $\bar{X} 32.9$ $\sqrt{4.85}$	$\Sigma 474$ $\bar{X} 23.7$ $\sqrt{4.38}$	$\Sigma 579$ $\bar{X} 28.9$ $\sqrt{4.59}$

14
13
12
11
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1



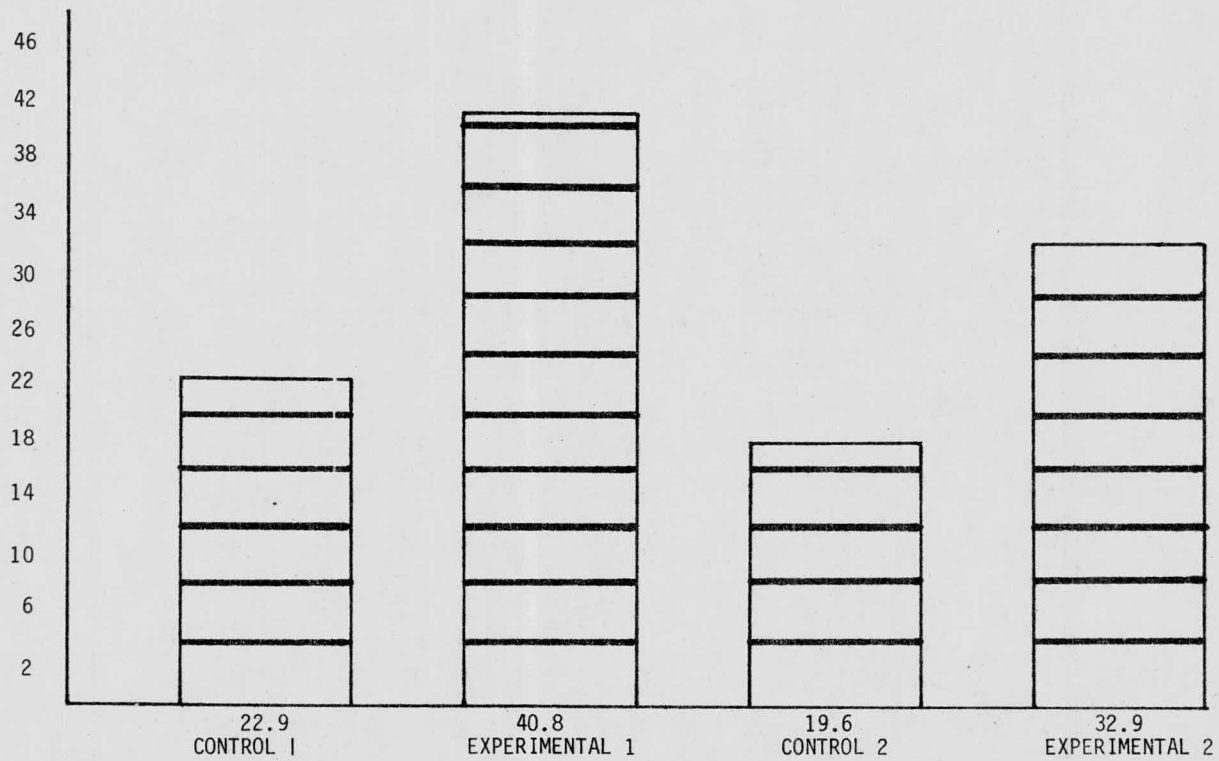
I E Im
7.2 8.2 7.8
CONTROL 1

I E Im
6.2 6.9 10.3
EXPERIMENTAL 1

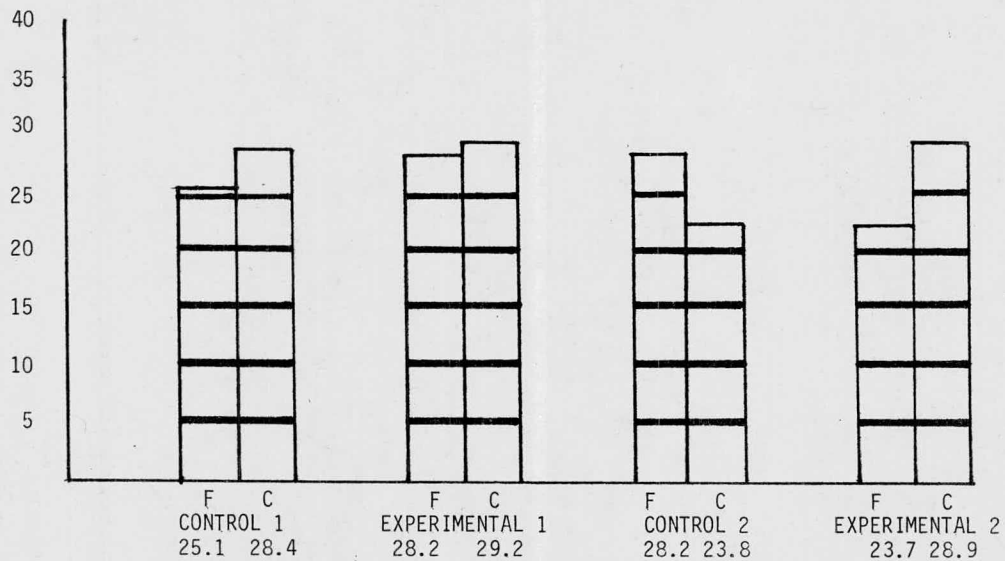
I E Im
7.5 8.5 7.8
CONTROL 2

I E Im
7.2 7.1 9.4
EXPERIMENTAL 2

TEST DE ROSENSWEIG PFT



CUESTIONARIO DE CONDUCTA TIPO "A"
PATRICIA MURILLO V.



CUESTIONARIO DE PREMISAS SOCIOCULTURALES - DIAZ-GUERRERO'

Es importante resaltar que intentamos obtener dos muestras más, en Mérida, Yuc. y en León, Gto. (ciudades en vías de crecimiento industrial con tendencias a ser como Monterrey y Guadalajara, o el D. F.), pero no pudimos localizar la muestra, ni siquiera una mínima. En Mérida, en el Seguro Social, existen sólo dos sujetos infartados, ambos mayores de 60 años y uno de ellos, extranjero. En León, no llegan a ser más de 7 infartados; por lo tanto, no hicimos el estudio en estas ciudades.

¿Qué tan significativo es el ambiente de ciudad, para que se den infartos? Según estos datos, es determinante.

Del análisis estadístico resultan 2 aspectos.

- 1.- En las poblaciones del D. F., correlacionan las tres pruebas positivamente en los grupos experimentales (infartados), aunque en el caso de las premisas socioculturales, la correlación es baja, apenas aceptable.

FLUJOS DE AGRESION	NO INFARTADOS	INFARTADOS	CORRELACION
Impunitivos-vs-tipo "A"	No correlaciona	correlaciona	R=0.83 a favor de exp.
Impunitivos-vs-psc.	No correlaciona	correlaciona	R=0.425 a favor de exp.
Tipo "A"-vs-psc.	No correlaciona	correlaciona	R=0.264 a favor de exp.

2.- En las poblaciones de Monterrey, N.L., correlacionan las tres pruebas positivamente en el grupo de los infartados, aunque en el caso de la prueba de Rosenzweig, la correlación es baja, apenas aceptable.

FLUJOS DE AGRESION	NO INFARTADOS	INFARTADOS	CORRELACIONA
Impunitivos-vs-tipo A	No correlaciona	Correlaciona	R=0.83 a favor de exp.
Impunitivos-vs-psc.	No correlaciona	Correlaciona	R=0.498 a favor de exp.
Tipo A-vs-psc.	No correlaciona	Correlaciona	R=0.521 a favor de exp.

3.- En el análisis de diferencias significativas entre los grupos control y experimental en el D. F., en Rosenzweig impunitivo resulta que sí existen diferencias significativas con $P < .01$, con un resultado de $F = 10.65$.

SI EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE LAS POBLACIONES DEL D. F., EN LA PRUEBA DE ROSENZWEIG IMPUNITIVO.

$$\bar{X}_c < \bar{X}_e \text{ al } P < .01 \quad F = 10.65$$

4.- En el análisis de diferencias significativas entre los grupos control y experimental de las muestras de Monterrey, N. L., en el Rosenzweig impunitivo resulta que no existen diferencias significativas al $P < .01$, con un resultado de $F = 3.96$.

NO EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE LOS GRUPOS CONTROL Y EXPERIMENTAL EN LAS POBLACIONES DE MONTERREY, N. L.

$$\bar{X}_c = \bar{X}_e \text{ al } P < .01 \quad F = 3.96$$

Este aspecto de no significancia, puede deberse a las características propias de los habitantes del norte del país, que por lo general, tienden a ser francos en su expresión, lo cual aumenta en esta prueba, el flujo extrapunitivo, manteniendo más uniforme el flujo impunitivo en los dos grupos comparados.

5.- En la muestra del D. F., control y experimental del cuestionario de conducta tipo "A", resulta que no existen diferencias significativas con $P < .01$ dando un resultado de $F = 86.2$.

SI EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE LAS POBLACIONES CONTROL Y EXPERIMENTAL DEL D. F. EN EL CUESTIONARIO DE CONDUCTA TIPO "A".

$$\bar{X}_c < \bar{X}_e \text{ al } P < .01 \quad F = 86.2$$

6.- En la muestra de Monterrey, control y experimental del cuestionario de conducta tipo "A", resulta que sí existe diferencia significativa con $P < .01$, dando resultado de $F = 50.70$.

7.- En el estudio de premisas socioculturales (en contra) mues-

tra control y experimental en el D. F., resulta que no existen diferencias significativas al $P < .01$ con resultado de $F = 0.6069$.

$$\bar{X}_c = \bar{X}_e \text{ al } P < .01 \quad F = 0.6069$$

(Este resultado no significativo puede explicarse o deberse al cambio sufrido en las premisas, ya que este cuestionario lo diseñó y aplicó el Dr. Díaz Guerrero en 1958-59 y en 24 años, la medida sociocultural ha cambiado considerablemente, sobre todo en el D. F. y veremos que en Monterrey resulta aún significativa la diferencia mostrando con el resultado que la población de Monterrey, es conservadora a comparación de la del D. F.).

