



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

"TRECE ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO SALUDABLE
DE LA IRA, LA HOSTILIDAD Y LA AGRESIÓN:
CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD TIPO A"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRA
EN PSICOLOGÍA GENERAL EXPERIMENTAL

P R E S E N T A

REBECA PAZ PADILLA

DIRECTOR DE TESIS: DR. SERAFÍN MERCADO DOMENECH

COMITÉ DE TESIS: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS
MTRA. MA. DEL ROCÍO PÁEZ GÓMEZ
DRA. GEORGINA ORTIZ HERNÁNDEZ
DR. VÍCTOR CORENO RODRÍGUEZ

MÉXICO, D.F. 2007





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.

Hoja de Datos del Jurado

<p>1. Datos del alumno Paz Padilla Rebeca 26 15 54 19 Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Psicología División de Estudios de Posgrado Maestría en Psicología General Experimental 071207191</p>
<p>2. Datos del tutor Dr Mercado Domenech Serafín</p>
<p>3. Datos del sinodal 1 Dr Jurado Cárdenas Samuel</p>
<p>4. Datos del sinodal 2 Mtra Páez Gómez Ma. Del Rocío</p>
<p>5. Datos del sinodal 3 Dra Ortiz Hernández Georgina</p>
<p>6. Datos del sinodal 4 Dr Coreno Rodríguez Víctor</p>
<p>7. Datos del trabajo escrito “TRECE ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO SALUDABLE DE LA IRA, LA HOSTILIDAD Y LA AGRESIÓN: CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD TIPO A” 229 p 2007</p>

Agradecimientos

Gracias a Dios cuya energía fluye a través de mis venas y llega al corazón para manifestarse en amor.

A mis padres y hermanos.

A mis hijos:

Cuya presencia ha sido en mi vida las alas para volar y los maestros que dirigen el vuelo, así como la alegría de conducirme hacia la libertad.

Gracias Andrés por tu ánimo permanente, tu cariño y por tus atenciones.

Gracias Juan Miguel por tu solidaridad, apoyo incansable y cariño.

Gracias por ser como son.

A mis maestros: que con su luz de entendimiento y conocimiento me han motivado a seguir sus pasos de sabiduría

Mis agradecimientos al doctor Gustavo Fernández, quien me inició en el estudio y conocimiento de la personalidad Tipo A.

Al Dr. Serafín Mercado por creer en mi trabajo y por sus observaciones académicas puntuales.

Al Dr. Samuel Jurado por sus comentarios tan clínicos y tan humanos.

A la Maestra Rocío Páez por su solidaridad y apoyo al señalar las correcciones más atinadas.

A la Dra. Georgina Ortiz por su paciencia al señalar los errores del trabajo.

Al Dr. Víctor Coreno por sus atinadas observaciones y correcciones al trabajo.

A la Dra. Dolores Mercado porque sin su apoyo bibliográfico y humano esta tesis no se hubiera realizado.

A la Dra. Rocío Hernández Pozo por haberme motivado a iniciar esta tesis sobre personalidad Tipo A “una experta”.

A la Dra. Lucy R. por su ánimo para creer y terminar esa tesis.

A la Dra. Patricia Andrade por sus finas atenciones.

A mi jefe del SUA Roberto Alvarado por su apoyo incondicional.

A Marissa Ríos por las traducciones y su trabajo desinteresado.

A Lupita Reynoso quien es una amiga de verdad cuya amistad va acompañada de aprendizaje.

Al Ing. German Morato un amigo sincero.

A mi amigo José Castillo secretario académico del STUNAM por todo su apoyo.

A todas las autoridades de relaciones laborales por su consideración.

A mis familiares: Lolín, Lalo y Jorge.

A todos mis amigos: Ilya, Dinorah, Rebeca Rodríguez, Carmen Zepeda, Susy Ortega, Jesús Hernández, José Luís Sánchez, Iliana Hernández, Dr. Armando Nava, Eloisa Montes, Eulalia, Magda, Susy, Esther, Laurita, Francis, Rocío Avendaño, Francisco Javier Hernández.

Índice	Pág.
Resumen	
Introducción	1
1. Capítulo I. Antecedentes del estudio e investigación de la personalidad Tipo A	3
2. Capítulo II. Otros enfoques de la personalidad Tipo A	13
2.1. Enfoque filosófico	13
2.2. Enfoque fisiológico	23
2.3. Enfoque psicológico	45
2.4. Enfoque psicosomático, psicoanalítico	55
3. Capítulo III. Las emociones y conducta de la personalidad Tipo A	86
3.1. Ira, hostilidad y agresión	87
4. Capítulo IV. Proceso Salud – Enfermedad	115
4.1. El carácter histórico del proceso salud – enfermedad	115
4.2. Factores psicosociales de riesgo para la enfermedad cardiovascular	122
4.3. La importancia de desarrollar programas de fomento, promoción y educación para la salud	131
5. Capítulo V. Revisión de las 13 estrategias para el manejo saludable de la ira, la hostilidad y la agresión, características de la personalidad Tipo A	140
5.1. Estrategias físicas, biológicas alimentarias	142
5.2. Estrategias cognitivas, emocionales y conductuales para el manejo de la ira, la hostilidad y la agresión en individuos con personalidad Tipo A	145
5.3. 13 Estrategias para controlar la hostilidad que puede dañar su salud	150
5.3.1. Estrategia para reducir el enojo	156
5.3.2. Detener pensamientos hostiles, sentimientos y acciones	163
5.3.3. Distráigase	164
5.3.4. Medite	166
5.3.5. Evite la sobreestimulación	169
5.3.6. Impóngase	170
5.3.7. Cuide una mascota	173
5.3.8. ¡Escuche!	174
5.3.9. Practique el confiar en los demás	176
5.3.10. Ser tolerante	178
5.3.11. Tenga un confidente	182
5.3.12. Ríase de usted mismo	185
5.3.13. Imagine que hoy es el último día sobre la Tierra	188
6. Alcances y Limitaciones	204
7. Conclusiones	208
8. Anexo	210
9. Bibliografía	219

Resumen

El propósito de la presente tesis documental fue descubrir, analizar y evaluar los conocimientos actuales sobre el papel de la personalidad Tipo A y su incidencia sobre las enfermedades cardiovasculares. En este momento se reconoce que la ira y la hostilidad son características sobresalientes de la conducta Tipo A, y que por si solas ya son un factor de riesgo en las cardiopatías. Se proporciona la definición y las características en general de este patrón de comportamiento Tipo A, los enfoques filosófico, fisiológico, psicológico y psicosomático – psicoanalítico; se presentan algunos factores psicosociales de riesgo en las cardiopatías y se mencionan otras emociones, conductas y afectos que se incluyen en la personalidad Tipo A. Se definen también los conceptos de salud y enfermedad y la importancia y la necesidad de desarrollar programas de fomento, promoción y educación para la salud.

Toda la revisión anterior fue con la finalidad de proponer trece estrategias aplicables al manejo saludable de la ira, hostilidad y la agresión (emoción y conducta) componentes de la personalidad Tipo A y factor de riesgo de las enfermedades cardiacas. Se presentaron trece estrategias que se dividen en: Desviar el enojo: Detenerse y pensar, Distráigase, Medite, Evitar sobre estimularse, Impóngase; Improvisar relaciones: Cuide una mascota, Escuche, Practique el confiar en los demás, Realice servicio comunitario, Aumente su empatía, Ser tolerante; Adoptar actitudes positivas: Perdona, Tenga un confidente, Ríase de usted mismo, Vuélvase más religioso, Pretender que hoy es el último día.

Siempre teniendo en cuenta que la primera reacción del Tipo A es el enojo y la hostilidad. Hacerlo, tomar conciencia de ello, no es fácil.

El presente trabajo señaló en lo concerniente a la intervención preventiva de las enfermedades cardiovasculares y la conducta Tipo A, el proponer las trece estrategias para el manejo saludable de la ira, la hostilidad y la agresión, siendo prometedor como intento de modificación de la conducta ya que pretende reducir los factores de riesgo coronario y así poder lograr una mejora en la calidad de vida de quien sufre este comportamiento Tipo A.

Palabras clave: personalidad Tipo A, enfermedades cardiovasculares, factores de riesgo coronario, estrategias para el manejo saludable de la ira, hostilidad y agresión.

Introducción

En la actualidad, las enfermedades cardiovasculares están entre los principales índices de mortalidad en los países industrializados, representan un 45% del total de las muertes. Los factores clásicos de riesgo cardiovascular – como la hipertensión arterial, la dislipemia o el tabaco – han resultado insuficientes para explicar el por qué se producen este tipo de enfermedades. Debido a lo anterior, se investigaron otros factores que implican la probabilidad de poner en riesgo la salud de los sujetos. Estos nuevos factores se centran en ámbitos comportamentales, psicoemocionales y psicosociales, entre ellos destaca la competitividad, la ira, la hostilidad y la agresión. Para la comprensión de la relación entre los nuevos factores de riesgo y la salud general, se planteó un modelo de comportamiento Tipo A en la mayor reactividad psicológica (Friedman y Rosenman, 1974).

El conocimiento de las enfermedades cardiovasculares, permitió conocer y comprender de mejor modo, cuáles son los factores clásicos y los nuevos que influyen en su desarrollo; de esta forma se facilitó la prevención de las enfermedades cardíacas y se identificaron con toda precisión los factores de personalidad Tipo A. Por tanto, al conocer el proceso que siguen desde su origen a las cardiopatías, se facilita su estudio y eso permite la prevención y la intervención en sujetos de riesgo.

Según datos recientes en España, las enfermedades cardiovasculares suponen el 40.7% de muertes en ambos géneros, siendo la enfermedad isquémica coronaria la que más incide en hombres con 31.7%, y la enfermedad vascular cerebral en mujeres con 34.9% (Diego, Guallor y Andrés, 1996, citado en Jornadas de Fomento a la Educación, 2007).

Hecho curioso y que requiere de investigación epidemiológica, es que mientras los países desarrollados mantenían los primeros lugares en enfermedades cardiovasculares y cáncer (EEUU), los países en subdesarrollo se libraban de las enfermedades intestinales, parasitarias y nutricionales. Lo paradójico es que ahora en México, catalogado como subdesarrollado, además de conservar las enfermedades infecciosas y de desnutrición, también tengamos cifras altas en las enfermedades de primer mundo: cardiovasculares, cáncer y diabetes. Podría decirse que de manera psicosomática, se tiene un cuerpo mexicano subdesarrollado con desnutrición, nutrición no suficiente ni adecuada atrapado en una psique estadounidense desarrollado con pretensiones de estrés tóxico, hostilidad exigencia laboral y prisa.

El presente trabajo de Tesis documental a estimando importante dar prioridad a la prevención de las enfermedades cardiacas en su relación con la personalidad Tipo “A” considerada un factor de riesgo para el desarrollo de las cardiopatías, se sugieren por lo tanto algunas estrategias terapéuticas que coadyuven en la atención inmediata de enfermos con padecimientos cardiopáticos y de su prevención (hipertensión, angina de pecho, infarto miocárdico) diabetes (I y II) y los diferentes tipos de cáncer (de estómago, de mama, cervicouterino, de médula, etc.), proponiendo un modelo de intervención psicosomática.

Dichas estrategias van desde la aplicación de cuestionarios para identificar la personalidad Tipo A en el individuo, su hostilidad, su ira y agresividad, hasta la invitación para hacer cambios en su conducta alimenticia y tomar conciencia de las causas o riesgos a los que está expuesto. Además, ejercitar algunas estrategias para cambiar su actitud, su evaluación cognitiva, sus diálogos internos y realizar determinada actividad física como algunas posturas de yoga, así como la práctica de la relajación sistemática profunda.

Esta tesis se plantea también como una contribución a la interdisciplina entre la psicología y la medicina, al promover conocimientos que conllevan tanto acciones médicas como psicológicas (y quizá sociales) que combatan las enfermedades cardiovasculares que son ya la primera causa de muerte en adultos mexicanos y del resto del mundo.

En el mundo cada 4 segundos ocurre un infarto agudo del miocardio, y cada 5 segundos un evento vascular cerebral. En México entre los adultos (20 a 69 años) hay más de 17 millones de hipertensos, más de 14 millones de dislipidémicos, más de 6 millones de diabéticos, más de 35 millones de adultos con sobrepeso u obesidad y más de 15 millones con grados variables de tabaquismo (Rosas, 2007).

La pirámide poblacional determina que la mayoría de nuestros adultos (75%) tienen menos de 55 años y tomando en cuenta los anteriores totales, el número de millones de portadores de factores de riesgo, se ubica en la población económicamente activa. Al observar estos datos salta a la vista las consecuencias devastadoras tanto sociales, económicas y de salud pública que ocasionan las enfermedades cardiovasculares, sin dejar de lado la precaria calidad de vida que padecen los individuos que la portan, que ya son parte de la probable estadística (75%) de mortandad en adultos de Latinoamérica. Siendo considerados sus gastos de atención de enfermedades cardiovasculares dentro del rubro de lo catastrófico.

Capítulo I.

Antecedentes del estudio e investigación de la personalidad Tipo A

La relación entre los estados o proceso psicológicos y la salud orgánica ha sido estudiado, desde la concepción aristotélica del cuerpo y alma, pasando por diversas explicaciones tentativas entre mente y cuerpo, hasta llegar a los modelos actuales que delimitan con mayor precisión la relación entre unos constructos psicológicos específicos con enfermedades orgánicas determinados, casi todos estos modelos tienen en común enfatizar el papel de las emociones en la salud, sea por su valor adaptativo, o sea por el origen de las enfermedades; contribuyendo a su permanencia o favoreciendo su gravedad. En el caso de la salud coronaria, los factores tradicionales del riesgo, no llegan a explicar si la mitad de los casos cardiovasculares (Fernández – Abascal, Palmero & Martín Díaz, 1998), a partir de la cual la relevancia del estudio de los llamados factores no tradicionales se ha incrementado.

Los vacíos que han dejado los factores clásicos hacen referencia al estrés psicosocial y las diferencias individuales y en la percepción de los estímulos ambientales estresantes. Estos factores psicológicos tienen un papel modular sobre los factores clásicos de riesgo, los cuales son en su mayoría biológicos. Como ejemplo se ha situado el proyecto Standford de intervención en el riesgo coronario (Gordon, 1998), aplicado en Estados Unidos de Norteamérica. Este proyecto resulta de interés porque empleó estrategias que incluyen la modificación radical de varias partes de riesgo mediante cambios en el estilo de vida cambiando así con terapia farmacológica. Sin embargo no incluyó el tratamiento del aspecto psicológico. Por tal razón se considera necesario abordar y presentar los antecedentes al estudio de la personalidad Tipo A y sus rasgos psicológicos, señalando sus características, así como su naturaleza, pero sobre todo su connotación como factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares.

En este primer Capítulo se enfatizarán las investigaciones y los hallazgos más sobresalientes que definen la personalidad Tipo A en un individuo, reflejando su comportamiento cognitivo, emocional y social. Asimismo se revisan las investigaciones basadas en la etiología de las cardiopatías que permiten adentrar más al conocimiento y comprensión del comportamiento Tipo A y su relación con las enfermedades cardiacas.

Al desarrollar esta investigación documental se tomó en cuenta que no está dicho todo sobre la psicología de la personalidad Tipo A y su relación con las enfermedades coronarias. Sin embargo, lo que hasta ahora se conoce sobre el comportamiento Tipo A, permite ofrecer 13 estrategias terapéuticas para controlar sus características y manifestaciones en la salud coronaria de los individuos que la padecen. Se resalta que no es fácil escapar al análisis obligatorio que considera a la enfermedad cardíaca como una enfermedad biológica, ya que la pregunta es si toda persona tendrá la misma predisposición a padecerla. Se analiza también que la personalidad Tipo A o cualquier otra personalidad específica, es probable que sea aprendida, y si es aprendida tiene entonces la posibilidad de ser desaprendida o desprogramada para reaprender o reprogramarse a una personalidad más sana y a un comportamiento más equilibrado que le eviten al individuo con personalidad Tipo A, un fatal destino y que sea parte de la estadística de infartos al miocardio o de otras cardiopatías.