8.- En el estudio de premisas socioculturales (en contra), en la muestra de Monterrey control y experimental resulta que sí existen diferencias significativas al $P < .01$ con resultado de $P = 16.17$.

$$\bar{X}_c < \bar{X}_e \text{ al } P < .01 \quad F = 16.17$$

9.- En el estudio de Rosenzweig, poblaciones experimentales del D. F. y experimental de Monterrey, resulta que no existen diferencias significativas a favor de experimental Monterrey al $P < .01$ con un resultado de $F=2071.7$.

$$\bar{X}_{mx} = \bar{X}_{my} \text{ al } P < .01 \quad F = 2072.7$$

II.- En el estudio de experimental del D. F. y experimental de

Monterrey, con respecto a las premisas socioculturales, resulta que no existen diferencias significativas al $P < .01$ con resultado de $F = 0.42$.

$$\bar{X}_{mx} = \bar{X}_{my} \text{ al } P < .01 \quad F = 0.42$$

El estudio total en México, D.F., nos dice en I, que los instrumentos utilizados miden las características que deseamos en los infartados, no igual en los no infartados donde no correlacionan los resultados.

El mismo caso se repite en las poblaciones de Monterrey, N.L. (2).

El test de Rosenzweig en la expresión del flujo impunitivo, arroja una diferencia significativa en el D. F., control contra experimental, indicando que se dá mayor respuesta impunitiva en los infartados del D. F., que en los no infartados (3), no así, en Monterrey donde no resulta significativa esta expresión (4).

En el cuestionario de conducta tipo "A", que se presenta como el más confiable, resulta en todos los estudios significativo y a favor en todos los análisis del grupo experimental (5 y 6).

El cuestionario de premisas socioculturales, resulta no ser significativo en las poblaciones del D. F. y significativo en las de Monterrey, indicando que aún existe mayor apego a las tradiciones en provincia, que en la capital (7 y 8).

En los grupos experimentales de Monterrey y el D. F., indican que existe diferencia en respuesta impunitiva (9), y en el cuestionario de conducta tipo "A", también existen diferencias significativas a favor del grupo experimental de Monterrey.

CONCLUSIONES.

Los resultados obtenidos en esta investigación, dan la pauta para que, ya determinadas las tendencias de los sujetos infartados, se inicie una labor preventiva, ya que controlando las reacciones aquí exaltadas, se podrá prevenir -teóricamente- la tendencia a sufrir infarto al miocardio.

La hipótesis H1, se acepta como válida - "Los sujetos estudiados tienen rasgos de conducta comunes ante situaciones similares a diferencia de los que no padecen infarto al miocardio".

La hipótesis H2, se acepta como válida - "Los sujetos estudiados tienden a manejar su frustración - agresión, en una misma dirección (impunitiva), que es significativa para la somatización".

La hipótesis H3, se acepta como válida - "Los sujetos infartados por frecuencia, tenderán a estar en contra de las premisas a diferencia de los no infartados".

RESULTADOS CUALITATIVOS.

Aclaración: Estas observaciones son apreciaciones en entrevistas y/o terapia, por lo cual no pueden cuantificarse y carecen de valor estadístico; sin embargo, el objetivo es esbozar profundamente estos factores y no someterlos a análisis numérico. (Tómese en cuenta que el autor piensa que la estadística es como los "bikinis", que enseñan mucho, menos lo esencial y más relevante).

Para localizar las diferencias conductuales en los infartados, además de documentos con los trabajos mencionados, nos propusimos a observarlos; poniendo énfasis en su conducta anterior al infarto, ya que ésta cambia radicalmente pues un infarto, si se supera, nos conduce a cambiar hábitos y reacciones. Este cambio no es total, de hecho, los infartados se caracterizan por reaccionar de forma rebelde, pero el cambio obedece a dos aspectos fundamentalmente: a) Uno es el cuidado médico que los somete a régimen, cambio de dieta, suprime el alcohol, el tabaco, receta reposo absoluto durante 5 días como mínimo (no pueden leer, ver la televisión; es decir, absoluto reposo) en hospital y luego recomiendan reducir actividades y evitar alturas, esfuerzos, tensiones, etc. b) Este otro aspecto, es la reacción natural que sufre cualquier ser después de un impacto como el del infarto, tal vez, el deseo de no volver a vivir ese doloroso momento, indica otro estilo de vida, ya no activa ni rápida y competitiva, aunque poco a poco vuelven a recuperar sus condiciones de prisa, competitividad y agresión, preparando así, el segundo infarto.

Recabamos los siguientes datos que son comunes a la población.

- Existe una marcada tendencia a tener una posición social media y superior, existe en ellos un nivel de conciencia propia bastante alto, son sujetos analíticos, rutinarios dentro de su dinámica, estrictos y preocupados por muchos eventos a la vez; los que tienen un puesto directivo, son muy estrictos con sus subordinados, sosteniendo con su conducta su exigencia, ya que trabajan a una velocidad admirable.

- En el área familiar existe un dato muy importante que aparece en estudios cuantificables también; todos son primogénitos o primer varón, otra característica familiar, es que en todos los casos el padre fué muy estricto, exigente y a veces injusto. Su infancia se caracterizó por impresiones de autoridad y por dependencia total propiciada y controlada por el padre (a veces por conducto de la madre). Un caso que ilustra esta situación, es el de un sujeto infartado que le pidió a su padre una bicicleta (el sujeto tenía 11 años), el padre se la dió pero le prohibió utilizarla fuera de su casa, sólo podría andar en el patio (4 X 10 mts.). Luego a los 18 años le pidió un coche y se lo dió, pero sólo podría utilizarlo para lo que el padre considerara necesario; es decir, que el padre le daba lo que pedía, pero se lo controlaba de una forma arbitraria, lo cual hacía sentir al niño doblemente atado.

Otro aspecto relevante, es el conflicto de autoridad (miedo a

las imágenes de autoridad e incapacidad de infrentarse), que supera poco a poco hasta llegar a ser ellos mismos autoridad y es cuando cambia su actitud por identificación y se convierten en los exigentes y sarcásticos jefes que tanto temían (por lógica identificación con autoridad).

En el área afectiva, es característica en ellos una tendencia a enamorarse muy rápido y muy intensamente y lo hacen con mujeres "difíciles", es decir, que buscan "amores platónicos" por los cuales sufren y recuerdan durante mucho tiempo. Esta búsqueda de lo difícil, en efecto, nos habla de un deseo de amar (a una idealidad) y por la dificultad de realizarla, marca un reto, el cual superado se vuelve poco atractivo. (Tal vez el reto sea interno, a superar su incapacidad de entrega, más que a conseguir a una mujer atractiva o mejor) y manifiestan en mayoría, un sufrir y volver a sufrir por la misma situación, o similares sin darse cuenta hasta una confrontación. Este fenómeno lo podría denominar como "autosadismo", ya que no es masoquismo, pues el elemento sádico es el mismo, que por el recuerdo vívido repite y "sufre" cuando no lo logra (las más de las veces ocurre así, porque cualquier mujer duda de los enamoramientos rápidos y los prueba antes de aceptarlos, lo cual ningún sujeto tipo "A" soporta). Busca el plano afectivo doloroso, lo vive y revive hasta que llega a una estabilidad; por lo general, y por esta situación califican su vida como "dolorosa pero productiva... aprendí mucho del dolor". (Como L. V. Bethoven, que su lema era

"a la alegría por el dolor"). Como destaca el Dr. S. Ramírez, 1967, diciendo que esta característica es típica, es muy mexicana; él habla del abandonador que canta por ser abandonado, el castigador que canta el castigo recibido y que tiene fundamento esta situación de cantar lo contrario, en las imágenes paterna y materna "herencia" cultural de México.

Un variante importante que encontramos con respecto a la teoría de Friedman y Rosenman, es la que se refiere a la búsqueda del número; en nuestros sujetos, si existe, son ahorrativos, tienden a coleccionar, pero más que por número, por calidad y más que "cosas" afectos y situaciones. Buscan dentro de estricta manera de actuar, agradar a la gente y atraerla. Son ahorrativos, pero ceden si se trata de agradar a personas "que le interesan" y no tanto en plan de negocio, sino de afecto. Son sujetos críticos y su relación es afectiva, se caracterizan por críticas constantes pero siempre a partir de una seguridad afectiva, lo cual hace que la relación sea difícil, pero productiva... dolorosa por crítica pero profunda por afecto (cuando existe un tónico afectivo profundo las personas no se alejan al primer inicio de agresión, los amigos entienden, soportan, asimilan, pero no se alejan).

Estos sujetos son aprehensivos y celosos, ya sea con respecto a personas, cosas, o situaciones (por ejemplo, radicales nacionalistas o radicales malinchistas), arraigados a sus ideas.

CAPITULO CUARTO

ANALISIS Y DISCUSION

PROPOSICION SUMARIA.

En hábitos es relevante el hecho que tienden a comer muy rápido y no en grupo; por dinámica laboral moderna puede llegar a disculparse, sin embargo, es un hecho que comen sólo y no en su casa (en promedio de 7 comidas, sólo 2 las hacen en casa). Hace tiempo aún las empresas respetaban la "sagrada Hora de comer" y todos podían ir a sus casas a comer, pero aumentó el tamaño de la ciudad, el tráfico, las distancias, etc. y se implantó, imitando a los vecinos del norte, tener una hora u hora y media para comer (lunch time); en algunas empresas se les facilitó el comedor o descuentos en restaurantes cercanos (Ticket restaurant) y se abolió la tradicional hora de la comida en el D. F. (en muchos lugares aún se respeta esta hora y la hora de la "siesta").

El 95% aproximadamente fuman o han fumado y al preguntarles el por qué del hábito, manifiestan no saber ni importarles la razón, seguros de que podrían dejar de fumar cuando se lo propusieran, pero no lo hacen porque estarían muy alterados, o comerían mucho. Los que dejaron de fumar, ahora se sienten más alterados que antes, tienden a tomar mucho más café y alcohol y tienden a fumar en ocasiones especiales (de pronto fuman en una reunión 10 o más cigarros y luego de la reunión ya no vuelven a fumar).

Otro hábito general y relevante, es que existe un cambio al estar en casa y fuera de ella. En momentos ellos mismos se sorprenden demasiado "agrios e irritables" cuando están en casa, hay veces que la familia los soporta arugllendo entender su conducta.

por tener muchas ocupaciones y problemas.

En sus relaciones sociales, son pocos diplomáticos y tienden a "atacar y deshacer" a determinadas personas (tal vez por identificación o transferencia), califican su plática como devastadora, "machetazos al sujeto escogido", lo van colocando en un rincón de la conversación y se tornan sádicos... pero sucede que el sujeto agredido acaba agradeciendo al sujeto "A" su honestidad y conciencia, su fuerza que aunque dolorosa, es útil y los hace reaccionar. Tal vez éste no era aparentemente el objetivo del tipo "A", sin embargo, se conforma y siente satisfacción después del "combate" (cambia el giro del ataque y se torna en ayuda. ¿Qué deseaba el tipo "A", atacar o ayudar?).

Con respecto a la soledad, la consideran "conflictiva", ya que al enfrentarse produce conflicto de conciencia (temen un enfrentamiento consigo mismos, inconscientemente se llenan de actividades para no enfrentarse y evitar conflicto, podríamos calificarla como Singer E., 1965, quien habla de pseudoactividad). Temen que su alterada fantasía los haga pensar mucho, por esto huyen de la soledad, llenando su tiempo de actividad; evitan el estar solos, porque les produciría más conciencia que combinada con su fantasía y su encuentro personal, produciría angustia. Protegen su soledad y sus horas libres con actividad, trabajan por evitación, pocos por aproximación.

DISCUSION

POSIBILIDADES TERAPEUTICAS.

Cuando la adrenalina y noradrenalina (básicamente), circulan en el torrente sanguíneo, se produce una contracción de las venas y arterias, en este caso, nos interesa la constricción de las coronarias, que también sufren constricción. Si a este fenómeno sumamos el hecho de que en determinados sujetos (el 90% de la población), existen ateromas, que necrosados en las paredes coronarias, permiten que se almacenen junto a ellos, las plaquetas, los triglicéridos y el colesterol y posteriormente coágulos que intentan curar la lesión, es decir, que cuando existe constricción en las arterias coronarias, afectada la luz de dicha arteria, se disminuye considerablemente y en muchos de los casos, culmina en infarto al miocardio. Eliminar u operar las ateromas, es casi imposible, lo que nos dá la oportunidad de centrarnos en evitar que en el torrente sanguíneo circulen grandes cantidades de catecolaminas y ésto sí es posible.

Las personas que tienen un patrón de conducta tipo "A", constantemente entran en situaciones de estress y lo confrontan de modo cognoscitivo (no físico, verbal o ideacional), por si ésto fuera poco, luego del estress se someten al recuerdo vívido de éste, lo cual produce nuevamente la reacción del estress inicial (situación de sobrestress), consecuentemente su organismo produce cantidades muy elevadas de catecolaminas, constriñendo continuamente las ar

terias.

Una posibilidad terapéutica inicial, sería entonces, el procurar que el sujeto detectado aquí, como propenso, reduzca las situaciones de estres y que modifique el manejo cognoscitivo de éste, por medio del conocimiento de la dinámica cardiaca. Esta terapia inicial, sería una terapia de emergencia utilizando la modificación de conducta, ya que urge que este sujeto, no acumule más catecolaminas en su organismo. También se le daría instrucción para que en caso de estres recurra a la eliminación inmediata de las catecolaminas y descargará "a tiempo" lo que pueda dañar a sus arterias coronarias.

Ya superada esta etapa, es importante averiguar el por qué de su conducta tipo "A". Desde hace tiempo se ha estudiado la dinámica de la personalidad y su relación con transtornos físicos; actualmente existen ramas interdisciplinarias entre la Psicología y la Medicina que se dedican al estudio de estos trastornos (por ejemplo, la medicina conductual).

La somatización de los elementos psicodinámicos, se estudia básicamente en trastornos de tipo neurótico y cada día se encuentran más trastornos de esta índole; aunque no siempre se tratan de neurosis, podemos asegurar que existen tendencias a rasgos de tipo neurótico. En el caso del infarto al miocardio, es muy posible que se trate de cierto rasgo de obsesividad neurótica con

raíces tanto de desarrollo, como de ubicación geográfica del mismo (grandes ciudades) y lo que ésto implica por lo cual para lograr un efecto contundente en los pacientes propensos a infarto, es indispensable un posterior tratamiento de análisis buscando las raíces de su conducta.

Tal vez lo que presenta mayor dificultad en este trabajo, es el poder detectar quién es propenso al infarto, pero existen ya, varios estudios con referencia a la detección y dos de ellos, han sido por investigaciones del mismo autor de esta tésis, por lo cual, este punto será más fácil de solucionar (Idem, 1979).

En conclusión, después de detectar a los sujetos propensos a sufrir infarto al miocardio, se sometieran a una terapia modificando su respuesta ante situaciones de estres y procurando disminuir la frecuencia de confrontación al estres, aprendiendo a canalizar la energía producida. Luego se sometieran a análisis para buscar las raíces posibles de su conducta y continuar la terapia correspondiente según criterio del clínico.

DISEÑO DE LA PSICOTERAPIA.

Tareas Terapéuticas:

A) OBJETIVOS.

Establecer una relación de trabajo con el paciente, una dinámica vivencial que haga entender al paciente de su problema y tratamiento.

A-1: Motivar al paciente a aceptar la psicoterapia.

El móvil central de la motivación, será el manejar el estrés y consecuentemente el infarto.

El bienestar que procura el entender la conducta y solucionar los conflictos internos que darán paso a una posibilidad de proyección al futuro ante la alternativa actual de atarse al pasado.

A-2: Aclarar falsos conceptos sobre la terapia.

La terapia en sí, no evita el infarto, ya que el responsable de evitarlo es el propio paciente, su decisión hará que resulte el tratamiento y debe saber que él mismo es el responsable.

El terapeuta, no "toma en sus manos al paciente", sino que le propone elementos a tratar como proposiciones u opciones para lograr un mejor estrés emocional.

El terapeuta, al igual que el paciente, es persona que sufre determinados conflictos (talvés menores, talvés mayores) y la diferencia entre los dos, es que el terapeuta maneja elementos técnicos y teóricos, que en un momento dado, se aplican para ayudar a solucionar problemas; establecer esta relación de igualdad,

es fundamental y procura mayor responsabilidad personal en el paciente. Considero esencial este proceso, ya que los sujetos con conducta tipo "A", por sus características tienden a ser incrédulos y al principio impera su actitud retadora ante el terapeuta.

A-3: Convencer al paciente que el terapeuta entiende su problema y es capaz de ayudarlo.

En este caso existe una dificultad, como describía en el anterior punto, por sus características de competitividad y agresividad, el paciente tenderá a rechazar ayuda, además que de alguna manera, percibirá al terapeuta como una imagen de autoridad, la cual a la vez de trasferencial, será un reto a superar. Para evitar que la terapia alimente dicho complejo y evite a la vez dependencia, propongo una especie de papel inicial, involucrando directamente a los pacientes en el tratamiento activo, en el proceso activo de la terapia, así se le hará ver que en vez de reto, puede utilizar esa energía para descubrir el por qué de su conducta.

A-4: Definición tentativa de la terapia y de la relación terapéutica, quedando también determinadas las causas y dinámica del trastorno.

El problema que tratamos incluye a estas alturas a los médicos y a los psicólogos. Las investigaciones nos hablan de enfermedades de ciudad, desencadenadas por ciertos hábitos y actitudes ante la vida, que inciden en un órgano vital.

Tenemos (los médicos y los psicólogos), que ubicar las áreas de atención de cada campo para realizar un trabajo conjunto que complemente el tratamiento.

A mi modo de ver, existen tres áreas a intervenir, que si se logra prevendrá el infarto al miocardio: Detección, terapia modificación de conducta y terapia profunda.

El principal problema era detectar quién puede llegar a sufrir un infarto. Contamos ya con las características particulares de éstos, por medio de conducta tipo "A" y otros factores que nos han dado el perfil del propenso al infarto. Resulta más sencillo aún el detectarlos cuando instrumentamos estos factores (los cuestionarios o instrumentos son: el cuestionario de conducta tipo "A" de P. Murillo V., modificado; el test de frustración-agresión, ptf.). Con estos instrumentos y una entrevista profunda, podemos detectar ya las tendencias características buscadas.

Ya diagnosticados los sujetos y clasificados por intensidad de síntomas, propongo un tratamiento, que incluye dos partes principales: una inmediata y otra a largo plazo; anteponiendo una fase de sensibilización.

La fase de sensibilización, consiste en informar detalladamente a los sujetos la dinámica orgánica del corazón:

- Cómo funciona el corazón, aspectos fisioanatómicos.

- Las arterias coronarias y su función.
- Enfermedad arterial coronaria, angina de pecho, fibrilación ventricular y auricular.
- 1. - El infarto agudo al miocardio.
- 1.1 - La diabetes, hipotiroidismo, trastornos cardiovasculares.
- 1.2 - Hipertensión e hipotensión.
- 2. - Los factores de riesgo.
- 2.1 - El colesterol, su función y sus peligros.
- 2.2 - Tabaquismo, obesidad, sedentarismo, rol social y sexual, ejercicio.
- 3. - La conducta y el infarto, teoría de la conducta tipo "A" y "B".
- 3.1 - Prisa, competitividad y agresividad.