De esta manera, la presente tesis documental pretende avanzar en el aspecto preventivo que permita fomentar la salud del corazón de los individuos con personalidad Tipo A, a partir de aplicar un modelo de intervención psicosomática mediante trece estrategias para el manejo saludable de la ira, hostilidad y agresión, que son las características sobresalientes de esta personalidad.

Una de las cardiopatías más comunes es la *cardiopatía isquémica* que se refiere a la disminución del suministro de oxígeno y sustratos a través de la red coronaria, en relación con la demanda del miocardio, lo que hace imposible un metabolismo energético aeróbico y termina en los síndromes clínicos de la cardiopatía llamada Isquémica (Chávez, 1973), es decir, que la isquemia se refiere a la privación de oxígeno al miocardio y la demanda constante de éste. El desequilibrio que se produce está relacionado a una reducción absoluta en el flujo sanguíneo coronario y con la inhabilidad para incrementar el flujo y así poder cumplir con las necesidades del corazón. Es aún más común que el desequilibrio se deba a la obstrucción arteroesclerótica de las arterias coronarias grandes.

El concepto de los factores de riesgo para la cardiopatía coronaria arteroesclerótica, deriva, sobre todo, de tres líneas principales de investigación: 1) estudios epidemiológicos, 2) la experimentación que induce la arteroesclerosis en animales bajo régimen alimenticio especial, y 3) los estudios fisiopatológicos que intentan relacionar las alteraciones vasculares precoces con una variedad de posibles factores etiológicos.

Así es como se han descubierto los posibles factores de riesgo para la cardiopatía coronaria arteroesclerótica que son los siguientes:

Φ Factores de riesgo no corregibles

- Género
- Edad
- Historia familiar de cardiopatía coronaria arteroesclerótica.

Φ Factores de riesgo corregibles

- Mayores
 - ? Aumento de lípidos sépticos (colesterol y triglicéridos)
 - ? Dieta habitual rica en calorías totales, grasas totales saturadas, colesterol, hidratos de carbono refinados y sal.
 - ? Hipertensión.
 - ? Tabaco como hábito.
 - ? Diabetes
 - ? Obesidad
- Menores
 - ? Anticonceptivos orales
 - ? Sedentarismo
 - ? Personalidad especial – Tipo A
 - ? Tensiones psico-sociales.
 - ? Baja condición física
 - ? Hipoxia, monóxido de carbono
 - ? Carboxihemoglobina
 - ? Escasa dureza del agua
 - ? Radioactividad alfa en el agua
 - ? Disminución de los alimentos con residuos
 - ? Ingesta de sucrosa
 - ? Consumo de café
 - ? Ingesta de alcohol
 - ? Deficiencia de vitamina C o E, calcio, magnesio, cromo, manganeso, litio o flúor
 - ? Deficiencia relativa o absoluta de cobre en relación con el zinc

- ? Falta de pectina en la dieta.
- ? Metabolismo anormal de la metionina
- ? Anticuerpos de la leche, homogenización
- ? Reacción inmunitaria
- ? Infección vírica
- ? Nacimiento o residencia en una ciudad
- ? Superpoblación social
- ? Ingresos bajos y bajo nivel de vida
- ? Estatura baja
- ? Constitución obesa
- ? Dificultad respiratoria
- ? Disminución de la capacidad vital.
- ? Taquicardia en reposo
- ? Electrocardiograma (ECG) anormal en reposo o durante el ejercicio
- ? Respuesta presora anormal al frío
- ? Balistocardiograma anormal
- ? Grupo sanguíneo A
- ? Trastorno de la coagulación
- ? Aumento de la adhesividad plaquetaria
- ? Hemotócrito elevado
- ? Aumento de la velocidad de sedimentación (en mujeres suecas)
- ? Índice del pelo axilar
- ? Aumento del pelo en el conducto auditivo (signo de Gabriel)
- ? Niveles elevados de insulina circulante
- ? Hipermicenia
- ? Hipotiroidismo latente
- ? Hiperestrogenemia
- ? Exposición al bisulfuro de carbono
- ? Bajo nivel educativo
- ? Orden de nacimiento

- ? Edad del padre en el momento de nacimiento
- ? Clima
- ? Residencia en un lugar de baja altitud
- ? Consumo de energía emocional
- ? Antepasados judíos
- ? Practica de la medicina (británicos)

A continuación se darán algunas definiciones de trastornos que pueden ser frecuentes en la personalidad tipo A, dado que es importante hablar acerca de algunas características de la personalidad del individuo que produce la hipertensión arterial, del papel de la hipertensión arterial en la cardiopatía isquémica o en otras cardiopatías y de la hipertensión arterial desde otros enfoques.

Ya desde 1963, la Organización Mundial de la Salud definió la hipertensión arterial que consiste en una elevación de la tensión sistólica mayor de 160 milímetros de mercurio o en una elevación de la tensión diastólica, mayor de 95 milímetros de mercurio (Kapla, 1980).

Por otra parte la *cardiopatía reumática* se define como la incompetencia de las válvulas cardiacas para funcionar de modo normal, causada por un proceso de cicatrización secundaria o endocarditis reumática, cuya etiología es por estreptococos del grupo A (Eliot y Edwards, 1981), otra cardiopatía sería la *congénita* y se define como una anomalía al nacimiento en la estructura cardiocirculatoria o en la función. Resulta en general un desarrollo embriogénico anormal (Friedman, 1980), (citado en Schneider, 1988).

Lo que se llama cardiopatía hipertensiva lo definieron Lynch y Edwards en 1981 como sigue: consecuencia principal de la hipertensión en el corazón, hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo. Esta puede evolucionar hacia la dilatación ventricular izquierda e insuficiencia cardiaca.

Los antecedentes heredofamiliares relacionados con la cardiopatía se consideran la diabetes, infarto miocárdico, hipertensión arterial, cardiopatía inespecífica, embolia cerebral, hipercolesterolemia y fiebre reumática. Algunos de estos padecimientos ya han sido definidos mientras que otros quedan pendientes. Entre estos padecimientos está la diabetes, que se refiere a la incapacidad del paciente para lograr una síntesis adecuada o correcta secreción de insulina, dando como resultado en un deficiente metabolismo de la glucosa.

La embolia cerebral es la obstrucción de un vaso arterial cerebral por un émbolo. El daño cerebral, en consecuencia, está relacionado con el tamaño del tejido cerebral lesionado (Mohr, Fisher & Adam, 1980). Con respecto a la hipercolesterolemia, se refiere a una concentración del colesterol en plasma, anormal y alta (Schlant & Digirolamo, 1981). Por otro lado el estrés se define como un desequilibrio fisiológico no detectable por examen médico normal, secundario a un estímulo del medio ambiente que provoca un malestar emocional y físico.

Φ Alcoholismo según el grado de consumo.

Φ Tabaquismo según el grado de consumo.

Φ Sedentarismo, se refiere a que la persona no tiene una rutina de ejercicio o actividad deportiva. Este fenómeno suele influir en la cardiopatía isquémica en particular.

Φ La obesidad se define como un exceso de peso que sobrepasa el 20% del peso deseable. (Compag, 1959 en una publicación editorial por Blaz, 1973).

La enfermedad vascular se refiere a cualquier enfermedad que implica uno o más vasos del cerebro en un proceso patológico como la trombosis o la embolia (ruptura del vaso) la disminución del flujo cerebral debido a la disminución sanguínea que se conoce como isquemia cerebral. La disfunción, de las funciones cerebrales superiores esta relacionada con la magnitud del daño cerebral. La trombosis cerebral tiene que ver con la arteroesclerosis de las arterias cerebrales. La placa arteroesclerosa obstruye la luz del vaso produciendo así el episodio patológico.

La hemorragia cerebral es producida por la ruptura de una arteria cerebral que lesiona tanto el tejido que no recibe sangre como el tejido vecino, por compresión y desplazamiento.

La hipoglucemia es un trastorno metabólico grande que produce daño cerebral que se debe a una glucemia menor de 25-30 miligramos por 100 mililitros que dura de una a dos horas (Moser, Víctor & Adams, 1981).

El paro cardiaco es un término que engloba el cese brusco del gasto cardiaco eficaz e incluye la fibrilación ventricular, asistolia ventricular y el ritmo ideoventricular agónico. De no reestablecerse el ritmo cardiaco, conlleva a la muerte (Mc Call, 1981). El gasto bajo cardiaco se refiere al descenso del gasto cardiaco provocado por una pérdida de la función miocárdica debido a infarto miocárdico, o bien a otros factores como las arritmias y los fármacos, entre otros (Cohn, 1981).

La crisis hipertensiva es una emergencia médica que puede representar una amenaza para la vida, ya que la presión arterial diastólica puede elevarse por encima de

140 m en Hg. La insuficiencia renal se refiere a la supresión urinaria aguda o crónica causada por una lesión parenquimatosa.

La insuficiencia cardiaca se refiere al funcionamiento inadecuado del sistema cardiovascular para llevar a cabo sus funciones de aporte nutritivo a las células del organismo y la eliminación de los productos metabólicos de ellos (Schlant, 1981), (citado en Schneider, 1988).

Los antecedentes personales patológicos son aquellas enfermedades o alergias que se han padecido en el pasado y pueden tener alguna repercusión en el futuro (los padecimientos relacionados con la cardiopatía, son la hipertensión arterial sistémica, hipercolesterolemia, accidente vascular cerebral, asma, diabetes y otros padecimientos no relacionados con la cardiopatía y por último los padecimientos no relacionados con la cardiopatía con bases psicosomáticas reconocidas como: úlcera duodenal, úlcera gástrica, gastritis, colitis, migraña, asma, paludismo, epilepsia, colitis amebiana, glaucoma y la amenorrea de un año.

La presente tesis, hace necesario enfatizar en la definición original de la personalidad Tipo A que es y será la referencia principal de la propuesta de estrategias terapéuticas para la prevención y control de la hostilidad, factor tóxico de dicha personalidad.

Se define la personalidad Tipo A, como “un complejo de acción y emoción característico, exhibido por aquellos individuos involucrados en una lucha crónica para obtener un sin límite de cosas en el tiempo más corto posible, y si es necesario contra los esfuerzos de otras cosas y personas en el mismo ambiente” (Friedman, 1969), (citado en Friedman y Rosenman, 1974).

Para identificar al individuo con una personalidad Tipo A con mayor facilidad y claridad ha sido conveniente revisar investigaciones donde comparecen de hecho la personalidad A con la personalidad Tipo B (Friedman & Rosenman, 1974).

La prueba AB mide locus de control. Esta variable refleja el grado en que el individuo siente que puede controlar los premios y castigos que recibe de su ambiente. Una persona que cree en el control interno, prefiere situaciones que le permitan ejercer un control sobre los resultados Schneider, (1988). Estos individuos creen que sus propias acciones gobiernan lo que les pasa, y por eso son llamados los “internos” según (Rotter, 1966), (citado en Schneider, 1988). Observan que un comportamiento tiene ciertas consecuencias que están bajo su control personal. Es decir, su comportamiento

es determinado por ellos mismos y no por fuerzas externas más allá o fuera de su control.

Las personas con un locus de control exterior, prefieren involucrarse en situaciones que les permitan satisfacer la expectativa de no poder controlar lo que les pasa. En estos individuos, sus reforzamientos personales están en manos de fuerzas externas más allá de su control, como son la suerte, el azar y las autoridades. Estas personas esperan ser controladas por el mundo exterior y son menos resistentes a la manifestación ambiental experimental, prueba de figuras ocultas. Schneider, (1988).

Por otra parte, el estilo cognoscitivo se refiere al enfoque articulado global de campo que involucra un análisis y estructuración en las actividades intelectuales y perceptuales (Witkin, 1964, 1965; Witkin, Goodnough & Karp, 1967), (citado en Schneider, 1988). El estilo cognoscitivo se refiere a diferencias individuales en cuanto al cómo y no en el qué del comportamiento. Implica un grado de autonomía del individuo de las referencias externas. Un individuo se conforma con un estilo como el modo de acercarse a una meta. Se relaciona también con los dominios de la personalidad y con cuestiones sociales. Los conceptos de la independencia y la dependencia de campo, son dos modos en que se refleja el estilo cognoscitivo. Reflejan el grado de diferenciación de la estructura psicológica de una persona. Un individuo independiente de campo implica una segregación yo – no yo, la independencia del campo implica percibir el mundo de una manera articulada, en que las partes de un campo son experimentadas como discretos del fondo organizado. Schneider, (1988).

Witkin (1950) desarrolló la prueba de las figuras ocultas. En esta prueba, figuras geométricas sencillas deben ser halladas y trazadas dentro de las figuras complejas que las esconden. La habilidad de penetrar estímulos ocultos y a distinguir una figura de su contexto en una tarea perceptual, se relaciona con la disposición para pensar y percibir de un modo diferenciado o de una manera articulada Crutchfield, Woodworth & Albrecht, (1958), (citado en Schneider, 1988), reportaron evidencia de que la precisión perceptual en las tareas complejas esta relacionada con una efectividad personal de tipo más amplio. La idea para la prueba de figuras ocultas se originó con base a los conceptos de la psicología Gestaltista, para medir inclusividad.

Gottschaltdt, desarrolló otros conceptos en 1944, Thurstone inventó la prueba de figuras ocultas que sigue midiendo inclusividad y que es una modificación de la prueba original creada por Gottschaldt. El instrumento mide la capacidad del individuo para resistir la influencia nociva de las sugerencias contextuales en conflicto sobre su

percepción de las formas y las relaciones visuales. La prueba está estructurada, es además una prueba sencilla y objetiva (Anastasi, 1977), (citado en Casamadrid, 1989).

Una persona más autónoma va más allá de la información dada, cuando las exigencias situacionales o interiores así lo requieren. Actúa sobre el material del estímulo tal y como está, desintegrando el patrón organizado para exponer a la figura oculta.

Este modo se pone en evidencia cuando un individuo enfrenta un campo que carece de organización. Los individuos independientes de campo le imponen una estructura y lo experimentan como organizado, mientras que los individuos dependientes de campo no lo hacen. Debido a que tales acciones cambian el campo en vez de tomarlo como es, a esto se le llama actos de reestructuración.

Los sujetos dependientes de campo tienen mayor dificultad para resolver los problemas en que la solución depende en tomar un elemento crítico para la solución, fuera de su contexto en el cual se presentó y reestructurar el material del problema para utilizar el elemento en otro contexto diferente. Schneider, 1988.

Una persona que funciona en forma menos autónoma, se adhiere al campo en las tareas de reestructuración cognoscitiva. Esta dominado por la organización del campo y está consciente de los eventos que le rodean, se siente parte integral de ellos.

La reestructuración cognoscitiva tiene su raíz en características tales como la segregación yo – no yo y la autonomía individual. De allí, la diferenciación designa el grado en que un individuo percibe sus atributos como distintos de otros. Pone de manifiesto un sentido de identidad reparada. La persona independiente de campo puede apartarse de su ambiente y adaptarse a esta separación. Por el contrario, la persona dependiente de campo no puede separarse de su ambiente ni adaptarse.

En la segregación yo – no yo, el sujeto independiente de campo ha formado fronteras entre el exterior y el interior.

En México y el mundo se dicta que los individuos de talla alta son más propensos a padecer la cardiopatía isquémica que los de talla baja (Witkin, 1977), (citado en Schneider, 1988). Alguna vez, Friedman y Rosenman (1974) aludieron el hecho de que los individuos que se infartaron olvidaron sus valores morales. De igual manera, se ha encontrado un mayor índice de enfermedad coronaria entre primogénitos que gozan de una relación peculiar con la figura materna, que entre otros hermanos (2°,3°, etc.). Casamadrid, (1989). La controversia plantea - si la personalidad Tipo A es genético o aprendida. La relación madre – hijo, establece en el hijo patrones de comportamiento

que son aprendidos. No dejar de ver que esta relación pudiera ser la fuente del aprendizaje de la personalidad Tipo A u otra particular, en relación a cualquiera de los grupos de cardiopatías establecidas.

A últimas fechas se ha encontrado de una mayor incidencia de infarto del miocardio en taxistas y en personas de baja escolaridad, se ha dicho que los individuos con una personalidad Tipo A son ejecutivos. De allí que tendrían una mayor escolaridad para desempeñar actividades que generen cierto tipo de estrés.

A continuación se expondrán los diversos tipos de enfoque de la personalidad Tipo A.

Capítulo II.

Otros enfoques de la personalidad Tipo A

2.1 Enfoque filosófico

Ya desde los tiempos de Aristóteles, se hablaba sobre la tipología psicológica de los caracteres y de los temperamentos del ser humano. Considerando así cuatro cualidades con respecto al ser humano (Conrado Hock, 1987). 1) El *Natural*, siendo la base, consiste en las disposiciones que otorga a naturaleza en la propia organización, para lo cual después se profundizará de modo íntegro.

El *Natural* (herencia) no depende de nosotros, más bien de los padres y de las características y el ambiente de desarrollo. El *Natural* es físico, pues proviene solamente de la naturaleza, dependiendo de él, las cualidades, disposiciones, inclinaciones y gustos de los individuos; podrá en algunas de sus circunstancias modificarse; pero jamás vencerse, ejemplo: Nerón era natural, cruel y atroz, aunque Séneca y Burro, sus profesores pudieron contenerle en su primera edad; cuando se vio libre y dueño de sus acciones con el mando superior, estallaron con todas sus fuerzas sus malévolas inclinaciones.

Así, vemos que desde la primera infancia unos son activos, arrebatados, listos, otros apagados, calmados y reflexivos; y a pesar de las contradicciones de la educación, de las desgracias o de las prosperidades de la vida, más o menos se mantiene así, porque la naturaleza es invencible y fija.

2) La *Constitución*, tiene con el Natural un parentesco cercano, ya que también es orgánica, significando en lo general la esencia y cualidad de las cosas que la constituyen tal como en sí y la diferencia de los demás, influyendo en esta constitución la irritabilidad o la fuerza de los nervios del cuerpo.

3) El *Temperamento*- es un hábito o disposición del cuerpo que resulta de la combinación de los humores que se templan y modifican, al dominar más uno de ellos (es lo que forma lo que se ha llamado temperamento sanguíneo o bilioso, cálido o frío, ardiente o flemático).

4) La *Compleción*.- es el temperamento ordinario y común del cuerpo humano, y consiste, además de las disposiciones e inclinaciones naturales, en los hábitos y

achaques que se han contraído ya nazcan del temperamento y los humores o bien de los elementos constitutivos del cuerpo.

Así se describen los temperamentos: 1) el temperamento colérico o bilioso se considera en una persona que se excita fácil y fuerte y se siente impulsado a reaccionar de inmediato; la impresión queda por mucho tiempo en el alma y conduce a menos excitaciones. b) El colérico siente y se entusiasma por lo grande, no busca lo ordinario sino aspira a lo grandioso y sobresaliente. Tiende a lo alto, sea en las cosas temporales ambicionando fortuna grande, un comercio muy extenso, una casa magnífica, un nombre con prestigio, un puesto destacado; o sea en cosas de su alma sintiendo en sí vehemente deseo de santificarse, de hacer grandes sacrificios por el prójimo. La virtud innata del colérico es la generosidad que desprecia lo bajo y lo mal y suspira por lo noble, grande y heroico. Posee un entendimiento agudo, la más de las veces es un buen talento; es un alto intelectual, tiene una voluntad fuerte, que no se disminuye ante las dificultades, sino al contrario emplea toda su vitalidad y perseverancia a costa de grandes sacrificios hasta llegar a su meta. No conoce lo que es la derrota ni el desaliento. Sobresale un instinto inconsciente de dominar y controlar a los demás. La imprudencia es para el colérico un obstáculo peligroso en su aspiración hacia lo grandioso. Es presumido de sí mismo. Tiene en alta estima sus cualidades personales y sus éxitos y se tiene por algo excepcional. Hasta sus mismas fallas, por ejemplo, su orgullo, testarudez y cólera las considera como justificables y aún dignos de toda aprobación. Es caprichoso y egoísta, quiere tener siempre la razón, tener la última palabra, no quiere ceder en nada.

El colérico se fía mucho de sí mismo, rechaza la ayuda ajena, gusta de hacer solo los trabajos, por creerse más apto que los demás. Se siente herido cuando es avergonzado y humillado. Este estado de ánimo se exterioriza por palabras duras, que si bien pronunciadas en forma correcta y cortés, hieren de manera profunda por el tono en que las refiere. El colérico debe sacar grandes pensamientos de la palabra de lo divino y espiritual (sermón, lectura, meditación) o de la experiencia de su propia vida. Un colérico debe aprender diario de la humildad y ayuda divina. El colérico además de luchar contra su orgullo también debe hacerlo contra la ira, ya que estas dos son su desgracia.

De lo que hay que observar en el colérico y su educación

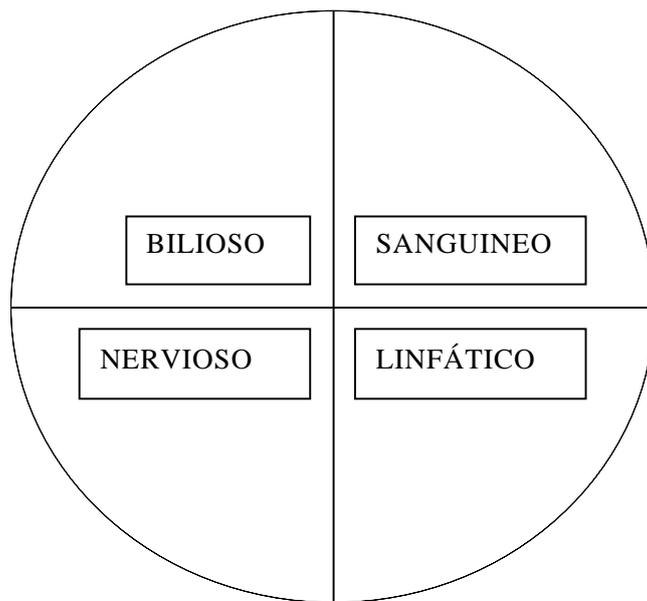
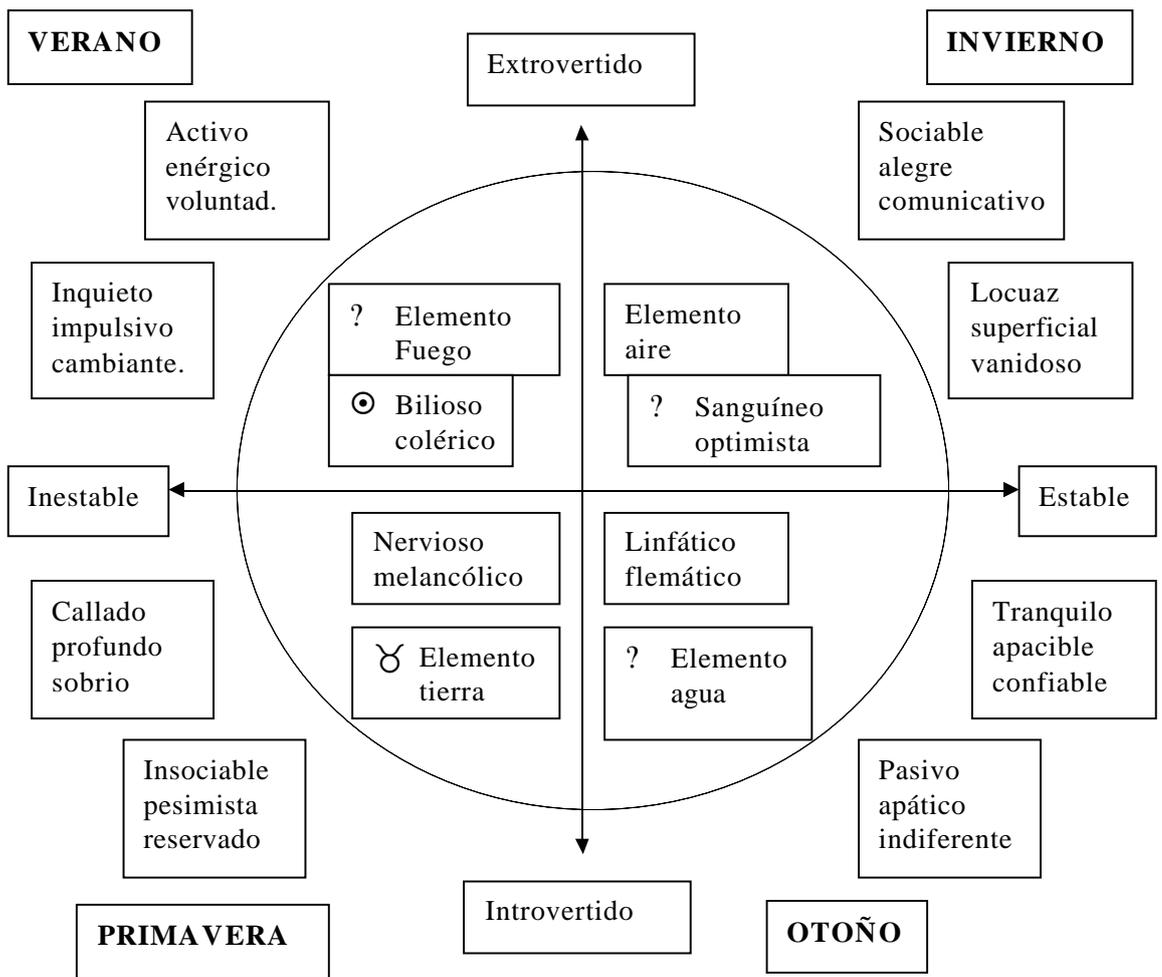
El colérico puede con sus facultades ser de gran utilidad a la familia, a los que lo rodean, a la comunidad y al estado, pues ha nacido para ser jefe e incansable organizador. Propaga con constancia la buena prensa y trabaja de buena gana a pesar de malos logros. Mas, si el colérico no combate las malas cualidades de su temperamento, la ambición y la obstinación le podrán llevar al extremo de causar como la pólvora grandes estragos y confusión en las asociaciones públicas y privadas. Por lo cual, el colérico merece una dedicada y esmerada educación, sin escatimar trabajos y sacrificios, ya que son grandes los bienes y avances que aporta a la humanidad. Al colérico hay que perfeccionarlo y condicionarlo bien, en cuanto sea posible, a fin de que aprenda a aprovechar sus aptitudes. De lo contrario, querrá él mismo conducirse y lo que es peor envaneciéndose sobremedida de sus habilidades aunque en realidad no haya cultivado sus aptitudes, no en rigor haya aprendido algo. Refiere el Dr. De la Ferriere, (1989).

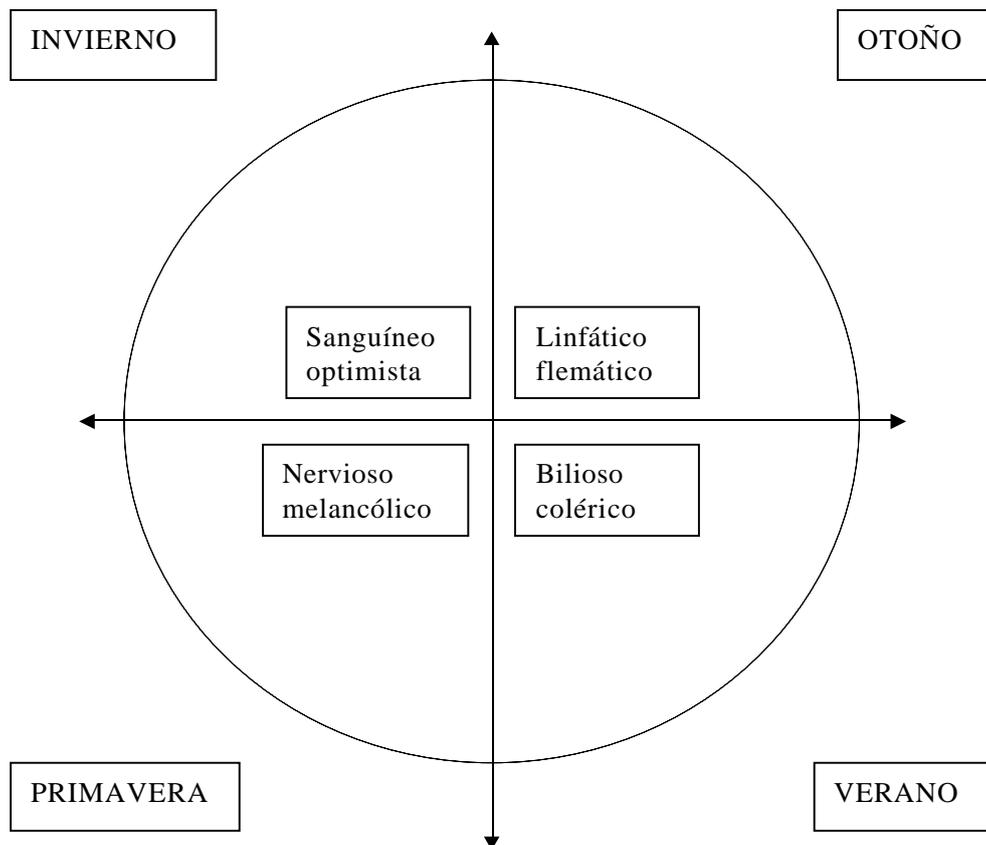
Los coléricos menos aprovechados de su talento o con sus facultades poco desarrolladas, pueden caer en grandes desaciertos y amargura hacia ellos mismos y hacia la vida de quienes los rodean, obstinándose en sus órdenes, aunque no lo entiendan. Hay que inducir al colérico a que se deje educar por voluntad, es decir a que acepte todo lo que se le ordena para transformar su orgullo y frenar su cólera. No se corregirá al colérico con un tratamiento duro y orgulloso antes bien se agriará y endurecerá más; en cambio proponiéndole razones y motivos convincentes que lo conduzcan a lo bueno. En la educación del colérico, o hay que dejarse llevar por la ira diciendo *“a ver si llego a romper la terquedad de este individuo”*, al contrario, hay que quedarse tranquilo y esperar que calme su propia ira hasta quedarse tranquilo; luego ya se le podrá hablar en estos términos: *“sea sensato, déjese conducir de manera que pueda subsanar sus faltas y ennoblecer lo bueno en usted”*.

También en la educación del niño colérico lo principal será el sugerirle buenos pensamientos y ponerle ante los ojos su buena voluntad, su pudor y su repugnancia a lo bajo, insinuarle su felicidad temporal y eterna e inducirle a corregir bajo la dirección del educador, sus faltas y perfeccionar sus buenas cualidades, por iniciativa propia. No conviene agriar al niño colérico con castigos vergonzosos, mejor hay que persuadirlo de

la necesidad y justos motivos del castigo impuesto. Se presenta un cuadro de los aspectos positivos y negativos del temperamento bilioso colérico:

Positivos	Negativos
1. Activo	Inquieto
2. Enérgico	Impulsivo
3. Con Aspiraciones Altas	Ambicioso
4. Generoso	Dominante
5. Honestidad	Orgullosa
6. Voluntad	Imprudencia
7. Sacrificio	Obstinación
8. Serio	Colérico
9. Firme perseverante	Caprichoso
10. Intrépido, ágil,	Cambiante
11. Alto intelecto	Autoestimación
12. Organizador	Mandón
Citado en Los cuatro temperamentos. Editado por la GFU Fundación del Dr. Serge Reynaud De la Ferriere	





En este cuadro se enfatiza que las personas nacidas en verano, esta su personalidad entre el temperamento bilioso y colérico, con su elemento fuego su naturaleza es activa, inquieta, impulsiva y su actitud está entre extrovertido e introvertido. Y así con los demás.