Esta parte pretende sensibilizar a los sujetos y que se identifiquen con las características que se mencionan, que asocien la conducta con el peligro al infarto y así, dar pie a propiciar un cambio en ellos. Existen dos maneras de que se propicie un cambio en estos sujetos; una es que después de un infarto agudo al miocardio, si se logra sobrevivir y se analiza la conducta, tal vez se evite el seguirse conduciendo así. La otra forma, es que se analice la conducta (sin que ocurra el infarto), poniendo en claro este peligro y que se proponga un cambio con resultados inmediatos, es decir, que se recurra a la "modificación de la conducta" propiciando un cambio en conductas específicas. Con base en este

reconocimiento de las estructuras, proponer factores de cambio inmediato que evite el desarrollo del estreñimiento de las arterias. Procurar conductas que hagan "descargar" las catecolaminas, controlando su flujo, dejar de dirigir la agresión impunitivamente, encontrando el descargar correctamente sin afectar a ningún organismo.

La segunda fase que dará respuesta inmediata al cambio de conducta contempla los siguientes pasos:

4. - Cómo controlar los impulsos y manejarlos correctamente.
- 4.1 - Manejo y reconocimiento del estrés y sobrestres.
- 4.2 - Manejo de la agresión; técnicas de control y expresión correcta.
- 4.3 - Manejo de la prisa; técnicas de control.
- 4.4 - La medicina deportiva y sus recomendaciones.
- 4.5 - La relajación muscular, la respiración.
- 4.6 - La música y la lectura.
- 4.7 - El coche y el estrés.

Y la última fase será el profundizar en los elementos psicodinámicos que impulsan a conducirse de esta manera en especial. Los factores dinámicos profundos, los inferimos de los síntomas y las características particulares y los podemos descubrir analizando las bases individuales en terapia grupal o individual.

Los puntos básicos a tratar en la terapia clínica, serán:

- 5. - Cómo se desarrolla la conducta tipo "A".
- 5.1 - El desarrollo temprano y sus implicaciones en la conducta.
- 5.2 - Imágenes y valencias básicas (materna, paterna).
- 5.3 - Imágenes posteriores de autoridad.
- 6. - La agresión y sus flujos.
- 6.1 - La conducta social, la moral social.
- 6.2 - El ambiente de ciudad, comunicación y cultura.
- 7. - La angustia y el miedo.
- 7.1 - La soledad, la pseudoactividad y la confrontación.
- 7.2 - La afectividad.
- 7.3 - Los mecanismos de defensa.
- 7.4 - Sociedad y comprensión.
- 7.5 - Engranaje afectivo, promoción y ayuda.

La terapia evitará proseguir con la conducta tipo "A", pero el mal ya hecho o "acumulado", no puede corregirse así, por lo tanto debe seguirse el control médico y las revisiones necesarias.

La parte de sensibilización, propiciaría en los sujetos, un determinado grado o nivel de angustia al reconocerse enfermo y es precisamente lo que necesitamos, pues estos sujetos son particularmente difíciles debido a las características ya mencionadas; pero cuando la motivación es su propia vida, o el temor aún dra-

mático infarto, se logra romper esta resistencia.

A lo largo de las exposiciones, el sujeto irá proyectándose y asimilando las falsas salidas y canalizará la angustia de forma creativa.

La segunda fase es determinante, pues dará respuesta inmediata a sus exigencias: ¿cómo evitar que me dé un infarto? - inicialmente así.

Como vimos anteriormente, la conducta con característica de prisa, agresividad y competencia, produce stress, éste aunado a la tendencia a repetir el momento ideacionalmente, aumenta la secreción de catecolaminas. Esta segunda fase de la terapia, propone salidas factibles del impulso; es decir, que al reconocer que el stress se asume, se debe buscar una salida muscular por actividad inmediata.

Estudios publicados por el Dr. Camerón, indican que la agresión busca salida y como energía que es, también puede acumularse; pero tarde o temprano tiende a salir. Según el autor mencionado, la salida puede realizarse por uno de los tres tipos de músculo, el cual selecciona el organismo de forma similar a la histeria conversiva. Se hace exclusivamente por un tipo de músculo, liso, estriado o mixto, nunca por dos a la vez. En el caso del infarto se reconoce la salida por una tendencia clara hacia el músculo

cardiaco, que afecta a las coronarias.

Otras investigaciones hechas en México por Lara T. y Cols, analizan la salida de estos impulsos en sujetos que padecen cefalea por tensión y sujetos con trastornos gastrointestinales; los comparan por medio del test de agresión frustración (PFT), sin encontrar diferencias significativas entre ellos y sí entre poblaciones que no padecen dichas afecciones. La diferencia estriba en que en los sujetos con cefalea por tensión, la "energía" o la tensión se concentra en los músculos del cuello (estriados) y constriñen (tal vez por catecolaminas), las arterias que van hacia la cabeza, provocando así, la cefalea.

En los que sufren trastornos gastrointestinales, no se registra dolor de cabeza y bajo presión, lo que se incrementa son los síntomas en el estómago e intestino. Martínez, Quiñones, Seba, Navarrete, 1979.

En los sujetos infartados no se registran trastornos gástricos de tipo nervioso (úlceras pépticas, gastritis y colitis), a menos que sea por infección o virus. Tampoco se registran dolores de cabeza en situaciones especiales, como después de viajes largos y difíciles, pero no son constantes ni significativos. En los infartados se representa más comúnmente, bajo presión en general, con palpitaciones y agresión cognoscitiva.

Es claro que el acumular energía afecta al organismo y en esta segunda fase, pretendemos que se modifique la conducta al grado de darle salida inmediata a la energía.

Para lograr darle salida inmediata, es indispensable lograr que los sujetos comprendan la dinámica de la agresión y los procesos de salida a nivel cognoscitivo (no suficientes para descargar la energía), al reconocer estos procesos, se hará hincapié en modificarlos y ya conscientes, se proponen métodos de salida.

El estres produce un estado alerta que prepara al organismo para atacar o huir, es decir, actuar. Al reconocerlo, los sujetos deben descubrir salidas físicas, como correr, golpear, etc., propongo aquí, ejercicios que facilitan esta descarga; como aparatos manuales que se accionana por un rato después de asumir el estres. Tener preparados un tronco y una hacha para cortar antes de llegar a su casa, después del tráfico intenso. Bajar las escaleras del edificio después de hablar con el jefe; igual que pegarle a una pera (de boxeo), después del estres (ésto se recomienda controlando la ideacionalidad).

Se les propone el manejo consciente de la prisa y el manejo de la competitividad por reforzamiento de la seguridad y la autoimagen.

La medicina deportiva, aborda este problema (infarto), Haskell

1983 y propone que corriendo un promedio de 8 millas (12,872 metros), a la semana se corrige la conducta tipo "A". Personalmente dudo que corriendo se evite o cambie la tendencia, ya que el infarto no se dá por sedentarismos exclusivamente (habría un nivel altísimo de infartos). También tenemos casos de infartos en deportistas sanos, que cumplen con esta condición de promedio recorrido.

Considero aún que es importante el ejercicio y lo propongo como parte del cambio. Un promedio de recorrido paulatino no competitivo contra distancia o tiempo, de 2 Kms. diarios, sería muy benéfico como relajante y fortalecedor.

Otras técnicas que propongo para lograr un estado de tranquilidad y poco a poco bienestar existencial (digamos paz física), será la relajación del yoga (incluyendo la filosofía del descanso). Técnicas aeróbicas sin llegar al agotamiento, sin forzar los límites para no caer de nuevo en actos competitivos.

La lectura y la música, dan un reposo interno, por ejemplo, la poesía sublime y la música clásica o instrumental relajante. Propongo bibliografía y musicografía para lograr el cambio de estado.

Otro de los elementos que más estres produce, es el tránsito. El coche es también vehículo de angustias y problemas, pero se puede mantener la diferencia, o mejor dicho, reconocer el vehícu-

lo como transporte y no como depósito de conductas. Este fenómeno automovilístico implica el gran problema que es la ciudad y el análisis de la conducta que se recomienda aquí, debe ser totalizado, crítico y analítico de la vida que llevamos... o de la vida que nos lleva; un ambiente de ciudad conduce a los habitantes a un torbellino de miedos, angustias, problemas, etc.

Esta segunda fase, no se puede quedar así, ya que propone recetas inmediatas en contra del estrés, pero nos lleva a cuestionar profundamente la tendencia individual y esta terapia no estaría completa sin que se analice a fondo las raíces íntimas de la conducta, que se puede hacer por terapia grupal. La tercera fase, es entonces una terapia grupal psicoanalíticamente orientada.

Las investigaciones y observaciones incluidas en este trabajo, nos hablan del desarrollo y los elementos obsesivos comunes a los sujetos investigados, de sus imágenes infantiles, de su pseudoactividad, del miedo y el manejo de evitación a la soledad y enfrentamiento con su realidad envuelta en una carrera en contra de las raíces personales; en contra del propio organismo y en contra del encuentro afectivo correcto (me refiero a "correcto" al que está fuera de la necesidad de compañía solamente, fuera de transferencias y competencias).

En esta fase, se pretende llegar a la raíz de la conducta, reconocerla y así ubicar un cambio profundo y trascendente. Ubicar

el papel afectivo y efectivo, reconocer en la soledad el miedo y los implícitos mecanismos de defensa. Buscar la seguridad básica y la autoimagen positiva profunda.

Con grupos homogéneos, con la misma preocupación vital. Homogeneidad en desarrollo (similar o paralelo). Tomando en cuenta las características de estos sujetos considero más productivo el trabajo en grupo, ya que encontramos en ellos un marcado y lógico rechazo a los psicólogos y a las terapias.