Las correspondencias que se señalan son las siguientes:

Correspondencias	Sanguíneo	Linfático	Nervioso	Bilioso
Humores	Sangre	Pituita	Melancolía	Cólera
Complexiones	Alegría	Pereza	Lentitud	Impetuosidad
Temperamentos	Ambicioso	Flemáticos	Pesimistas	Activos
Potencia del alma	Razón	Fantasía	Sentido	Corazón
Planos	Mente	Alma	Cuerpo	Espíritu

Según Dr. De la Ferriere, (1989) correlaciona cada humor, compleción, temperamento, potencia del alma plano donde actúan con uno de los caracteres

Una vez que se ha introducido en los cuatro temperamentos y habiendo encontrado una buena solución para la ayuda de las dolencias de la humanidad, ya que la claridad de su proyección es la búsqueda de los opuestos de los cuatro temperamentos, permite aspirar a lograr un equilibrio. La recomendación que da De la Ferriere, (1989) es poner de nuestra parte a través del trabajo como estudiosos de la conducta humana con los cuatro temperamentos en un contexto de cooperación del ser por el ser mismo. Conociendo el temperamento y sus características, seremos más accesibles, ya que nos iremos convenciendo de que lo bueno o lo malo del individuo no es tanto virtual sino consecuencia de nuestra naturaleza, la constitución y el temperamento de cada quien.

De esta manera es comprensible que el temperamento, por ser innato en el hombre, no puede por lo tanto alterarse por otro. Pero se puede cultivar y desarrollar la parte bondadosa del mismo y combatir la negativa neutralizando las influencias nocivas a la salud y a la vida misma del sujeto. Solo entonces el colérico hablará con más modestia por su voluntad, en su energía e intrepidez; el sanguíneo de la serena concepción de la vida, de facilidad de tratar caracteres difíciles; el melancólico de la profundidad de su alma, el amor a la soledad y a la meditación; el flemático de su suavidad y sosiego del espíritu (Conrado Hock citado en enseñanzas de De la Ferriere, 1987).

Esta versión filosófica del sujeto con personalidad Tipo A se asemeja al temperamento Bilioso Colérico. Se describe de la siguiente manera, es una persona que se excita fácil y fuertemente, se siente impulsada a reaccionar de inmediato (hiperreactivo) la impresión (tiempo de reacción corto) queda por mucho tiempo en el alma (emoción – cognición) y se conduce a nuevas excitaciones. Siente y se entusiasma por lo grande (emociones fuertes de gran intensidad); aspira a lo sobresaliente (muy competitivo), es un alto intelectual (sobresale de los demás), no para hasta que llega a su meta (polifácteo), tiene alta estima (narcisista) sus fallas son justificables, su cólera e irritabilidad la tienen que tolerar los demás. Los demás tienen la culpa de que él sea hostil por no hacer o pensar bien las cosas, se fía de sí mismo y rechaza por lo tanto la ayuda ajena (esto demuestra que es desconfiado de que los demás no hagan las cosas como él). Su estado de ánimo se caracteriza en palabras duras que exterioriza sin pena (hostilidad); hiere de manera profunda; (agresivo). El colérico lucha contra su orgullo y

su ira (él se presiona, se enoja y estresa cada que no lo logra), poca tolerancia a la frustración, ha nacido para ser jefe e incansable organizador (líder, manipulador y controlador). Una vez solos caerán en grandes desaciertos y amargura hacia él y los que lo rodean (depresiones permanentes y amargos en el contexto social).

De la Ferriere (1987), también habla de los coléricos y de su educación desde niños para pensar, sus enfermedades agudas que lo pueden llevar a la muerte (enfermedades cardiovasculares). Hay que inducirlo (tratarlo) que se deje guiar por voluntad. Es decir, que acepte todo lo que se le sugiere y ordena, para transformar su orgullo y temor (cólera e ira), si no es así se endurecerá cada vez más su carácter hasta hacerse daño (infarto miocárdico). Por último al niño colérico hay que persuadirlo en lugar de retarlo o presionarlo, es mejor hacerle conocer la necesidad de los motivos y las consecuencias de una conducta agria o de una conducta más afable. Por último se presenta la correspondencia del bilioso:

Humores	Cólera
Complexión	Impetuoso
Temperamento	Activo – bilioso
Potencia del alma (psicología emoción)	Corazón
Plano	Experimental

Parecen simplistas los planteamientos filosóficos de los rasgos específicos de un individuo (temperamento, bilis colérico), pero ya desde entonces se tenía una concepción clara y atinada, de lo que mas adelante sería una personalidad neurótica o bien en la actualidad la personalidad Tipo A con énfasis en la ira, la hostilidad y la agresión.

Para Friedman & Rosenman (1976) sería la personalidad Tipo A y su relación con las enfermedades del corazón, hoy en día podemos correlacionar de forma no oficial las características de este temperamento bilioso, colérico, con los hallazgos psicológicos de la personalidad Tipo A como el estar siempre apresurado, conducido a la ira y a la hostilidad, y los altos niveles de competitividad y ambición.

Para reforzar con otros enfoques las características de los desordenes mentales y de la personalidad, de manera breve se mencionan las clasificaciones diagnósticos de los trastornos de origen psicológico con o sin causa física definida o cambio estructural en el cerebro presentado por la “Asociación Psicológica Americana” con el manual

diagnóstico de los desordenes mentales. Los diagnósticos que se eligieron son los que más describen a la personalidad Tipo A en sus rasgos sobresalientes (psiconeurosis). Por tal razón, se presentan a continuación los diagnósticos de los trastornos mentales.

Diagnóstico de los trastornos mentales

A continuación se presentan algunas descripciones de los diagnósticos de los trastornos mentales que se expresan por medio de la personalidad que incluye aspectos psicológicos, resaltando hay veces las emocionales y otras las conductuales. Podría decirse que estos patrones de comportamiento se asemejan a las características del patrón de conducta Tipo A y que es importante hacer la similitud.

000-X10 Reacciones paranoides

Estas reacciones psicóticas se caracterizan por un trastorno primario del estado de ánimo severo, que resulta de un tratamiento del pensamiento y de la conducta en consecuencia con el afecto.

000-X30 Reacciones paranoides

En este grupo se califican todos aquellos casos que muestran delirios persistentes, por lo general son de naturaleza persecutoria, de grandiosidad, sin alucinaciones. Las respuestas emocionales y la conducta son consistentes con las ideas expresadas. La inteligencia está bien conservada. Esta categoría no incluye aquellas reacciones clasificadas como reacciones esquizofrénicas tipo paranoide.

Por otro lado la definición de los trastornos psicofisiológicos, autónomos y viscerales. Este término se emplea de preferencia al de “trastornos psicósomáticos”, ya que este se refiere a un punto de vista a la disciplina de la medicina como un todo, más que a ciertas reacciones específicas. Es preferible al término de “somatización”, dicho término significa que estos trastornos son otra forma de reacción psicósomática. A estos trastornos se les da una organización separada entre las reacciones psicóticas y las psiconeuróticas, para permitir en una forma más precisa la acumulación de los datos concernientes a la etiología, al curso y a la reacción con otros trastornos mentales. DMS, II - TR (2002).

Estas reacciones representan la reacción visual de la expresión del afecto, que pueden prevenir que éste se haga consiente. Los síntomas se deben a un estado crónico y exagerado de la expresión normal fisiológica de la emoción con el sentimiento o la

expresión subjetiva sobre éste en forma reprimida. Estos estados viscerales pueden conducir a cambios estructurales de modo eventual. Este grupo incluye los llamados “órgano – neurosis”. También se incluyen algunos de los casos clasificados en la antigüedad como una gran variedad de términos diagnósticos como “estado de angustia”, “neurosis cardiaca”, “neurosis gástrica”, etc. La diferenciación de las reacciones de conversión se hacen por: 1) la participación de los órganos y viseras enervadas por el sistema nervioso autónomo y que por tanto no están bajo el control voluntario o la percepción; 2) el fracaso para disminuir la angustia; 3) origen fisiológico en lugar de simbólico de los síntomas, 4) producción de cambios estructurales que pueden amenazar la vida. Se hace la diferenciación de las reacciones de angustia, principalmente por la forma predominante y persistente de la participación de un sistema orgánico. DMS, II - TR (2002).

Cada diagnóstico de este tipo de reacción, se empleará con las manifestaciones sintomáticas específicas, ejemplo: hipertensión, anorexia, pérdida de peso, dismenorrea, etc.

004-580 Reacción psicofisiológica cardiovascular

Esta categoría incluye aquellos tipos de trastornos cardiovasculares, como taquicardia, paroxística, hiperventilación, espasmos musculares, jaquecas, etc., en los cuales los factores emocionales juegan un papel causal.

Psiconeurosis

La característica principal de estos trastornos es la “angustia”, la que puede sentirse o expresarse de manera directa, o puede controlarse de manera inconciente y automática mediante la utilización de varios mecanismos psicológicos de defensa (depresión, conversión, desplazamiento, etc.). En contraste con los pacientes psicóticos, los pacientes con trastornos psiconeuróticos no presentan una gran distorsión o falsificación de la realidad externa (delirio, alucinaciones, ilusiones) y tampoco presentan desorganizaciones severas o exageradas de la personalidad. Los estudios longitudinales (a lo largo de la vida) de individuos con estos trastornos presentan evidencias de mal adaptaciones periódicas o constantes de diferente grado desde muy temprano en su vida. Condiciones especiales de dificultad pueden producir una expresión sintomática ayuda de estos trastornos.

“La angustia” en los trastornos psiconeuróticos se percibe como una señal de peligro por la parte consciente de la personalidad. Se produce por una amenaza que viene de adentro de la personalidad (ejemplo: por las emociones reprimidas, incluyendo impulsos agresivos como hostilidad y resentimiento) con o sin estímulo de situaciones externas, como pueden dar la pérdida de amor, la pérdida de peligro social o personal; o la amenaza de mutilación o daño. Las diferentes formas en que los pacientes intentan manejar su angustia, produce los diferentes tipos de reacciones. Al catalogar estas reacciones, los términos “neurosis traumática” o “reacción traumática” no se emplearán; en su lugar se catalogará el tipo de reacción predominante, calificándolo por la referencia a otro tipo de reacciones como parte de la sintomatología. DMS, II - TR (2002).

000-X01 Reacción angustiosa

En este caso de reacción, la angustia es difusa, y no está confinada a situaciones u objetos definidos como en el caso de las reacciones fóbicas. No está contemplado por un mecanismo psicológico de defensa específica como sucede en otras reacciones psiconeuróticas. Esta reacción está caracterizada por la expectación angustiosa, conocida como sintomatología somática. DMS, II - TR (2002).

Esta condición debe diferenciarse de los estados aprensivos y de miedo. Este término es sinónimo de “estado de angustia”.

Estos diagnósticos de los trastornos de orden psicológico primario que se presentan tanto en el estado de ánimo como en el pensamiento, en la conducta y en el afecto, hablan por sí solos de algunas definiciones de las características de la personalidad y sus trastornos en general y en particular coinciden con las características de la personalidad Tipo A. De esta pueden comprenderse aún más los aspectos mentales, cognitivos, emocionales y conductuales que subyacen al comportamiento Tipo A.

2.2 Enfoque fisiológico

De este mismo modo, es importante señalar los conocimientos fisiológicos con respecto a la personalidad Tipo A para conocer su actividad biológica y su relación con las enfermedades cardiovasculares.

De esta manera es importante iniciar con una noción de la actividad del corazón: el corazón es el motor principal y distribuidor de la sangre en el organismo e inicia su

actividad desde los primeros meses de vida intrauterina y cesando al mismo instante de la muerte del individuo. Cien mil veces cada día, el corazón se agita y late en su ritmo y frecuencia determinada; en este duro ritmo de trabajo es acompañado por las arterias coronarias, conductos de primera magnitud en la condición sanguínea.

Las coronarias, más elásticas y resistentes que la de cualquier material plástico descubierto hasta hoy, se ve sin embargo, agredidas desde los primeros días de su funcionamiento por este ritmo brusco del corazón; finísimas heridas – a manera de pequeñas cuarteaduras interiores (en la “luz de la arteria”)- las va marcando, heridas que darán pie a la enfermedad coronaria, cuyo lento e inadvertido desarrollo es a su vez, punto de partido del infarto.

Estas fisuras coronarias, sumadas al desgaste de las paredes sirven para que la fibrina – componente requerido para la coagulación – se fije, estrechando al paso arterial y dando base para la posterior formación de coágulos. A estos coágulos se le adhieren otras sustancias tales como colesterol, que con el tiempo tiende a calcificarse y que están sujetos a ulceración, constituyéndose lo que se conoce como placas arterioscleróticas.

Esta descripción parece cambiar el enfoque tradicional que aducía que el colesterol se depositaba de manera directa en las fisuras. La noción de un desgaste previo en las paredes, aunado al conocimiento de que son los coagulantes los que dan pie a depósitos ulteriores de otras sustancias, hacen que de principio se oriente la explicación de las enfermedades cardiovasculares, a considerar la acción catecolamínica como responsable del proceso arterial determinante y no al colesterol.

El colesterol es una sustancia compleja y aún cuando sus alcances y funciones no se encuentran claros, si se sabe que su presencia en las células del organismo humano, equivale al papel que la celulosa juega en las plantas; que las reacciones electroquímicas nerviosas son aisladas gracias a él.

También es sabido que es a través del hígado y del intestino que esta sustancia es monitoreada por el organismo. El hígado produce y “empaca” colesterol, adicionándole proteínas, grasas y fosfolípidos. Este paquete recibe el nombre de lipoproteína; alfa, beta y prebeta son las clasificaciones de los mismos y la diferencia básica entre ellos es que las primeras se caracterizan por su riqueza en proteínas, las segundas por su generoso contenido tanto de colesterol como grasas, siendo las prebetas fundamental y ricas en grasa.

El intestino por su parte “fabrica” el colesterol en quilomicrones, que son pequeñas pelotitas que contienen grasa, fosfolípidos y una ligera cubierta proteica. La composición parece ser la misma, sin embargo, la diferencia estriba en que el colesterol de las lipoproteínas elaboradas por el hígado está firmemente empacado.

El crecimiento constante de estas placas obstruye el interior de la arteria y esto origina la interrupción o defectuosa oxigenación e irrigación de determinadas áreas del corazón. El músculo cardiaco entonces se contrae hasta desgarrarse y nada menos que este desgarramiento constituye lo que se llama un infarto, dichas placas aún no se sabe porque se desprenden. Una hipótesis explicativa se ha construido en torno a su dimensión; se supone que los más grandes son los que primero se romperán. Otra posibilidad o factor desencadenante puede ser el ejercicio violento que somete al corazón a un ritmo tal que ocasiona el desprendimiento de las placas. El solo crecimiento de las placas origina obstrucción, su desprendimiento hace la situación más grave o definitiva.

Hasta aquí los trastornos fisiopatológicos. Ahora se mencionan los padecimientos concomitantes que agravan este cuadro, con deterioro de las coronarias: diabetes mellitus, hipertensión, hipotiroidismo e hipercolesterolemia.

La diabetes mellitus, enfermedad que es revelada por un nivel alto de azúcar en la sangre, es hereditaria e incurable, sin embargo aún en casos drásticos es controlable. Este control se ejerce a través de la dieta – suspensión y control de azúcar y pastas – así como con cierta dosificación de insulina o agentes hipoglucemiantes.

La insulina, si bien por una parte significa el diario estabilizador del diabético, por otro lado parece acarrear un lento deterioro de las arterias. La hipertensión cuando no responde a algún proceso renal, puede deberse a desorden en algún centro nervioso, según opinión de científicos cardiólogos (Friedman & Rosenman, 1976).

Las arterias del hipertenso deben tolerar una presión mayor al paso de la sangre, esta presión puede contribuir a que se haga un mayor número de fisuras por otra parte, el corazón debe hacer un esfuerzo mayor para bombear sangre.

La hipertensión, sea leve, moderada o grave, produce enfermedad coronaria. Sin embargo, existe en la actualidad un sinnúmero de medicamentos que pueden disminuirla y aún normalizarla.

La hormona tiroidea cuando se combina con secreción biliar, bloquea en el intestino la absorción del colesterol. Tal vez debido a esto el hipotiroidismo la

producción deficiente de dicha hormona conduce, cuando no es detectado y controlado, a la enfermedad coronaria.

La hipercolesterolemia hereditaria no es muy común y su condición genética es reconocida; más aún en la actualidad, cualquier tipo de hipercolesterolemia tiende a considerarse hereditaria. No es detectable en la niñez hasta que algún análisis no propositivo lo revela; la cifra de colesterol en estas personas es muy alta; de 300 a 1200 mg/100 ml. Quien la padece podría emitir un infarto prematuro. Los estudiosos han señalado cifras que van de 170 a 300 mg/ml.

Estas enfermedades tienen algo en común: aún en el peor de los casos son controlables; ¿por qué entonces se le permite ejercer su crónica y total deterioro? La primera respuesta es; porque son difícil de detectar hasta que han comenzado a ser severas, y segundo, porque los que las padecen son reacios a seguir una disciplina nutricional y con medicamento. Se dice porque Friedman y Rosenman, (1976), parecen encontrar en esta oposición a curarse rasgos comunes al patrón de personalidad Tipo A. Para continuar con el tema del aspecto fisiológico de la conducta Tipo A es necesario revisar en detalle todos los aparatos, sistemas y elementos que han intervenido en las cardiopatías, para ello es necesario mencionar un estudio detallado de lo que es el sistema circulatorio en su anatomía y fisiología por considerarse el más relacionado con las cardiopatías isquémicas del infarto al miocardio y del corazón. Chiozza, (1980).

Sistema circulatorio

Todos los organismos vivientes necesitan medios de transporte internos, conocidos como sistemas circulatorios, su finalidad por excelencia es conducir los nutrientes a todas las células, y además eliminar los productos de desecho, llevándolos a los sistemas excretores.

Tejido sanguíneo

La sangre es el fluido que circula por todo el organismo a través del sistema circulatorio, formado por el corazón, bomba impulsora de este fluido por sus propiedades contráctiles y un sistema de tubos o vasos, los vasos sanguíneos, verdadera red especializada en la distribución.

El tejido sanguíneo es un grupo de células especializadas sus funciones son:

- Φ Sistema interno de transporte, encargado de mantener los procesos metabólicos celulares suministrando los alimentos y el oxígeno y encargándose de la eliminación de los productos de deshecho;
- Φ Transporte de las secreciones de las glándulas endocrinas u hormonas:
- Φ Interviene en la regulación de la cantidad de ácidos, bases y agua de las células;
- Φ Desempeña un papel importante en la regulación de la temperatura corporal, pues enfría a órganos tales como el hígado y los músculos, donde se produce un exceso de calor y calienta la piel, en la que es mayor la pérdida de calor:
- Φ Sus leucocitos constituyen una defensa importante contra las bacterias y otros organismos patógenos:
- Φ Mecanismo de coagulación, que impide la pérdida de este valioso fluido y
- Φ El transporte de los iones sodio, potasio, magnesio, calcio, cloro, bicarbonato y fosfato, y la regulación de cada uno de ellos en los tejidos.

El sistema circulatorio comprende: el corazón, los vasos sanguíneos, los vasos linfáticos, la sangre y la linfa. El volumen de sangre de un hombre depende de su peso: una persona que pese 70 Kg. tiene aprox. 5 litros de sangre (aprox. 1/3 ó 1/4 del peso corporal). Con la linfa, la sangre representa el medio interno del organismo y está constituida por 3 clases de células y por una sustancia intercelular abundante y líquida de color amarillento, salado, conocida como plasma (que constituye el 55% del volumen sanguíneo) que cuando se coagula la sangre, origina el suero sanguíneo. Las células constituyen el 45% restante de la sangre total y son: a) los glóbulos rojos, eritrocitos o hematíes (que dan a la sangre su color), b) los glóbulos blancos o leucocitos y c) las plaquetas sanguíneas.

Una gota de sangre contiene alrededor de unos 5 millones de glóbulos rojos, de 5.000 a 10.000 glóbulos blancos y alrededor de 250.000 plaquetas.

ELEMENTOS DE LA SANGRE

Globulos rojos



Eritrocito o
hematíe

Glóbulos blancos o leucocitos



Linfocito



Monocito



Neutrófilo



Eosinófilo



Basófilo

Glóbulos rojos

Los glóbulos rojos, denominados eritrocitos o hematíes, son células en forma de discos bicóncavos de 7 a 8 micrones de diámetro y de 1 a 2 micrones de espesor, que al madurar expulsan el núcleo y se encargan de la distribución del oxígeno molecular (O_2). Debido a su armazón elástica interna pueden deformarse para pasar por los vasos sanguíneos de menor diámetro que el de ellos. Los eritrocitos no pueden desplazarse en forma activa sino que flotan, en la corriente sanguínea, y son movilizados por el efecto del corazón. El hombre adulto tiene un promedio de 5.400.000 por mm^3 de sangre y la mujer adulta aprox. 5.000.000 por mm^3 . Los recién nacidos tienen un número mayor de eritrocitos, que llega a 7.000.000 por mm^3 cantidad que disminuye a partir del nacimiento y aprox. a los 3 meses alcanza el valor normal del adulto. En los habitantes de las altas montañas, para compensar la escasez del oxígeno aprovechable del ambiente, aumenta el número de glóbulos rojos.

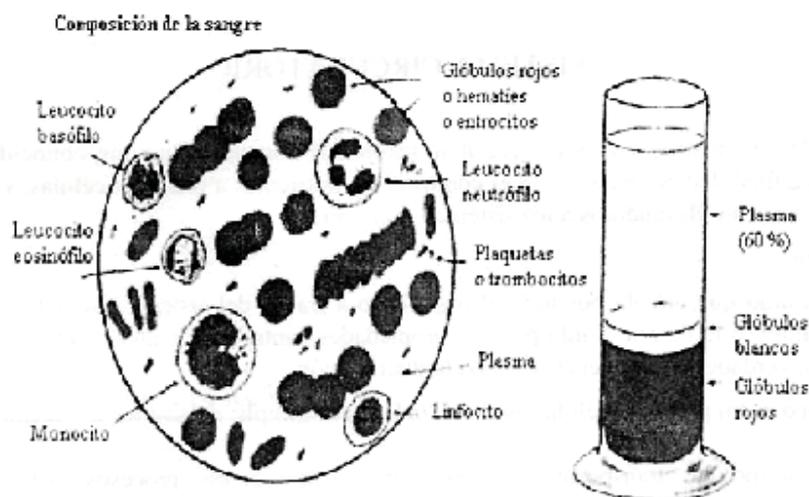
Cada glóbulo rojo contiene hemoglobina, el pigmento rojo responsable del transporte del oxígeno desde los pulmones a las células. La hemoglobina es proteína que contiene 4 átomos de hierro, cada uno es el centro de un complejo compuesto orgánico, llamado hem. La hemoglobina tiene la propiedad de formar unión química inestable con el oxígeno, cuyos átomos se unen a los átomos de hierro de la molécula de hemoglobina. Esta se une con el oxígeno en las regiones donde éste es abundante, y forma la oxihemoglobina: en las regiones donde el oxígeno escasea, lo libera.

Debido a esta propiedad particular, la molécula de hemoglobina no sólo transporta el oxígeno desde los pulmones a todos los tejidos del cuerpo, sino que desempeña un papel fundamental en el transporte de anhídrido carbónico desde los tejidos a los pulmones y en la prevención de los cambios del pH de la sangre. Los

glóbulos rojos se destruyen de modo constante a la vez que se forman otros nuevos, su promedio de vida es de 127 días. Por lo tanto es fácil de calcular que todos los días se producen 15 millones de glóbulos rojos por segundo, destruyéndose un número igual en el mismo tiempo. La constancia del número de glóbulos rojos proporciona un buen ejemplo de equilibrio dinámico (dado que en circunstancias normales, la velocidad de formación y de destrucción son iguales manteniéndose constante el número de glóbulos rojos en el organismo).

Los glóbulos rojos se originan en la médula ósea roja que se halla en la cavidad central de algunos huesos. Chiozza, (1980).

La velocidad de formación de los eritrocitos aumenta por la acción de cualquier factor que disminuya la cantidad de oxígeno que llega a los tejidos. La pérdida de hematíes por hemorragia disminuye la capacidad de la sangre para transportar oxígeno y provoca el aumento de la producción de los glóbulos rojos. Los eritrocitos son destruidos por células del bazo (órgano que además constituye una reserva de glóbulos rojos) y del hígado que los engloban o fagocitan. Los átomos de hierro se recuperan y se devuelven a la médula ósea roja, para ser usados en la síntesis de nuevas moléculas. El hem de la molécula sufre una degradación química, y es excretado por el hígado, en la bilis, bajo la forma de pigmentos biliares. Estas sustancias sufren posteriores reacciones por acción de las bacterias intestinales y son eliminadas por las heces. Los pigmentos biliares son los principales responsables del color de las materias fecales: si las vías biliares quedan bloqueadas (por un cálculo por ej.) los pigmentos biliares no pueden pasar al intestino y las heces poseen un color gris arcilloso. Chiozza, (1980).



Glóbulos blancos

Existen 5 tipos de glóbulos blancos o leucocitos (basófilos, eosinófilos, neutrófilos, linfocitos y monocitos) todos difieren de los hematíes: son células vivas que se trasladan de manera activa por medio de movimientos ameboides, en contra de la corriente sanguínea, e incluso se deslizan a través de los vasos sanguíneos penetrando en los tejidos; tienen núcleo, no contienen hemoglobina (por tanto son incoloros). También poseen la propiedad de ser atraídos al lugar de la infección por productos químicos liberados por los organismos invasores y los tejidos inflamados (quimiotaxis).

Los glóbulos blancos son mucho menos numerosos que los hematíes: hay un promedio de 7.000 por mm^3 , pero fluctúan entre 5 y 10.000 en las distintas personas y aún en la misma persona a distintas horas del día. La cantidad de leucocitos es mínima en las primeras horas de la mañana y máxima a la tarde. Las personas desnutridas tienen un número de leucocitos inferior al normal y menor resistencia a las infecciones y enfermedades: la disminución del número de leucocitos a 500 por mm^3 o menos, es mortal.

La principal función de los leucocitos es inmunológica: proteger al cuerpo contra los organismos patógenos, ingiriéndolos por fagocitosis (fagocitos) y de defensa (linfocitos) produciendo anticuerpos que neutralizan los microbios que producen las enfermedades infecciosas.

Las sustancias fagocitadas (residuos orgánicos, virus, bacterias, protozoarios, así como células del propio organismo que deben ser eliminadas por haber muerto o por ser tumorales) son digeridas por enzimas segregadas por el leucocito. Este continúa ingiriendo partículas hasta ser destruido por la acumulación de productos de deshecho. La acumulación de células tisulares muertas, bacterias, leucocitos vivos y muertos, forman un líquido amarillento y espeso, denominado pus.

Una vez que las bacterias han sido destruidas se reemplaza el tejido perdido. Algunos tejidos tienen la propiedad de regenerarse multiplicándose: otros tienen una capacidad limitada de regeneración, y son reemplazados por células del tejido conectivo, que producen fibras para formar el tejido cicatricial. Se cree que los linfocitos desempeñan un papel activo en este proceso pues tienden a acumularse en las zonas en las cuales se realiza la cicatrización.

El número de leucocitos circulantes aumenta en la mayoría de las infecciones, pudiendo elevarse a más de 20.000 por mm^3 en la apendicitis o en la neumonía, revelando la cantidad la gravedad de la infección. Los distintos tipos de leucocitos se

originan en distintos órganos. Los linfocitos se forman en el bazo, las amígdalas y los ganglios linfáticos; los monocitos en la médula ósea y en el bazo, y los neutrófilos, eosinófilos y basófilos en la médula ósea roja. No son destruidos por ningún órgano en particular, algunos son destruidos por las bacterias, y otros atraviesan la mucosa del aparato digestivo, o la del urinario, siendo eliminados por las heces o la orina. La vida de la mayoría de los glóbulos blancos es muy corta, dura entre 2 y 4 días. La sangre de un individuo sometido a una intensa irradiación por rayos gamma (como la proveniente de una explosión atómica) pierde todo sus neutrófilos en unos 3 días.

Plaquetas

Las plaquetas sanguíneas son importantes en la iniciación del proceso de coagulación de la sangre. Son cuerpos esféricos, incoloros, sin núcleos, con un diámetro más o menos igual a la tercera parte del diámetro de los hematíes. La mayoría de ellas se origina por fragmentos de células gigantes, los megacariocitos en la médula ósea roja, pero también se forman a partir de células fagocitarias pulmonares. Su ciclo de vida se calcula en 4 días.

Plasma

Este líquido amarillento en el cual se hallan los elementos figurados (glóbulos rojos, blancos y plaquetas) es una mezcla compleja de proteínas, aminoácidos, carbohidratos, grasas, sales, hormonas, enzimas, anticuerpos y gases disueltos. Es poco alcalino (pH de 7,4). Sus dos principales constituyentes son el agua (90%) y las proteínas (7 a 8 %). La concentración de glucosa (0,1 %) y la de sales (0,9 %) son muy pequeñas, pero se mantienen, constantes.

Mientras la sangre circula pasando por las células, su plasma recibe y entrega una amplia variedad de sustancias. El plasma contiene varios tipos distintos de proteínas cada una tiene funciones y propiedades específicas: fibrinógeno, las alfa, beta y gamma globulinas, la albúmina y lipoproteínas. El fibrinógeno es una de las proteínas que intervienen en la coagulación; la albúmina y las globulinas regulan el contenido de agua de las células y los líquidos corporales. La fracción gamma globulina es rica en anticuerpos que dan inmunidad para ciertas enfermedades infecciosas, como el sarampión y la hepatitis infecciosa. La presencia de estas proteínas hace que la sangre sea unas seis veces más viscosa que el agua.

El plasma contiene los iones sodio, potasio, magnesio, calcio, cloro, bicarbonato y fosfato que transporta y regula su concentración en sangre, siendo indispensables para la función normal de los nervios, músculos y otros tejidos. El hidrato de carbono más importante del plasma es la glucosa, que se transporta por la sangre desde el intestino, donde es absorbida, hasta el hígado, donde se almacena en forma de glucógeno, que se distribuye a todas las células del cuerpo, en las que se metaboliza para liberar energía. Si su concentración en la sangre cae por debajo del 0,04 %, las células cerebrales no funcionan, entonces vendría un estado comatoso y luego la muerte.

Cuando se extrae de los vasos sanguíneos sangre total y se la deja reposar, se transforma en una masa gelatinosa y pegajosa, llamada coágulo. Después de un tiempo, el coágulo se retrae y rezuma un líquido de color amarillo claro: el suero. La diferencia que hay entre plasma y suero es evidente: el plasma es la parte líquida de la sangre total, y el suero es el líquido que queda después de haberse producido la coagulación. La composición química de ambos es casi idéntica pero el plasma contiene fibrinógeno y el suero no. En el proceso de coagulación, el fibrinógeno soluble se transforma en fibrina insoluble, que es el gel que constituye la parte sólida del coágulo.