El objeto que los unirá y hará pensar profundamente en la necesidad de asistir a la terapia, será el peligro a sufrir un infarto; que por más defensivo que sea un sujeto dudo que no le importe sufrir un infarto agudo al miocardio, que le impida realizar tanto como siempre ha deseado. (Después de la sensibilización).

B. Traducir el insight y la comprensión en la acción.

B-1 Crear incentivos.

El mayor incentivo será el evitar el estres y el infarto. También el modificar la dinámica afectiva y liberarse de la presión que ejerce el tener que demostrar y demostrarse a cada momento su capacidad, encontrando mayor tranquilidad (seguridad a él mismo).

B-2 Manejar las fuerzas que bloquean la acción

Las fuerzas negativas están determinadas de antemano, siendo una barrera muy grande, ya que es parte de su dinámica; debido a esto, el cambio es difícil, pero contamos con la combinación de elementos terapéuticos en la fase de sensibilización y sobre todo en la de cambio de conducta a corto plazo, que darán resultados inmediatos y palpables, lo cual motivará al sujeto interesado en la terapia y sin estados de angustia por desesperación.

B-3 Ayudar al paciente a dominar las ansiedades inherentes a los objetivos normales de la vida.

B-4 Corrección de las distorsiones ambientales irremediables. Será tarea conjunta. Dentro de la involucración del paciente, estará el descubrir y participar dichas distorsiones, buscando una respuesta en papel.

B-5 Ayudar al paciente a ajustarse a las condiciones irremediables.

Una condición irremediable, sería el daño ya hecho en su organismo (el grado de oclusión o necrosis en sus coronarias) y el comprenderlo será un aceptarse dentro de una antigua dinámica, lo cual si se logra, ayudará al proceso de la terapia, pero el daño hecho será irreversible y también difícil de valorar (el ecocardiograma y el electrocardiograma detectan sólo una oclusión mínima del 90%).

B-7 Ajustarse a aquellos síntomas o patrones anormales del carácter, que por cualquier razón no puedan eliminarse en el actual esfuerzo terapéutico. Podríamos decir que el objetivo ideal de la terapia, sería recuperar o adquirir de nuevo la seguridad íntima y con base en ésta, desarrolla la conducta de igualdad ante los demás reconociéndose tal como es, en otras palabras "sentirse bueno para los demás". Debido a esto, no podemos evaluar qué alcance tendrá este estado de seguridad, y hasta qué grado cambiará los rasgos -normales o anormales- del carácter, pues la seguridad hace relativo lo benéfico o maléfico de éstos.

C Terminación de la terapia.

C-1 Analizar la dependencia paciente-terapeuta.

C-2 Redefinir la situación del tratamiento con el objeto de estimular al paciente a tomar sus propias decisiones y establecer sus valores o metas.

C-3 Ayudar al paciente a lograr tanta independencia y autoseptividad, como sea posible.

El evaluar el cambio sufrido -en este caso- debe ser revisado constantemente a lo largo de la terapia, lo cual al final será el evaluar el estado inicial con el estado final actual.

CONCLUSION FINAL.

El infarto al miocardio, preocupa a la Psicología, ya que se ha descubierto como factor principal que lo produce, a la conducta, a un estilo específico de conducta.

Este trabajo compila investigaciones al respecto y traduce, hasta cierto punto, las conclusiones para que se realice algo concreto que ayude a evitar el incremento a muertes por este padecimiento.

El análisis profundo de las características de los "infartados", nos ha dado la clave de su origen y nos dá también la clave de su prevención que en manos de los médicos y los psicólogos, promueve la ciencia interdisciplinaria de la medicina conductual, o la clínica efectiva, o la prevención en general.

Unidas aquí la psicofisiología, la medicina, la psicología experimental y la psicología clínica, tratando una patología que no entiende de ramas o títulos, trascienden en el campo científico y conductual, por la lucha de la salud física y mental, al monstruo que aniquila y formado por el mismo hombre, lo acaba y consume en los intrincados caminos de la sociedad moderna.

Este trabajo plantea el inicio de una amplia investigación, ya que deja abiertas posibilidades similares con respecto a los pa-

decimientos tratados y a la vez es una invitación al trabajo conjunto de psicólogos y médicos, de clínicos y experimentales, que se avoquen con las diferentes aproximaciones, a brindar una comprensión y ayuda al tipo de problemas aquí estudiados, ya que el ser humano es único y las técnicas deben de estar a su servicio, independientemente de la concepción y de la explicación teórica que se tenga sobre el mismo.

ANEXO 1.

NOMBRE: _____

I.- SEXO M F EDAD _____ Años cumplidos
ESTATURA _____ Mts. PESO _____ Kgs.

II.- ESTADO CIVIL Soltero (a) Divorciado (a) Separado (a)
Casado (a) Viudo (a)

III.- LUGAR QUE OCUPA ENTRE SUS HERMANOS (AS) O MEDIOS HERMANOS (AS) _____

SI NO ES USTED EL MAYOR, CUAL ES EL SEXO Y LA EDAD QUE LO SEPARA DE SUS HERMANOS MAYORES:

SEXO	EDAD	SEXO	EDAD
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

IV.- FECHA DE NACIMIENTO: DIA _____ MES _____ AÑO _____

V.- LUGAR DE NACIMIENTO: _____

VI.- TIEMPO DE RADICAR EN EL D.F.: _____

VII.- ESCOLARIDAD (FAVOR DE TACHAR EL NUMERO DE AÑOS CURSADOS EN CADA NIVEL.)

PRIMARIA	1 2 3 4 5 6	TECNICA	1 2 3 4
SECUNDARIA	1 2 3	PROFESIONAL	1 2 3 4 5 6
PREPARATORIA	1 2 3	POST GRADO	1 2 3

TOTAL DE AÑOS TERMINADOS: _____

VIII.- OCUPACION: _____

IX.- CUAL DE ESTAS ENFERMEDADES HA PADECIDO O PADECE:

- 1) Migraña
- 2) Diabetes
- 3) Hipertensión
- 4) Hipotiroidismo
- 5) Hipercolesterolemia
- 6) Ninguna

X.- ENTRE SUS FAMILIARES Y ANTEPASADOS; CONOCE ALGUN CASO DE:

- 1) Migraña
- 2) Embolia Cerebral
- 3) Hipotiroidismo
- 4) Hipertensión

- 5) Diabetes
- 6) Infarto Cardíaco o
Ataque al Corazón
- 7) Ninguno

XI.- VIVE SU PADRE SI _____ NO _____

PADRE: Edad Actual _____

Edad al fallecer _____

VIVE SU MADRE SI _____ NO _____

MADRE: Edad Actual _____

Edad al fallecer _____

LUGAR EN EL QUE VIVIERON SUS PADRES LA MAYOR PARTE DE SU VIDA: _____

1).- Qué enfermedades padece o ha padecido?

- 1) Mareos
- 2) Gastritis o Colitis
- 3) Fracturas de huesos
- 4) Reumas
- 5) Hemorroides
- 6) Gripas frecuentes
- 7) Ulceras
- 8) Ninguna

2).- Siente palpitaciones fuertes del corazón al despertar?

- 1) De una siesta
- 2) Siempre que despierto
- 3) A veces
- 4) No recuerda
- 5) Nunca

3).- Algunas personas piensan que es conveniente ver a un psicólogo, psiquiatra o psicoanalista, usted:

- 1) Iría si lo convencen
- 2) Iría si lo necesita
- 3) Ha pensado seriamente en ir
- 4) Está indeciso

4).- Estuvo usted alguna vez en psicoanálisis?

SI _____ NO _____

Si respondió SI, cuanto tiempo?

- 1) Menos de 6 meses
- 2) De 6 meses a 1 año
- 3) De 1 año a 2 años
- 4) Más de 2 años

5).- Siempre y cuando el beneficio para su cuerpo fuera el mismo, y usted dispusiera de tiempo más que suficiente, qué preferiría?

- 1) Correr un kilómetro y medio en 8 minutos
 - 2) Trotar 12 minutos
 - 3) Andar en bicicleta 20 minutos
 - 4) Nadar 20 minutos
 - 5) Caminar 60 minutos en un bosque precioso
 - 6) Jugar tenis o squash 30 minutos
 - 7) Quiere darnos la razón por la cual eligió: _____
- _____
- _____
- _____

6).-Cuál es su tipo de sangre?

- 1) A
- 2) B
- 3) AB
- 4) O
- 5) No sé

7).- Sufre de calambres en piernas y pies o manos?

- 1) Nunca
- 2) Rara vez
- 3) Con frecuencia
- 4) Muy a menudo

8).- Cuánto tiempo diariamente dedica a hacer ejercicio?

- 1) No hace ejercicio
- 2) Lo normal, camina del coche a la casa o al trabajo
- 3) El que hace cualquier persona que viaja en transporte colectivo
- 4) 15 minutos
- 5) 30 minutos
- 6) 1 hora
- 7) 3 veces a la semana
- 8) Una vez a la semana

Si marcó alguna de la 4) a la 8), subraye el tipo de ejercicio: caminar, Correr, gimnasia, yoga, tenis, frontón, squash, natación, ciclismo, deportes - de conjunto (foot-ball, base-ball, etc.), otro: _____

9).- Cuando come acompañado de personas que no son su familia

- 1) Platica mucho durante la comida
- 2) Trata de terminar pronto
- 3) A ratos platica y a ratos come muy aprisa
- 4) Se preocupa por sus modales al comer

10).- Cuando ha comido en algún restaurant:

- 1) Se ha llevado a la boca un pedazo de alimento antes de haber pasado el -- que tenía en la boca
- 2) El ruido que hacen (con los cubiertos, la boca, etc.) le molesta
- 3) No ha notado nada extraordinario

11).- Usted:

- 1) Nunca ha sido
- 2) Fué
- 3) Es

Vegetariano

Si lo fué, por cuánto tiempo? _____ meses
_____ años

12).- Cuando usted come en su casa con su familia, a mediodía:

- 1) Los demás se levantan de la mesa antes que usted
- 2) Usted mira su reloj al estar comiendo
- 3) No se ha fijado bien
- 4) Ordena a los niños comer despacio y masticar bien
- 5) Se molesta si la comida está un poco menos, o un poco más, caliente de lo acostumbrado
- 6) Se molesta si la mesa no está "bien puesta" (falta sal, pan, etc.)