Coagulación de la sangre

Para impedir la pérdida accidental de sangre se ha desarrollado un complejo mecanismo que consiste en una serie de reacciones químicas (en las que se forma un coágulo sólido para taponar el vaso lesionado), que evitan la producción de la hemorragia. La coagulación es, una función esencial del plasma y no de las células sanguíneas, y entraña la transformación del fibrinógeno soluble (una de las proteínas plasmáticas), en fibrina insoluble. La sangre extraída de un vaso sanguíneo y trasladada a un tubo de ensayo, pasa del estado líquido al de gel semisólido en unos seis minutos (el tiempo de coagulación oscila entre 4 y 10 minutos). Los filamentos de fibrina aprisionan a los glóbulos rojos y blancos, que contribuyen a dar solidez al coágulo, pero que no son esenciales para el proceso de coagulación. El coágulo se retrae, en lo posterior, y rezuma un líquido de color pajizo, el suero, que no puede coagular por carecer de fibrinógeno y que contiene 91 % de agua, sustancias nitrogenadas (urea, creatinina, etc.) fermentos, glucosa, ácido láctico, sales orgánicas, gases, etc. El coágulo solo no es muy eficaz, pero las células del tejido conjuntivo de la pared arterial migran hacia él, formando un tejido conectivo fibroso y resistente que constituye la cicatriz y

refuerza el coágulo. El proceso de coagulación puede sintetizarse en las 3 etapas siguientes: Chiozza, (1980).

1^a) La primera parte constituye la desintegración de las plaquetas sanguíneas, desintegración que es acelerada por una globulina que se denomina "factor antihemofílico" que se encuentra en el plasma normal, y la liberación de una sustancia llamada tromboplastina. Esta desintegración ocurre cuando las plaquetas se ponen en contacto con una superficie rugosa (prácticamente cualquier superficie que no sea el liso endotelio de los vasos sanguíneos).

2^a) La tromboplastina formada en esta primera reacción actúa como enzima en la segunda para convertir a la protrombina en trombina. Esta es una reacción complicada que requiere la presencia de iones calcio y de por lo menos dos proteínas plasmáticas más ("globulina aceleradora" y "factor sérico acelerador de la conversión de la protrombina sérica" o SPCA). La protrombina es una globulina plasmática producida en hígado.

3^a) Al final, la trombina formada en la segunda reacción actúa como enzima para convertir el fibrinógeno en fibrina, proceso en el que se separa una pequeña porción de la molécula de fibrinógeno, y el resto se polimeriza para formar largos filamentos de fibrina. La sangre normal contiene además un activo anticoagulante llamado heparina (producido en las células cebadas de pulmón e hígado) que impide la transformación de la protrombina en trombina y se utiliza para impedir la coagulación. Las enfermedades del hígado pueden alterar el mecanismo de la coagulación por perturbar la síntesis de protrombina. Para la síntesis de esta sustancia se requiere una adecuada provisión de vitamina K. La absorción intestinal de vitamina K es facilitada por la bilis; un déficit de bilis puede producir un déficit de protrombina y provocar una alteración en la coagulación, aún cuando la dieta contenga una adecuada proporción de vitamina K.

En el recién nacido algunas veces puede registrarse un déficit de protrombina y para aumentar su producción suele aplicársele al nacer una inyección de vitamina K que actúa como catabolizador para su correcta elaboración en el organismo. Entre las enfermedades por déficit en la coagulación tenemos la hemofilia: enfermedad hereditaria ligada al género ya que afecta de manera principal a varones, que se transmite sólo por vía materna, y está caracterizada por una coagulación tan defectuosa que un leve rasguño puede producir una hemorragia mortal. Los hemofílicos carecen del "factor antihemofílico", la globulina que acelera la desintegración de las plaquetas y la

liberación de tromboplastina. Sus plaquetas son estables y no se desintegran con facilidad cuando la sangre fluye al exterior.

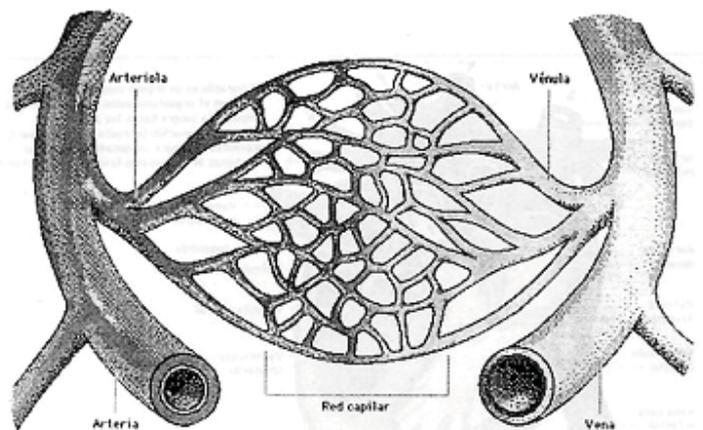
Grupos sanguíneos humanos

Grupo sanguíneo	Aglutinógeno de los hemafíes	Aglutinina del plasma	Puede dar sangre a los grupos	Puede recibir sangre de los grupos
0	ninguno	a y b	0, A, B y AB	0
A	A	b	A, AB	0, A
B	B	a	B, AB	0, B
AB	A y B	ninguna	AB	0, A, B, AB

Policitemia

Se denomina policitemia al aumento del número de hematíes circulantes, que puede llegar a 11 ó 15 millones por mm³. Las diarreas, por producir una pérdida de líquidos orgánicos y una disminución consecutiva del volumen total de sangre, causan aumento temporal del número de glóbulos rojos. En esta afección la sangre se hace muy viscosa y tiende a obstruir los vasos sanguíneos.

LOS VASOS SANGUÍNEOS



Existen 3 tipos de vasos sanguíneos: arterias, venas y capilares.

Las arterias y venas se distinguen por el sentido de la corriente sanguínea en su interior, y no por el tipo de sangre (más o menos oxigenada) que contienen. Las arterias transportan la sangre desde el corazón hasta los tejidos del cuerpo; por las venas, retorna la sangre desde los tejidos hasta el corazón. Los capilares son vasos microscópicos

situados en los tejidos, que vinculan las arterias y las venas. Su importancia se debe, a que al nivel de ellos se efectúa el intercambio de alimentos, gases y residuos entre la sangre y los tejidos. Tienen una pared delgada, constituida por una única capa de células, el endotelio, que se continua con la capa endotelial de la arteria y la vena correspondientes. Algunos capilares son tan pequeños que los hematíes deben deformarse para pasar por ellos. Al unirse, forman las venas.

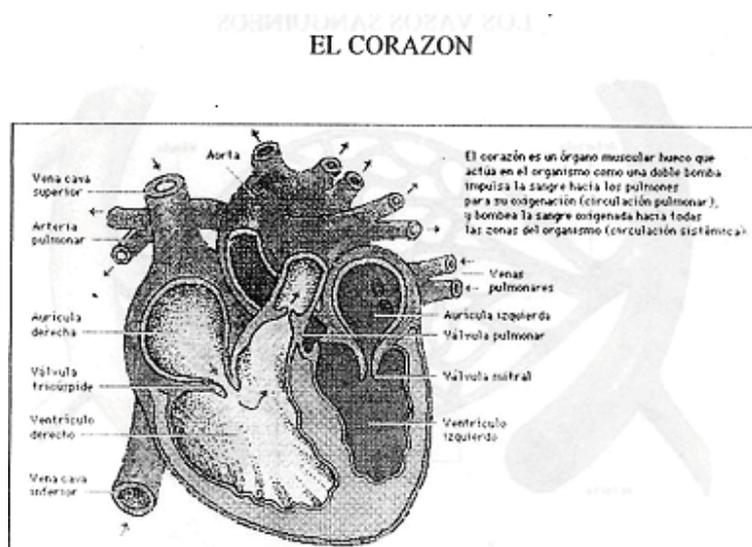
Las paredes de las arterias y las venas son gruesas para permitir la circulación. Constan de 3 capas diferentes: una capa externa, de tejido conjuntivo; una media, de fibras musculares lisas y una interna de endotelio y tejido conjuntivo. La capa externa contiene tejido fibroso, que hace que la arteria sea consistente y pueda resistir las presiones internas, pero le permite expandirse y contraerse de manera coordinada, con los latidos cardíacos. El músculo liso de la capa media, por contracción o relajación, disminuye o aumenta el tamaño de la luz (cavidad) capilar, regulando así la cantidad de sangre que recibe cada órgano. Las paredes de las arterias están inervadas por 2 grupos de nervios; los impulsos transmitidos por uno de ellos causan la contracción del músculo liso, y los transmitidos por el otro producen su relajación.

La arteria más grande, la aorta, posee un diámetro aproximado de 2 y 1/2 cm cerca del corazón, y su pared tiene unos 3 mm de espesor. Las paredes de las venas son más delgadas que las de las arterias, pero están constituidas por las mismas 3 capas. Las venas, poseen paredes delgadas y poco elásticas que recogen la sangre y la devuelven al corazón y a diferencia de las arterias, poseen a lo largo de su recorrido, válvulas que impiden el retroceso de la sangre.

Las células del cuerpo están rodeadas y bañadas por un líquido denominado líquido intersticial: la sangre no está en contacto directo con ellas. Por tanto, las sustancias de la sangre deben atravesar por difusión la pared de los capilares y el líquido intersticial para poder llegar a las células. Baird Hastings define a este líquido, junto con la linfa y el plasma sanguíneo, como "nuestro mar interior". Chiozza, (1980).

El corazón es un órgano muscular hueco, del tamaño de un puño, ubicado en el tórax, por detrás del esternón, entre los pulmones, sobre el diafragma. En la histología del corazón se distinguen tres capas de diferentes tejidos que, del interior al exterior se denominan endocardio, miocardio y pericardio. El endocardio está formado por un tejido epitelial de revestimiento que se continúa con el endotelio del interior de los vasos sanguíneos. El miocardio es la capa más voluminosa, estando constituido por

tejido muscular de un tipo especial, llamado tejido muscular cardíaco. El pericardio, saco resistente de tejido conjuntivo, encierra al corazón por completo.



La superficie interna de este saco y la superficie externa del corazón están recubiertas por una capa lisa de células, semejantes a las epiteliales, y la cavidad contiene un líquido que, durante los latidos cardíacos, reduce la fricción al mínimo. Las fibras musculares se ramifican y forman, en la pared cardíaca, una red de conexiones protoplasmáticas, a través de las cuales pueden propagarse los impulsos nerviosos. Debido a esto, la contracción cardíaca responde a la ley del "todo o nada", o sea que si la intensidad del impulso nervioso es suficiente como para hacer que el corazón se contraiga, éste se contrae al máximo. El corazón y todos los vasos sanguíneos están revestidos por una delgada capa lisa de células planas, y el endotelio, impide la coagulación de la sangre dentro del sistema circulatorio. Cualquier enfermedad o lesión que vuelva rugoso al endotelio, puede causar la formación de trombos dentro de los vasos.

El corazón del hombre y otros mamíferos, así como el de las aves, está dividido en 4 compartimientos: 2 superiores, las aurículas derecha e izquierda, y 2 inferiores, los ventrículos derecho e izquierdo. Las aurículas, que poseen una pared relativa delgada, reciben sangre de las venas y la impulsan hacia los ventrículos. Estos últimos, cuyas paredes son mucho más gruesas, expulsan la sangre del corazón y la impulsan hacia el cuerpo.

El corazón, que actúa como una bomba, está provisto de válvulas que se cierran en automático, lo que impide que la sangre fluya en el sentido que no le corresponde.

Hay un orificio para que la sangre pase de la aurícula derecha al ventrículo derecho, y un segundo orificio para que pase de la aurícula izquierda al ventrículo izquierdo, no habiendo comunicación entre la aurícula derecha y la izquierda, ni entre el ventrículo derecho y el izquierdo.

El corazón está formado en realidad, por dos bombas separadas, que a veces son denominadas corazón derecho e izquierdo. La válvula ubicada entre la aurícula y el ventrículo derechos, posee 3 valvas o cúspides, y se denomina tricúspide. La ubicada entre la aurícula y el ventrículo izquierdo, que sólo posee 2 valvas, es llamada válvula bicúspide o mitral. En la base de las dos grandes arterias, la pulmonar y la aorta, que salen de los ventrículos derecho e izquierdo, respectivamente, hay otros repliegues de tejido conectivo, las válvulas semilunares o sigmoideas, así llamadas por su forma de media luna. Son sacos que al desplegarse se separan del corazón. Cuando la sangre circula en sentido normal, aparta estos repliegues sin que ofrezcan resistencia. Pero cuando los ventrículos están relajados y llenándose de sangre, y la presión sanguínea es mayor en las arterias que en los ventrículos, la sangre llena los repliegues, que se distienden cerrando la cavidad de la arteria pulmonar o de la aorta, impidiendo que refluya hacia el corazón.

En las desembocaduras de las grandes venas en la aurícula derecha, así como en las de las venas pulmonares en la aurícula izquierda, no hay válvulas, de modo que, cuando las aurículas se contraen, parte de la sangre refluye hacia las venas. Esta cantidad de sangre es menor de lo que podría ser, debido a la existencia de anillos de tejido muscular, que rodean a las venas en esta región, y que se contraen de inmediato antes de que lo hagan las aurículas.

La aurícula derecha recibe la sangre de todo el cuerpo (salvo los pulmones), por medio de dos grandes venas: la vena cava superior, que recoge la sangre de la cabeza, brazos y parte superior del tronco, y la vena cava inferior, que recoge la sangre de las piernas y parte inferior del tronco. Las paredes del ventrículo izquierdo son más gruesas que las del derecho, porque se requiere una fuerza mayor para impulsar a la sangre por todo el cuerpo que para impulsarla a los pulmones.

El recorrido de la sangre dentro del corazón puede sintetizarse como sigue; la sangre proveniente del cuerpo entra a la aurícula derecha; la contracción de ésta determina la separación de las valvas de la válvula tricúspide, e impulsa la sangre hacia el ventrículo derecho. Luego la contracción de éste cierra la válvula tricúspide, abre la válvula sigmoidea y expulsa la sangre, por la arteria pulmonar, hacia los pulmones.

La sangre que vuelve de éstos por las venas pulmonares entra a la aurícula izquierda, y es impulsada por la contracción de la misma, a través de la válvula mitral (o bicúspide), hacia el ventrículo izquierdo. La contracción del ventrículo izquierdo cierra la válvula bicúspide, abre la semilunar y expulsa a la sangre, por la aorta, hacia todas las regiones del cuerpo.

Toda gota de sangre que entra en la aurícula derecha debe pasar a través de los pulmones antes de llegar al ventrículo izquierdo para ser impulsada hacia el cuerpo.

El músculo cardíaco no se nutre, como podría creerse, por medio de la sangre que se encuentra en sus compartimientos, ya que sus paredes son demasiado gruesas para que el alimento y el oxígeno difundan a través de ellas. Es irrigado por arterias que nacen de la aorta en el sitio en que este vaso sale del corazón, y que se ramifican a través de todo el músculo cardíaco.

El latido cardíaco

El corazón tiene, como capacidad inherente la de latir, que aparece temprano durante el desarrollo embrionario, y continua sin interrupción durante toda la vida. Como todos los tejidos necesitan un aporte constante de oxígeno, que es provisto por la sangre circulante, si el corazón deja de latir durante unos pocos segundos, se produce una pérdida del conocimiento, y si lo hace durante algunos minutos, sobreviene la muerte.

El corazón de un hombre en reposo, expulsa en promedio 5 litros de sangre por minuto, es decir cerca de 75 ml por latido. Esto significa que cada minuto pasa a través del corazón una cantidad de sangre igual a la cantidad total contenida en el cuerpo.

El hecho de que el corazón continúe latiendo de manera normal cuando se han seccionado sus nervios, demuestra que no depende de los estímulos provenientes del cerebro. Si se le coloca en un medio líquido apropiado, continúa latiendo a pesar de estar por completo separado del cuerpo.

Aun unas pocas fibras miocárdicas disecadas retienen esa propiedad. El ritmo de esta contracción fundamental e innata es regulado por varios factores: el tejido miocárdico especializado, y 2 grupos de nervios provenientes del cerebro.

Tejido miocárdico especializado

Este tejido, que es característico del corazón, genera y regula su contracción. Posee algunas de las propiedades del músculo y algunas de las del tejido nervioso y se

denominan: nodo senoauricular o nodo S.A. (ubicado en el sitio que la vena cava superior desemboca en la aurícula derecha) y nodo auriculoventricular, o A.V. (situado entre las aurículas, de inmediato por encima de los ventrículos). De este último desciende un haz de fibras ramificadas, que se distribuyen por ambos ventrículos: el haz auriculoventricular, o haz de His.

El nodo senoauricular es el que inicia los latidos cardiacos y regula su frecuencia. Por esta razón, se le denomina "marcapaso" del corazón. A intervalos regulares, desde el nodo senoauricular se propaga una onda contráctil por el músculo auricular. Cuando llega al nódulo auriculoventricular, el impulso es transmitido a los ventrículos por el haz de tejido conductor. No existe conexión muscular entre las aurículas y los ventrículos: su contracción está coordinada sólo por el tejido miocárdico especializado, que conduce los impulsos con una velocidad 10 veces mayor que cualquier otro músculo. La conducción efectuada por el tejido especializado hace que todas las partes de los ventrículos se contraigan casi simultáneas.

Puede demostrarse que el nodo senoauricular regula el ritmo de las contracciones cardíacas, por el hecho de que si se calienta, hay aumento de la frecuencia de las mismas, mientras que, al enfriarlo, disminuye dicha frecuencia y sin embargo el calentamiento o enfriamiento de otras partes del corazón no afectan el ritmo de sus contracciones. La aceleración de los latidos que acompaña a los estados febriles, es causada por la estimulación del nodo senoauricular por la sangre más caliente. Cuando este nodo es destruido por una lesión o enfermedad, el nodo auriculoventricular asume la función de marcapaso.

Cada latido cardiaco consta de una contracción o sístole del músculo cardíaco, seguida de una relajación o diástole. Con la frecuencia normal de 72 latidos por minuto, cada latido completo dura alrededor de 0.85 segundos. Las aurículas y los ventrículos no se contraen igual: la sístole auricular se produce primero, durando cerca de 0,15 seg., y es seguida por la sístole ventricular, que dura unos 0,30 seg. Durante los 0,40 seg restantes, todos los compartimientos reposan en estado de relajación. Debido a que el nodo senoauricular, en el que se origina la onda contráctil, está ubicado en la aurícula derecha, ésta se contrae un poco antes que la aurícula izquierda. Chiozza, (1980).

Ruidos cardíacos

Al latir, el corazón produce ruidos característicos que pueden oírse apoyando el oído sobre el pecho, o con un estetoscopio. En la mayoría de las personas normales, se

producen dos ruidos por ciclo cardíaco, uno de los cuales es grave, no muy intenso, y de larga duración. Es causado, en parte, por el cierre de las válvulas tricúspide y bicúspide y, en parte, por la contracción del músculo ventricular (todos los músculos hacen ruido al contraerse).

El primer ruido, que marca el comienzo de la sístole ventricular es rápido seguido por un segundo ruido, más agudo, intenso y de menor duración. Este ruido se debe al cierre de las válvulas semilunares y marca el fin de la sístole ventricular. Las sílabas lubb-dup constituyen una representación onomatopéyica de estos ruidos, cuyas cualidades revelan al médico el estado de las válvulas. Cuando las válvulas semilunares están lesionadas, en lugar del segundo ruido se oye un suave sonido sibilante (lubb-shhh). Este tipo de ruido se denomina soplo cardíaco y puede ser causado por la sífilis, la fiebre reumática o cualquier otra enfermedad que lesione las válvulas, impidiendo su cierre completo, por lo que la sangre puede refluir de las arterias al ventrículo durante la diástole. Las lesiones de las válvulas bicúspide y tricúspide afectan las cualidades del primer ruido cardíaco.

Pulso

Cuando la sangre es impulsada hacia las arterias por la contracción ventricular, su pared se distiende. Durante la diástole, las arterias recuperan su diámetro normal, debido en gran medida a la elasticidad del tejido conjuntivo y a la contracción de las fibras musculares de las paredes de las arterias.

Esta recuperación del tamaño normal es importante para mantener el flujo continuo de sangre a través de los capilares durante el periodo de reposo del corazón. La dilatación y contracción de las paredes arteriales que se puede percibir cerca de la superficie cutánea en todas las arterias se denomina pulso.

Fenómenos eléctricos del corazón:

Cuando un tejido cualquiera entra en actividad (cuando se contrae un músculo, una glándula segrega o un nervio conduce un estímulo), se hace por electricidad de carga negativa con respecto a los tejidos circundantes: esto significa que el tejido activo actúa como polo negativo, y los tejidos en reposo, como polo positivo de una batería. Estas leves corrientes de acción pueden ponerse en evidencia con aparatos sensibles. Las que acompañan a cada ciclo cardíaco son detectables, aun en la superficie del cuerpo, por medio de un electrocardiógrafo. Puesto que el funcionamiento anormal del corazón origina corrientes de acción peculiares, el trazado que registra un estado patológico es

diferente del normal. Dicho trazado puede registrarse con el instrumento eléctrico denominado electrocardiógrafo, configurando un registro denominado electrocardiograma, registro que traduce sobre una banda de papel las variaciones de las corrientes cardíacas en función del tiempo de la toma del estudio.

Trayectoria de la sangre en el organismo:

En cualquier vaso en particular, por supuesto, la sangre circula en un solo sentido. La cabeza y el cerebro son regados por las arterias carótidas, y drenados por las venas yugulares. Además, las arterias y venas vertebrales, que corren junto a la médula espinal también forman parte del circuito cerebral. Las arterias vertebrales y las carótidas se comunican entre sí en la base del cerebro, de modo que si se corta o atasca uno de los vasos, el cerebro sigue recibiendo una provisión adecuada de sangre.

El sistema de la vena porta, que recoge la sangre del bazo, estómago, páncreas e intestinos, y la conduce al hígado, constituye una excepción a la regla de que todas las venas transportan sangre al corazón. Allí, la vena porta se divide en capilares que, a su vez se unen para formar la vena hepática, que drena la sangre del hígado hacia la vena cava inferior. Debido a esta disposición, toda la sangre del bazo, estómago, intestinos y páncreas, debe pasar a través del hígado antes de llegar al corazón. De este modo, los alimentos absorbidos en intestino, son transportados directo a hígado para ser almacenados. Chiozza, (1980).

Presión sanguínea (o tensión arterial)

Los latidos cardíacos son los que generan la presión de la sangre en los vasos, que se eleva con cada contracción y cae con cada relajación de los ventrículos. La presión máxima, debida a la sístole cardíaca, es llamada presión sistólica; la mínima, debida a la diástole, presión diastólica. Puede medirse la presión en una arteria insertando un tubo en su interior y midiendo la altura a que se eleva la columna de sangre. Para tomar la presión a un ser humano se utiliza el esfigmomanómetro.

En el hombre y en muchos mamíferos, la presión sistólica es de 120 mm de mercurio (o sea igual a la presión ejercida por una columna de mercurio de 120 mm de altura), y la presión diastólica, alrededor de 75 mm. La diferencia que hay entre las presiones sistólica y diastólica, es decir la variación de presión que se produce cada vez que el corazón late, se llama presión diferencial.

La presión sanguínea decrece, a lo largo del sistema circulatorio, desde la aorta hasta las venas, siendo máxima en la aorta (alrededor de 140) y mínima en las venas

cercanas a las aurículas, donde es cercana a 0 o aún menos (es decir, igual o menor que la presión atmosférica). La disminución gradual de la presión es necesaria para mantener el flujo sanguíneo; si la presión fuera la misma en todo el sistema circulatorio la sangre no se desplazaría.

En las personas sanas la tensión arterial varía desde 80/45 en lactantes, a unos 120/80 a los 30 años, y hasta 140/85 a los 40 o más. Este aumento se produce cuando las arterias pierden su elasticidad que absorbe el impulso de las contracciones cardiacas. La tensión arterial falla en las personas, y en un mismo individuo, en momentos diferentes. Suele ser más elevada en los hombres que en las mujeres y los niños: es menor durante el sueño y está influida por una gran variedad de factores, sobre todo psíquicos debidos a los distintos estados emocionales. Muchas personas sanas tienen una presión sistólica habitual de 95 a 115 que no está relacionada con síntomas o enfermedad. La tensión arterial elevada sin motivos aparentes o hipertensión esencial, se considera una causa que contribuye a la arteriosclerosis. Las toxinas generadas dentro del organismo provocan una hipertensión extrema en diversas enfermedades.

La presión baja de forma anormal, o hipotensión, se observa en enfermedades infecciosas y debilitantes, hemorragias y desmayos. Una presión sistólica inferior a 80mm Hg, suele relacionarse con estado de choque. La presión arterial elevada es necesaria para impulsar la sangre a los capilares, donde la resistencia debida a la fricción es grande (por su diámetro pequeño), y también para impulsarla en su trayectoria de retorno al corazón a través de las venas. Esta presión debe alcanzar un nivel suficiente para impulsar la sangre hacia el cerebro en contra de la fuerza de gravedad, y para hacer que retorne la sangre de las piernas venciendo a la misma fuerza. También es necesaria una presión elevada para posibilitar una rápida adaptación del flujo sanguíneo al modificar las necesidades de determinados órganos; cuando las arteriolas de un órgano se disparan mediante una presión elevada para que se produzca una inmediata irrupción de sangre.

Alteraciones del corazón y los vasos sanguíneos

El corazón está sujeto a diversas afecciones que perturban su capacidad de impeler a la sangre. El ejercicio muscular violento en una persona en condiciones físicas deficientes, puede significar un esfuerzo excesivo para el músculo cardíaco y reducir su poder contráctil. Los vasos sanguíneos que riegan el corazón pueden ser obstruidos por un coágulo, o algún otro objeto, lo que impide el abastecimiento de alimentos y

oxígeno, produciendo un "ataque" cardíaco (infarto). Si el área del corazón regada por el vaso obstruido no es muy grande, el ataque puede no ser mortal, pero si la zona afectada es grande, la muerte se produce en pocos minutos. Ciertas enfermedades, como la difteria, producen toxinas que llegan al corazón por el torrente sanguíneo y lesionan al músculo cardíaco. Un exceso de hormona tiroidea hace que las aurículas se contraigan sin coordinación, disminuyendo así su eficiencia. A veces, las válvulas cardíacas, lesionadas por organismos patógenos, como los de la sífilis o la fiebre reumática, no pueden cerrarse de manera perfecta, y la sangre refluye después de la contracción del corazón. Para compensar esto, con frecuencia, el corazón se agranda para aumentar su capacidad contráctil.

A medida que una persona envejece, sus paredes arteriales tienden a perder su elasticidad volviéndose las venas duras y gruesas, reduciendo así el tamaño de su cavidad. Los órganos reciben menos sangre y esto hace que no funcionen de manera adecuada. En lo general, al endurecerse las arterias hay aumento de la presión sanguínea, porque a medida que pierden su elasticidad y no pueden distenderse y contraerse con cada latido cardíaco, el corazón tiene que contraerse con mayor energía para poder impulsar la sangre por ellas. Una elevación de la presión sanguínea puede deberse a otras alteraciones (enfermedades renales por ejemplo) y es peligrosa porque si es considerable, puede provocar la rotura de algún vaso.

Por lo general, sólo se rompen vasos pequeños y la hemorragia no es de importancia. Pero una hemorragia en una estructura delicada como el cerebro, puede dañar a las células. La hipertensión arterial puede provocar insuficiencia cardíaca, ya que hace que el corazón se dilate para poder impulsar a la sangre venciendo la mayor resistencia ofrecida por las arterias endurecidas.

A veces, las venas se dilatan, y en su interior se forman grandes remansos de sangre (se las denomina venas varicosas). Las várices casi siempre se producen en las piernas, siendo esta afección muy frecuente en los individuos que deben permanecer mucho tiempo de pie. El estar de pie e inmóvil, aumenta la presión en las venas de las piernas, pues las priva de la presión que efectúan los músculos de la pierna que, favorece el adecuado retomo de la sangre. Las venas varicosas son más frecuentes en las mujeres que en los hombres, debido a la sobrecarga adicional que significan para el sistema circulatorio, el embarazo y el parto. Chiozza, (1980).

Sistema linfático

Además del sistema circulatorio sanguíneo, el cuerpo está equipado con un grupo similar e independiente de vasos, que constituyen el sistema linfático. Los vasos linfáticos tienen forma de rosario por las muchas válvulas que poseen y transportan un líquido incoloro, la linfa, que al igual que el líquido intersticial, deriva de la sangre y se le asemeja. Contiene muchas menos proteínas que la sangre (porque las moléculas de proteína son grandes y difunden lento) y no posee glóbulos rojos. Contiene glóbulos blancos, algunos de los cuales provienen del líquido intersticial, y otros, de los ganglios linfáticos en los que se forman. En otros aspectos, la linfa es similar a la sangre.

El sistema linfático difiere del sanguíneo en que sus vasos sirven sólo para el retorno de líquido al corazón. En este sistema no existen arterias, sino tan sólo capilares y venas, distribuidos por todo el cuerpo. Los capilares son muy pequeños, con paredes de sólo una célula de espesor. Se parecen a los capilares sanguíneos, pero están cerrados en un extremo. La linfa difunde hacia el interior de los capilares desde el líquido intersticial circundante. Por el otro extremo, los capilares se continúan con venas linfáticas que se parecen a las sanguíneas. Estas, a su vez, desembocan en venas mayores, la mayor de las cuales desemboca en una vena del hombro izquierdo del sistema sanguíneo. Es importante recordar que los líquidos llegan a las células del cuerpo por una única ruta: las arterias, arteriolas y capilares del sistema circulatorio sanguíneo. Pero existen en cambio dos rutas posibles de retorno: los capilares y venas sanguíneas, y los capilares y venas linfáticos.

En los lugares en que los vasos linfáticos se unen, existen agregados de células denominados ganglios linfáticos, que se notan sobre todo en las axilas, ingle, cuello etc., que producen linfocitos y filtran las partículas y bacterias, impidiendo que penetren en el torrente sanguíneo. Los conductos por los que pasa la linfa a través de los ganglios son pequeños y tortuosos, por lo que su flujo es lento, pudiendo así los leucocitos atrapar y fagocitar a las bacterias invasoras. Algunas bacterias logran salvar el primer ganglio linfático, siendo atrapadas por el segundo o tercero; en las infecciones masivas las bacterias pueden atravesar todos los ganglios linfáticos e invadir el torrente sanguíneo. Pero aún en tales casos, los ganglios linfáticos colaboran retardando la difusión de la infección y dando tiempo al organismo para que acumule leucocitos para combatirla. La presencia de microorganismos patógenos hace que los ganglios se agranden y duelan; es por eso que en las anginas, los ganglios del cuello se agrandan y se notan. En el sistema linfático de los habitantes de las ciudades y de los fumadores

crónicos, los ganglios próximos a los pulmones se llenan de partículas de polvo y hollín, y toman un color gris oscuro o negro. Estas partículas pueden perturbar la función de los ganglios linfáticos y disminuir la resistencia a las infecciones pulmonares, como la tuberculosis.

Circulación linfática

La linfa es desplazada por los movimientos de los músculos esqueléticos adyacentes que comprimen a los vasos linfáticos (las válvulas impiden su reflujo) y por los movimientos respiratorios del tórax. Las contracciones y relajaciones espasmódicas de las vellosidades intestinales, ayudan a impulsar la linfa intestinal. La linfa circula mucho más lento que la sangre.