- 13).- Imagínese frente a un plato de camarones "con cáscara", imagínese que le gustam mucho. Cómo se los comería?
- 1) Les quitaría la cáscara uno por uno y cuando todos estuvieran "pelados" se los empezaría a comer
 - 2) Se los comería conforme los fuera pelando
 - 3) Quien sabe lo que haría
- 14).- Qué le molestaría más en un restaurante dónde estuviera comiendo?
- 1) La lentitud de los meseros
 - 2) El ruido
 - 3) Los modales de la gente
 - 4) Un mantel sucio
 - 5) Las moscas
 - 6) El exceso de gente
 - 7) No sé
- 15).- Si no tuviera otra cosa que comer y le obligaran a elegir entre estos cuatro platillos, cuál preferiría?
- 1) 100 gramos de carne ternera
 - 2) 100 gramos de camarones
 - 3) 100 gramos de calabacitas
 - 4) 100 gramos de chicarrón
- 16).- Si usted come fuera de su casa, en algún restaurante:
- 1) tarda aproximadamente 15 minutos en comer
 - 2) tarda media hora
 - 3) tarda más de media hora
- 17).- Cuántos días a la semana come huevos?
- 1) Más de tres
 - 2) Menos de tres
 - 3) Un día
 - 4) No acostumbro, los como may de vez en cuando
- 18).- Qué prefiere leer mientras desayuna, come o cena?
- 1) Los resultados del foot-ball
 - 2) La página de sociales
 - 3) No lee en la mesa
 - 4) La página editorial y las noticias internacionales
 - 5) La nota policiáca
 - 6) Las noticias económicas y la bolsa de valores
 - 7) prefiero platicar con quienes como
- 19).- Acostumbra ver la televisión mientras desayuna, come o cena?
- 20).- Cuántos libros de poesía leyó el año pasado
- 1) No acostumbro ese tipo de lectura
 - 2) Uno
 - 3) Dos
 - 4) tres o más
 - 5) No pierdo el tiempo leyendo esas cosas

- 21).- El año pasado usted visitó museos, bibliotecas, galerías de arte, etc.
- 1) Una vez al mes
 - 2) Seis veces al año
 - 3) Dos o tres veces al año
 - 4) No recuerdo, pero bastantes veces
 - 5) Casi nunca, porque no tuve tiempo
 - 6) Más de una vez al mes y le encantó
- 22).- En una conversación, usted habla con mayor velocidad:
- 1) Al principio
 - 2) A la mitad
 - 3) Al final
 - 4) Casi siempre hablo a la misma velocidad
 - 5) No me he dado cuenta
 - 6) Dice la gente que hablo muy despacio
- 23).- La última vez que tuvo la oportunidad de ir al teatro:
- 1) Fué y le pareció divertido
 - 2) Fué y le desagradó
 - 3) Se le atravesó un compromiso y no pudo ir
 - 4) No recuerda
- 24).- En una conversación normal de las que usted sostiene con un grupo de, digamos, otras tres personas, si el tiempo total de la plática fueron 100 minutos, normalmente cuánto tiempo estuvo usted hablando:
- 1) 10 minutos
 - 2) 20 minutos
 - 3) 25 minutos
 - 4) 50 minutos
 - 5) 35 minutos
 - 6) 68 minutos
 - 7) Más de 70 minutos
- 25).- Una gran amistad, entre hombres o entre mujeres, tarda más de 5 años en establecerse
- 1) Sí
 - 2) No sé
 - 3) No
 - 4) Para una persona inteligente tarda me nos
- 26).- En las elecciones algunas veces votó por candidatos a los cuales usted no conoce o muy poco conoce
- 1) Sí
 - 2) No
- 27).- Por lo general, cuando usted camina con otra persona de su misma estatura:
- 1) Se detiene a ratos para ponerse al paso de la otra persona
 - 2) Se molesta si el otro es más lento
 - 3) Se apresura para ponerse al paso del otro
 - 4) No se ha fijado bien
 - 5) La gente dice que usted camina muy despacio

28).- Si a usted lo llevan a la ópera contra su voluntad y el espectáculo se vuelve definitivamente aburrido, se saldría:

SI

NO

Si su respuesta fué SI, cuánto tiempo cree que aguantaría antes de salirse?

- 1) Menos de 10 minutos
- 2) Entre 10 y 20 minutos
- 3) Más de 20 minutos

29).- Yo siempre soy muy puntual

SI

NO

(si su respuesta fué SI, por favor complete aquí abajo)

Y por lo tanto tengo derecho a molestar a quienes no lo son

SI

NO

30).- Cuántos cigarros se fuma al día?

- 1) Cero
- 2) Entre 1 y 5
- 3) Entre 6 y 10
- 4) Entre 11 y 15
- 5) Entre 16 y 25
- 6) Más de 25
- 7) No acostumbro a contarlos
- 8) Que marca de cigarros fuma

31).- Después de manejar en carretera durante dos horas o más, me duele el cuello, - la espalda o las piernas

- 1) Nunca
- 2) A veces
- 3) Casi siempre
- 4) No me he dado cuenta

32).- Si me quedo dormido durante un rato, digamos menos de dos horas, al despertar siento palpitaciones fuertes del corazón

- 1) Nunca
- 2) A veces
- 3) Frecuentemente
- 4) No me he dado cuenta

33).- Se ha dado cuenta de que aprieta las cosas que lleva en la mano con más fuerza de la necesaria?

- 1) Nunca
- 2) A veces
- 3) Frecuentemente
- 4) Casi siempre

- 34).- Manejando en carretera:
- 1) No recuerda que lo haya rebasado un coche de menor potencia que el suyo
 - 2) No se ha fijado en eso
 - 3) Cualquier automóvil lo rebasa, porque siempre mantiene la velocidad permitida
 - 4) No maneja en carretera
- 35).- De México a Monterrey hay aproximadamente 1000 Kms. Viajando en un coche último modelo con 4 ocupantes, sin detenerse, cuántas horas debería hacer el que maneja?
- 1) 16 horas
 - 2) 12 horas
 - 3) 10 horas
 - 4) 8 horas
 - 5) Depende del chofer
 - 6) No tengo idea
- 36).- Como los choferes que manejan en la actualidad parecen estar dormidos, la última vez que manejé en la ciudad toqué el cláxon:
- 1) Tres o cuatro veces
 - 2) Una vez
 - 3) Ni una sola vez
 - 4) No me acuerdo
 - 5) No tengo automóvil
- 37).- Cuando maneja en carretera:
- 1) Se toma el tiempo que hace de un lugar a otro
 - 2) Rebaso mucho
 - 3) Después del viaje comenta lo hermoso (o feo) que estuvo el camino
 - 4) Comenta el tiempo que hizo
 - 5) Comenta lo bueno (o malo) que estaban el coche o la carretera
 - 6) Fuma más de lo normal
 - 7) Fuma normalmente
 - 8) Alguna vez escribe el tiempo que hace de un lugar a otro
 - 9) No maneja automóvil, o no tiene
- 38).- Lo que hace a mucha gente quedarse atrás en esta vida, es que les falta agresividad, espíritu de competencia y perseverancia
- 1) Sí
 - 2) No sé
 - 3) No
- 39).- Si usted está haciendo cola para comprar boletos de cine, y otra persona se cuele y sin formarse trata de comprar su boleto antes que usted, lo más probable es que usted:
- 1) Le grite al taquillero que no le venda
 - 2) Le diga al intruso que su obligación es formarse como los otros
 - 3) Pensaría, durante un rato, que deberían castigar al intruso por violar el derecho de usted
 - 4) Pensaría: "ni modo"

- 5) Comentaría con su vecino, haciendo un chiste sobre el comportamiento de los mexicanos
- 6) Pensaría que el incidente carece totalmente de importancia y que es mejor olvidarlo
- 7) Quién sabe que haría

40).- Quiere repartir los números del 1 al 4 que se ven a continuación?

- 1) Me molestaría un poco o nada
- 2) Me molestaría bastante
- 3) Me molestaría mucho
- 4) Me molestaría muchísimo

En estas cuatro posibilidades, dándole un número a cada una?

- _____ enterarme de que mi hijo fuma marihuana
 _____ quedarme sin trabajo
 _____ perder mil pesos en una apuesta
 _____ que se lleven mi coche sin permiso (esposa, hijos, etc.)

41).- Para vivir mejor es necesario ganar más dinero

- 1) Totalmente de acuerdo
- 2) De acuerdo
- 3) No sé
- 4) En desacuerdo
- 5) Totalmente en desacuerdo
- 6) Depende del lugar, el tiempo y la persona
- 7) No hay relación entre ganar más dinero y vivir mejor

42).- El dicho "Time is money" (tiempo es dinero) quiere decir que:

- 1) Hay que sacrificar tiempo para ganar más dinero
- 2) Hay que dejar de ganar dinero, para tener más tiempo libre
- 3) No significa ni una cosa ni la otra

Si usted respondió la 3), quiere darnos su interpretación de lo que significa la frase; _____

43).- En su opinión, respecto de la pregunta anterior. Que debería hacer la mayoría de la gente?

- Lo que dice en 1)
 Lo que dice en 2)

44).- En un juego cualquiera, yo prefiero ganar que perder

SI

NO

45).- Entre sus hermanos varones, recuerda usted haber sido:

- 1) El consentido de su mamá
- 2) Aquel a quien su mamá le mostraba cierta preferencia

- 3) Tratado igual que todos, sin ninguna preferencia
- 4) El menos querido de sus hermanos
- 5) No recuerda, no sabe o no puede decir

46).- De niño y de adolescente, aunque me llevaba con los de mi edad, prefería juntarme con quienes eran mayores que yo

SI

PUEDE SER

NO

47).- Respecto a la conducta verbal, su opinión sobre las malas palabras o las palabras soeces es que:

- 1) No existen
- 2) No tienen nada de malo
- 3) Se están volviendo muy populares y cualquier persona las dice
- 4) Deberían castigar a quienes las usan

Usted personalmente:

- 5) Rara vez las dice
- 6) Sólo las dice cuando la ocasión lo amerite
- 7) La gente podría decir que usted es mal hablado

48).- Me siento más seguro de mí mismo que la mayoría de la gente que conozco

SI

NO SE

NO

49).- Respecto a sus hábitos de dormir:

- 1) Habitualmente se acuesta cerca de las diez de la noche
- 2) Siempre se levanta a la misma hora
- 3) Tarda en dormirse, pero duerme como un tronco
- 4) A veces se despierta a medianoche sin razón aparente
- 5) Sueña con mucha frecuencia
- 6) Casi nunca se acuerda de haber soñado

50).- Si usted tiene una cita dentro de un rato y está ahora platicando con una persona, miraría el reloj?

SI

QUIEN SABE

NO

51).- Antiguamente era más difícil que un estúpido triunfara en la vida, hoy cualquiera lo logra

SI

NO SE

NO

52).- Casi siempre usted puede repetir la última frase que le dicen en la conversación, aunque no haya estado prestando atención a la persona que hablaba por estar distraído con sus propios pensamientos

SI

NO

53).- He oído que la gente dice de mí:

- 1) Que soy generoso con mis parientes y amigos
- 2) Que soy inteligente pero agresivo al hablar
- 3) Que soy humilde y callado

- 4) Que dejo a los demás imponer su criterio sobre el mío
- 5) No presto oídos a chismes

54).- Cuando estoy distraído y ocurre algún ruido súbito, me sobresalto y hasta brinco:

- 1) Nunca
- 2) Un poquito, algunas veces
- 3) Bastante y con cierta frecuencia
- 4) Mucho

55).- Usted ha llegado a dominar algún instrumento musical o a cantar con muy buena-
entonación?

SI

NO

56).- En mitad de una plática, o del trabajo, me doy cuenta de que estoy muy tenso -
de los músculos, casi engarrotado:

- 1) Nunca
- 2) A veces
- 3) Muy frecuentemente
- 4) No recuerdo o no me he dado cuenta

57).- Si su esposa (o esposo) o cualquier otro familiar, está buscando un libro, en-
el librero de usted y no lo encuentra en el tiempo "normal", es probable que -
usted al verla:

- 1) Salga de la habitación
- 2) Se moleste por su tardanza
- 3) Le diga dónde está el libro
- 4) Se levante, lo encuentre y se lo dé
- 5) Ni siquiera se fije en lo que está pasando

58).- Que opina usted de la gente que se dedica a pescar?

- 1) Si lo hace para ganarse la vida, está bien
- 2) Si es por diversión debe ser muy aburrido
- 3) Se necesita una paciencia exagerada
- 4) No tengo opinión al respecto

59).- Hablando honrradamente, usted pasaría desapercibido en una reunión de 20 perso-
nas aunque lo dejaran hablar un par de veces

SI

NO SE

NO

60).- Qué piensa usted que ofendería más a una persona?

- 1) Una bofetada
- 2) Una injuria soez y lépera
- 3) Ponerla en ridículo con un sarcasmo hiriente y mordáz
- 4) Ignorarla

61).- La última conversación seria que usted sostuvo con su esposa (o) trató de temas

- 1) Económicos y de trabajo

- 2) Los niños
- 3) Sexuales
- 4) La relación interpersonal de ambos
- 5) Deportivos de entretenimiento y diversiones
- 6) Relativos a parientes y conocidos
- 7) Que terminaron en discusión relativamente acalorada
- 8) Referente a su enfermedad
- 9) Arte, Política, etc.

70).- En cuestión religiosa:

- 1) Soy cristiano, pero no tengo religión
- 2) Soy ateo
- 3) No me preocupan esas cosas
- 4) Cada quien es libre de profesar la creencia que quiera
- 5) Soy practicante de mi religión
- 6) Soy asiduo prácticamente de mi religión y estoy orgulloso de ello
- 7) Creo en Dios y con eso me basta

62).- Es difícil encontrar alguna cosa o situación que realmente me preocupe en este momento de mi vida

- 1) De acuerdo
- 2) Quién sabe
- 3) Sí hay cosas que me preocupan y mucho

63).- Si una persona se pasa 15 días, o más, masticando de un sólo lado de la boca - porque tiene una muela picada en el otro lado, lo más probable es que lo haya hecho:

- 1) Porque no tuvo tiempo de ir al dentista
- 2) Porque le da miedo el dentista
- 3) Porque tuvo cosas mucho más importantes que hacer que cuidarse de la dentadura
- 4) Quién sabe

64).- Respecto a sus costumbres sociales:

- 1) No bebo
- 2) Cuando mucho dos o tres copas en una fiesta
- 3) Jamás me emborracho
- 4) Puede que me embriague unas cuantas veces al año, como todo el mundo
- 5) (si los incisivos anteriores no explican sus hábitos, y usted quiere hacerlo, amplíe su respuesta): _____

65).- Alguien dijo: "Soy muy amigo de que las cosas se hagan como yo quiero y me --- ofendo cuando una persona a la cual estimo hace o dice algo con lo cual no estoy de acuerdo; y siempre le digo claramente, a quien sea, lo que no me parece de su conducta". Qué tanto refleja este párrafo su manera de ser?

- 1) Totalmente
- 2) Mucho

- 3) Más o menos
- 4) Muy poco
- 5) Nada
- 6) No sé

66).- Los problemas emocionales afectan mi trabajo:

- 1) Sí, definitivamente
- 2) Sólo cuando son muy importantes
- 3) No, nunca

ANEXO 2.

...a uno de los siguientes cuadros, se enciende un solo o más puros...
hablando con otra, usted debe escribir en su hoja de respuestas lo correspondiente
persona que contesta, procurando dar la primera respuesta que le venga a la mente.

Siento mucho haberle manchado su ropa, aunque tratamos de evitar el charco

1

¡Que horror! Ese jarrón que rompiste era el favorito de mi madre

2

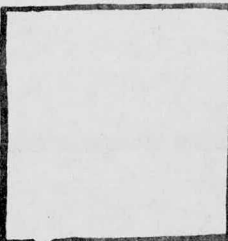
¿No ves nada verdad?

3

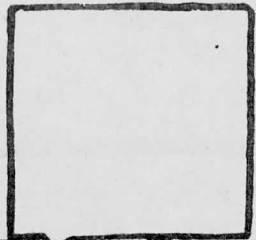
Que pena que mi auto se descompu so y te hizo perder el tren.

4

Esta es la tercera vez que tengo que regresar con este reloj que compré hace solo una semana. Siempre se para tan pronto como llego a casa.



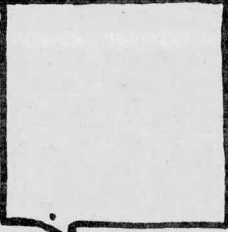
Las reglas de la biblioteca solo le permiten sacar dos libros a la vez.



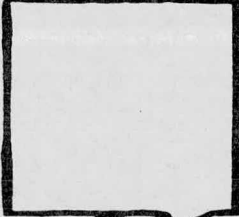
5.

6.

No le parece que usted es muy delicado? Quizquilloso?



Tu novia me invito al baile esta noche. Dijo que tú no irías.



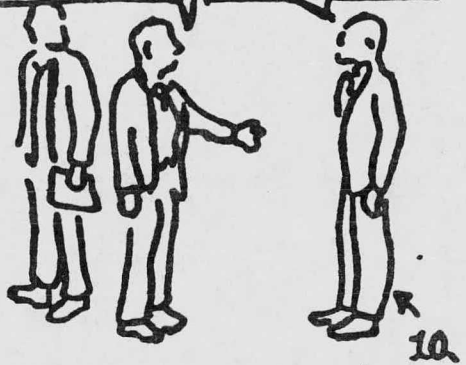
7.

8.

Posiblemente usted necesite su paraguas, pero tendrá que esperar hasta la tarde cuando regrese el encargado.



¡Eres un mentiroso!



Perdone me equivoqué de número.

Si este no es tu sombrero, entonces Juan Pérez debe haberse lo llevado por equivocación y dejó el suyo.



No puedo atenderlo esta mañana, aunque nos citamos ayer.



Ella debería haber llegado hace media hora.



Que lástima compañera, hubiésemos ganado después de tu buena jugada si yo no hubiese cometido ese estúpido error.



Usted no tenía derecho a rebasarme por la derecha.



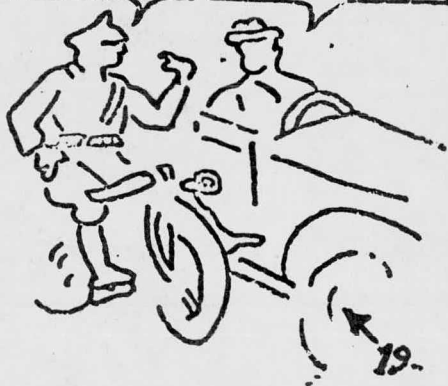
¡ A buena hora
pierdes tus
llaves !

Lo siento
acabamos
de vender
el último.



A donde cree
usted que va
pasó por esa
escuela a 80
Kms. por
hora.

Me pregunto...
por qué no nos
habrán invita
do.

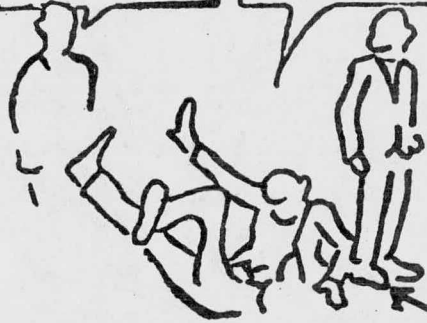


La mujer de la que estás hablando tan mal, tuvo un accidente ayer y ahora está en el hospital.



21.

Te hiciste daño?



22

Es la tía quiere que la esperemos hasta que - venga a darnos otra vez su bendición



23

Aquí está el periódico que me prestaste, siento mucho que mi niño lo haya roto.



24

ANEXO 3.

CUESTIONARIO SOBRE PREMISAS SOCIOCULTURALES

A continuación tiene Ud. una serie de preguntas sobre algunas opiniones sobre la familia mexicana; por favor marque con una cruz la columna con la cual esté de acuerdo. No marquee ninguna si no está de acuerdo con ninguna de las dos respuestas.

	Sí	No
1. Los hombres son mas inteligentes que las mujeres	___	___
2. Una persona debe siempre respetar a sus padres..	___	___
3. Nunca se debe dudar de la palabra del padre.....	___	___
4. Una hija debe siempre obedecer a sus padres.....	___	___
5. Todas las niñas deben tenerse confianza.....	___	___
6. Un hijo nunca debe poner en duda las órdenes del padre.....	___	___
7. La mayoría de los padres mexicanos debería ser mas justo en sus relaciones con sus hijos.....	___	___
8. Un hijo debe siempre obedecer a sus padres.....	___	___
9. Las mujeres sufren mas en su vida que los hombres	___	___
10. Para mí, la madre es la persona mas querida del mundo.....	___	___
11. Los hombres son por naturaleza superiores a las mujeres....	___	___
12. Las niñas sufren mas en su vida que los niños..	___	___
13. La mayoría de las niñas prefiere ser como su mamá	___	___
14. El hombre debe llevar los pantalones en la familia	___	___
15. Es mucho mejor ser hombre que ser mujer.....	___	___
16. Las mujeres jóvenes no deben salir solas en la noche con un hombre.....	___	___
17. Una persona debe siempre obedecer a sus padres..	___	___
18. Una buena esposa debe ser fiel siempre a su esposo	___	___
19. El lugar de la mujer es su hogar.....	___	___
20. Una mujer debe siempre ser dócil.....	___	___
21. Una persona tiene derecho a poner en duda las órdenes del padre.....	___	___
22. Ser virgen es importante para la mujer soltera..	___	___
23. Todo hombre debe ser fuerte.....	___	___
24. Es mas importante respetar a los padres que amarlos	___	___
25. Está bien que una mujer casada trabaje fuera del hogar...	___	___

26. Una buena esposa no pone en duda la conducta de _____
27. La mayoría de las mujeres mexicanas ^{su esposo...} vive muy _____
sacrificada..... _____
28. Las mujeres deben ser agresivas..... _____
29. Un hombre adúltero deshonra a su familia..... _____
30. Mientras mas severos los padres mejor serán los _____
hijos..... _____
31. La vida es para sobrellevarla..... _____
32. Está bien matar por el honor de la familia..... _____
33. Una mujer que deshonra a su familia debe ser cas _____
tigada severamente..... _____
34. Las mujeres casadas solo deben bailar con su esposo _____
35. No es decente que las mujeres jóvenes salgan solas _____
con sus novios.... _____
36. En México es natural que los hombres casados ten _____
gan amantes..... _____
37. Es mejor divertirse solo que acompañado..... _____
38. Muchos hijos jemen a sus madres..... _____
39. Uno debe ser siempre leal a su familia..... _____
40. Los niños pequeños no deben interrumpir a sus ma _____
yores..... _____
41. Las mujeres deben ser siempre protegidas..... _____
42. No se debe confiar siempre en la gente..... _____
43. El "qué dirán" es muy importante para uno..... _____
44. Una mujer debe tener tantos hijos como Dios quiera _____
45. La vida es para gozarla..... _____
46. Una mujer solo debe estudiar carreras cortas..... _____
47. Una mujer que se casa debe dejar su trabajo..... _____
48. Muchas mujeres desearían ser hombres..... _____
49. Las mujeres dóciles son las mejores.. _____
50. Una persona solo debe respetar a sus superiores.. _____
51. Aunque la mujer trabaje es obligación del esposo _____
mantenerla..... _____
52. La decisión del número de hijos debe ser del esposo _____
53. Aunque no se desee el embarazo no debe permitirse _____
el aborto..... _____

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

1. Espino Vela "Introducción a la Cardiología"
Méndez Oteló 1978.
2. Friedman, Rosenman "La Conducta tipo "A" y su corazón"
Grijalbo 1974.
3. Harrison "Medicina Interna"
ed. científicas prensa médica II 1981.
4. Aguirre Roux "Urgencias cardiovasculares"
ICI 1981.
5. Murillo Varela Tesis de Licenciatura
"Factores Psicogenéticos del Infarto al Miocardio"
UNAM 1976.
6. Castillo B. Tesis de Licenciatura
"Algunas consideraciones psicológicas - en el infarto al miocardio"
UNAM 1979.
7. Lamber y Fernández "Aspectos estadísticos sobre el infarto"
Revista Latinoamericana en Psicología - 1980.
8. Fernández, G. "De la Psicogénesis del Infarto"
Acta psicológica Mexicana II 1982.
9. Castañeda E. Tesis de Licenciatura
"Tiempo de reacción en los niños Mexicanos"
UNAM 1980.
10. Varios "Anuario de Cardiología"
Mundo Médico 1983.
11. Levi, Anderson "La tensión psicosocial"
Manual Moderno 1980.
12. Alvarez y cols Revista Comunidad CONACYT
"El niño y su ciudad"
No. 136 - 137. 1982.

13. Covarrubias
Revista Comunidad CONACYT
"La Metáfora de la Ciudad como sistema biológico"
No. 136 - 137. 1982.
14. Mercado, S.
Revista Comunidad CONACYT
"Ruidos, ruidos"
No. 136 - 137. 1982.
15. Fromm, E.
"El corazón del hombre"
FCE 1964.
16. Cameron
"Somatization and Agression"
McGrow-Hill 1967.
17. Lara T. y cols.
"Sociocultura y Psicopatología"
Memorias II congreso Mexicano de Psicología Clínica. Guadalajara, Jal. 1980.
Katon, Kleinman
18. Citas Secobby
"Depression and somatization I & II."
U.S.A. 1982.
Kanno.
"On somatization of Symptom in Psychosomatic".
Japan 1981.
Fertech Med.
"Depression, somatization and suicide"
Germany 1981.
Coryell
"Diagnosis-specific, briquets syndrome"
USA 1981.
Moffett.
"Briquets syndrome in veterans"
USA 1981.
Coryell
"Briquets syndrome in primary depression"
USA 1982.

- Fagiani, Scarso.
"Somatizzazione e suicidio"
 ITALIA 1980.
 Bishop
- "Somatization in office patient"
 USA 1981.
 Cheung, Lau.
- "Somatization among Chinese depressives"
 China 1981.
19. Dollard & Miller "Frustration and aggression"
 McGraw-Hill 1968
20. Rosenzweig "Test de Frustración y agresión"
 (pft) Paidós 1964.
21. Díaz-Guerrero "Estudios de Psicología del Mexicano"
 Trillas 1977.
22. Ramírez S. "El Mexicano, Psicología de sus motivaciones"
 FCE 1967.
23. Flores Tascon "Ejecutivo 2000, el peso de la púrpura"
 Crepsa 1982.
24. Lorenz K. "Historia Natural de la agresión"
 Siglo XXI 1968.
25. Lorenz, Leyhausen "Biología del compartimiento, raíces instintivas de la agresión, el miedo y la libertad"
 Siglo XXI 1968.
26. Marck and Ervin "Violence and Brain"
 N. Y. Harp and Row 1968.
27. Fromm "Anatomía de la destructividad Humana"
 Siglo XXI 1977.
28. Delgado J. "Physical control of Mind"
 N.Y. Harper and Row 1968.
29. González Pineda "El Mexicano, Psicología de su destructividad"
 Pax 1965.

30. Lara T. "El suicidio en México"
XI congreso de Psiquiatría, La Habana
77.
31. Gamiochipi L. "Factores socioculturales en la genesis
del delito"
Y reunión nacional de la APM
Guadalajara, Jal.1977.
32. Gottschalk "La medición de la agresión hostil a tra
vés del análisis del lenguaje"
Agressive behavior ed. gratinni Cornell
U.P. 1964.
33. Castillo Ledón "Escala de Factores de riesgo coronario"
Revista enseñanza en Psicología.
Vol. VIII No. I, 1971.
34. Ramírez de Lara "Aspectos Psicofisiológicos del enfermo
psiquiátrico"
Revista neurocirugía Vol. I 1971.
35. Martínez Z. y cols "Diseño sobre el efecto de la sociocultu
ra en pacientes Psicopatológicos"
Memorias congreso de Psicología Clínica
1979.
36. Gómez A. y cols "Efecto de las premisas socioculturales
en enfermos coronarios"
II congreso de Psicología Clínica 1979.
37. Navarrete del P. "Efecto de las premisas socioculturales
en pacientes con cefalea por tensión"
II congreso de Psicología Clínica 1979.
38. Quiñones Q. "El efecto de la frustración en pacien -
tes coronarios"
II congreso del Psicología Clínica 1979.
39. Martínez Z. y cols. "La teoría de la frustración y su efecto
en pacientes psicofisiologicos"
II congreso de Psicología Clínica 1979.
40. Varios autores "La contaminación en México"
Revista ecológica Mex 1981.

41. Varios autores. "Plomo, carbón y muerte"
Revista veterinaria México 1982.
42. Fromm, E. "El corazón del hombre"
FCE 1977.
43. Regalado, Pineda, Manzo Tesis de Licenciatura
"Biophilia y necrofilia en un grupo de -
niños de ciudad y campo"
UNAM 1982.
44. Haskell, Graham "American Health Fygnest of Body"
Vol. II, 1983.