Funciones del sistema linfático

El sistema linfático cumple cuatro funciones: 1) colabora en el retorno del líquido intersticial al sistema circulatorio sanguíneo. 2) se producen linfocitos; 3) se filtran partículas de polvo y bacterias y 4) la absorción de grasas es realizada por los vasos linfáticos que drenan los intestinos. Los productos de la digestión de los hidratos de carbono y las proteínas se absorben directo por los capilares sanguíneos, pero casi todas la grasas digeridas son absorbidas por los capilares linfáticos de la pared intestinal y transportadas por los vasos linfáticos a la vena del hombro derecho, lugar donde se vierten en el torrente sanguíneo. La anterior explicación permite comprender la importancia del sistema linfático en la diseminación del cáncer. El cáncer es una enfermedad en la que ciertas células comienzan a crecer y dividirse sin parar, ocupando espacio a expensas de las células de los alrededores, formando un tumor. Pueden entonces dichas células, desprenderse de la masa primitiva, penetrar en un vaso linfático y ser transportadas por éste a otras partes del cuerpo. Si el tratamiento comienza a tiempo, el cáncer es curable porque los ganglios linfáticos impiden que las células se propaguen con rapidez.

2.3 Enfoque psicológico

La investigación y la contribución de factores psicológicos a la enfermedad coronaria, ha enfocado la atención hacia el papel de la personalidad Tipo A y sus características sobresalientes, la hostilidad y el enojo Siegman & Smith, (1994). Estos temas ahora son considerados parte del desarrollo de la medicina del comportamiento o bien conocida

como medicina psicosomática donde surge el supuesto de que la mente influye al cuerpo, además que las expectativas y las cogniciones, emociones y rasgos de la personalidad juegan un papel importante en el desarrollo, mantenimiento y tratamiento de enfermedades físicas. Este punto de vista representa un importante cambio de paradigma de aquel que dominaba el pensamiento de la comunidad biomédica hasta hace poco. Dichos modelos tradicionales entraron en conflicto al no poder explicar las cardiopatías bajo los factores de riesgo limitados a lo biológico – médico, dando paso a los nuevos modelos.

Ya desde tiempos bíblicos la supervivencia y la salud estaba en manos de las emociones negativas fuertes y los agravantes que se encuentran en el curso de la vida diaria (estrés). Cuando los hijos de Jacob quisieron llevar a su hermano menor, Benjamín, a Egipto, Jacob se rehusó a dejarlo ir porque si algo le ocurría en el camino, él moriría de pena, Génesis 42:38. Una sentencia de origen Talmúdico sostiene que un estilo apurado al caminar es dañino para la vista (sombras del Tipo A). Los rabinos del Talmud han sido vigilantes de las consecuencias dañinas a la salud de las emociones negativas fuertes y el estrés, también de los beneficios de las emociones y expresiones positivas. Además estaban concientes de las consecuencias benéficas de un fuerte apoyo social; por supuesto que no hay referencia en el Talmud que ligue el enojo con la enfermedad del corazón, pero si hay referencias relacionadas con los efectos devastadores del enojo en el bienestar físico y espiritual de una persona. Siegman & Smith, (1994).

Los rabinos basan sus advertencias sobre las consecuencias dañinas del enojo, en un verso del Eclesiastés (11:10) advierte: “Quita al enojo de tu corazón y al mal de tu cuerpo..”, que los rabinos interpretan de una relación causa – efecto. Si tu apartas el enojo de tu corazón, entonces tu cuerpo será salvado del mal (enfermedad, dolor). Una idea similar es la del salmista cuando dice (6:7): “Mi ojo es oscurecido por el enojo”, aunque en el hebreo bíblico la misma palabra que connota al enojo también lo hace con el tormento mental y la angustia. Más aún, la súplica premia del salmista (6:2): “Dios, alíviame” este salmo, así como otros, revela cómo el autor se mueve libre de lo físico a lo mental – espiritual y viceversa. Cuando el rabino Zeira, un escolar talmúdico fue cuestionado por sus estudiantes en cuanto a qué atribuía su longevidad, contestó: “Nunca he perdido mi temperamento al tratar con los miembros de mi familia” (tratado Taanit 20a). Al mismo tiempo el rabino Joshua Ben Hananya un escolar del primer y segundo siglos sostenía que la hostilidad y el odio al prójimo estaban entre los factores

que acortan la vida de una persona (Tratado Avot 2:15). (Citado en Siegman & Smith, 1994).

Al igual que estos textos, la mención de los temperamentos y la clasificación de estos en el enfoque filosófico, sólo pone en evidencia que la aproximación psicosomática y holística para explicar y tratar las enfermedades no son un hallazgo moderno. Por el contrario el surgimiento de la medicina moderna en el renacimiento, el paradigma holístico – que de inmediato reconoce el papel de los factores emocionales en la salud y la enfermedad – es entonces reemplazado por otro paradigma. De acuerdo con este nuevo paradigma, sólo los factores físicos inician los procesos de enfermedad física, los cuales a su vez serán tratados por medios físicos como la cirugía y las drogas. El éxito de la medicina científica moderna, controlando enfermedades infecciosas, reforzó esta forma de curar. Entonces en 1628, William Harvey, el pionero de la fisiología cardiovascular, escribió: “Un disturbio mental que produce dolor, alegría excesiva, esperanza o ansiedad se extiende al corazón donde afecta su temperatura y ritmo, debilitando la nutrición y el vigor” citado en Siegman (1994). El Dr. Archer, notable médico del siglo XVII, escribió: “Las observaciones que he hecho en la práctica de la medicina estos varios años me han confirmado en esta opinión, que el origen o causa de la mayoría de las enfermedades, males y muertes es primero es algún gran descontento que trae un hábito de tristeza de la mente” (Archer, 1673). Heberden (1772), uno de los primeros en describir con claridad los síntomas de la angina de pecho, implicaba a las emociones fuertes, en especial el enojo, en la enfermedad cardiovascular (ECC). John Hunter, el primer científico del siglo XVIII en cirugía cardiovascular y patología que sufría de ataques de angina relacionados con emociones, decía: “Mi vida está en manos de cualquier granuja que elija ponerme en pasión”, De Bakey & Gotto, (1977). (Citado en Siegman & Smith, 1994). De hecho, sufrió un ataque cardíaco después de un intercambio acelerado en una reunión de la Facultad del Colegio Real de Médicos en Glasgow, Escocia. Es notorio el interés con que estos autores de antaño enfatizaban el rol del enojo en la patogénesis del ECC, mientras que en la actualidad el enojo ha pasado a segundo (ultimo) término, dando paso a los constructos como el patrón de comportamiento Tipo A (PCTA) y la hostilidad (Ho). (Citado en Siegman & Smith, 1994).

El trabajo clínico de Sigmund Freud y seguidores Alexander, French & Pollack (1968), y la investigación fisiológica de Cannon (1920), contribuyeron al resurgimiento del paradigma holístico. Basados en su experiencia del psicoanálisis como French y

Alexander clamaban que los conflictos psicológicos podrían disminuir o por lo menos contribuir con procesos de enfermedad. En esta versión psicoanalítica de la medicina psicosomática, los conflictos específicos estaban relacionados con enfermedades específicas. Por ello los conflictos unidos a la expresión de enojo estaban ligados con las enfermedades del corazón, los conflictos sobre necesidades de dependencia con las úlceras y la depresión reprimida con trastornos dermatológicos. (Citado por Schneider, 1988).

Estas diferentes manifestaciones, se decía, que representaban expresiones simbólicas de conflictos psicológicos reprimidos subyacentes. A pesar de que las pruebas empíricas de estas hipótesis inspiradas en lo psicológico eran incongruentes, no por ello fueron menos valiosas para avanzar en el entendimiento y comprensión de los fenómenos psicológicos.

Las explicaciones psicoanalíticas o desórdenes psicofisiológicos, carecían de una razón fisiológica creíble de cómo los eventos psicológicos se transforman en procesos de enfermedad física. Esto lo brindaba la investigación de Cannon, (1920). Sobre la respuesta pelea – huida, sus investigaciones mostraban que este fenómeno involucra un número de respuestas fisiológicas adaptables, tales como un incremento en la presión sanguínea, la liberación de adrenalina y corticosteroides.

Aunque adaptable a corto plazo los cambios fisiológicos preparan al cuerpo para engranarlo en una intensa actividad motriz que es requerida para la respuesta pelea – huída, su activación crónica puede causar daño en tejidos y enfermedad. Más aún las amenazas enfrentadas por el hombre moderno, como la pérdida del empleo, el divorcio y la enfermedad crónica, no se resolverá por una intensa actividad física incrementando el daño potencial a tejidos de la respuesta pelea – huída. Por supuesto, se sabe ahora que la pelea y la huída son las manifestaciones del comportamiento (acciones) de enojo y el miedo. Las emociones por tanto, juegan un papel clave en la transformación de eventos psicológicos o procesos de enfermedad. Cannon, (1920).

De las tres emociones negativas principales, el miedo, la depresión y el enojo, es ésta última la más relacionada con las elevaciones peligrosas de la presión arterial Siegman, (1992). El enojo entonces, es un candidato lógico y seguro como factor de comportamiento de riesgo, para la enfermedad coronaria.

Es importante recordar que el afán de buscar factores “psicológicos” en la enfermedad cardiovascular surgió por el hecho de que los factores de riesgo tradicionales, como tabaquismo, hipertensión, hiperlipidemia, obesidad y antecedentes

familiares, no llegó a ser ni siquiera el 50% de las causas de las enfermedades cardiacas Jenkins, 1978; Keys, 1970; Rosenman, 1983. Citado en Siegman & Smith, (1992).

Durante los 50' s, dos cardiólogos, Friedman y Rosenman, identificaron un complejo del comportamiento que consideraron factores de riesgo para la enfermedad coronaria. Estos comportamientos eran de ambición, competitividad extrema, impaciencia, agresión, hostilidad y urgencia del tiempo. Estos comportamientos fueron etiquetados como el patrón de conducta Tipo A propenso a la enfermedad coronaria.

Por otra parte, el patrón de comportamiento Tipo B se le definió en negativo, esto es, la ausencia de características del Tipo A. Dembroski, (1978). Sugerían una definición más positivas del patrón del comportamiento Tipo B, por ejemplo, cuando se refieren a esta conducta en términos de un estilo de vida “relajado”, pero hasta ahora no se cuenta con una definición precisa ni conceptualizada clara del patrón del comportamiento Tipo B. es importante señalar que desde el principio, el enojo, la hostilidad y el comportamiento agresivo eran considerados parte del patrón de conducta Tipo A aunque por ningún motivo sean únicos y constituyentes más relevantes.

Este hallazgo que enfatizó la relación probable entre el patrón de conducta Tipo A y las enfermedades coronarias, se vio empañado cuando la psicología anormal y social empezaron a citar la relación entre el comportamiento Tipo A y las enfermedades cardiovasculares como evidencia de una relación causal entre variables psico – sociales y la enfermedad, aceptando la introducción de una variable psico – social como factor de riesgo independiente para la enfermedad cardiaca. Dembroski, (1978).

Como el WCGS, Estudio de Grupo de Colaboración del Oeste (The Western Collaborative Group Study) para probar el enlace hipotético del patrón de comportamiento Tipo A y la enfermedad cardiaca. Este estudio fue una investigación prospectiva a gran escala, pero fracasó a pesar de los grandes esfuerzos de los investigadores por hacer la evaluación de la conducta Tipo A comparada a la WCGS. Aunque el estudio MRFIT se diferenciaba de WCGS en que sus sujetos eran seleccionados con base en estar en riesgo de la enfermedad coronaria, deberían notar que en el WCGS el patrón de conducta Tipo A predecía la enfermedad coronaria en todos los niveles de riesgo (Rosenman et. al., 1964), más aún MRFIF no estaba en el sembrar la duda. Debe notarse, de todas maneras, que, junto con los numerosos hallazgos negativos recientes, también se encuentran resultados positivos. Entonces en un estudio reciente las calificaciones Tipo A derivada de la entrevista estructurada, se

hallaron positivas relacionadas con CAD entre los pacientes más jóvenes en una muestra hagiográfica aunque la relación no fuera fuerte. Siegman & Smith, (1992).

Desde este momento fue necesario darle otra dirección a la investigación de riesgo coronario donde las variables fueran distintas al Tipo A global. Ya desde entonces en su libro, en busca del comportamiento propenso a coronaria: Más allá del Tipo A, Siegman y Dembroski (1989) afirmaron que:

Sin importar la evidencia contra el Tipo A global como factor de riesgo para la enfermedad cardíaca, la investigación debería continuar para examinar si algunos de los componentes de la personalidad Tipo A, multidimensional están relacionados con manifestaciones clínicas de la enfermedad coronaria, y que dicha investigación debería estar guiada por la determinación entre la construcción del patrón de conducta Tipo A y el concepto de comportamiento propenso a enfermedad coronaria. Esta distinción reconoce que muchos de los atributos contenidos en la definición conceptual del PCTA general pueden no relacionarse con la enfermedad cardíaca y como tales son sólo correlacionados genuinos del patrón, de hecho algunos elementos de PCTA pueden incluso ser protectores y unos pocos incluso tal vez uno puede ser “tóxico” en sus efectos.

Además, el concepto de comportamiento pro – coronario, da pie a la posibilidad de que los atributos del comportamiento no incluidos en la definición tradicional de PCTA pueden calificar como tendencias coronarios. Dos tipos de explicaciones se han ofrecido para dar cuenta de los cada vez más numerosos hallazgos negativos en la relación Tipo A general – enfermedad coronaria. Una se enfoca en los problemas metodológicos de la Entrevista Estructurada y otra en la construcción del Tipo A. Las cuestiones que tratan con comportamientos de conducción dura, competitividad, urgencia del tiempo, impaciencia y hostilidad, constituyen la definición conceptual de la constitución del patrón de conducta Tipo A. Más tarde ha habido algunos cambios en el contenido de las preguntas, pero son menores y no es probable que afecten la clasificación de una persona. De cualquier modo dichos cambios en la administración de la Entrevista Estructurada (EE) ya representan un problema más serio. Siegman & Smith, (1992).

En un principio, en el WCGS, el comportamiento del entrevistador era correcto y profesional pero no desafiante ni de confrontación. Posteriormente se enfatiza la importancia del desafío del entrevistador, aunque no es muy específico en cómo se implementaría ese desafío, además de indicar que en ocasiones el entrevistador debería

interrumpir al entrevistado y desafiar sus respuestas cuestionando así: “¿por qué?” y “¿por qué no?”.

Más tarde Chesney, Eagleston y Rosenman (1980) proporcionaron lineamientos más específicos, donde la (EE) Entrevista Estructurada deberá hacerse en un estilo seco y abrupto. Además, los comentarios desafiantes, que están diseñados para provocar competitividad y autojustificación, serán presentados a manera de ráfaga. La razón fundamental para conducir la entrevista de modo confrontativo, es que está diseñada para generar una muestra de comportamiento de la respuesta del entrevistado al relato (Chesney & Rosenman, 1980). La evidencia sugiere que en MRFIT, algunos entrevistadores fueron más desafiantes y confrontativos que otros. Los hechos indican que las variaciones en la conducta del entrevistador afectan la designación Tipo A del entrevistado Siegman, Feldstein, Simpson, Barkley & Kobren, (1984). (Citado en Siegman & Smith, (1992).

Más aún otros datos sugieren que una entrevista menos confortadora y desafiante, como lo fue conducida en el WCGS, es más eficaz para predecir la enfermedad coronaria. En otras palabras, se sugiere que los hallazgos inconsistentes pueden reflejar inconsistencias en la administración y aplicación de la Entrevista Estructurada (EE). Otra cuestión se refiere a la clasificación de la EE desde el principio, Rosenman (1978), (citado en Chesney & Rosenman, 1980) fue claro al señalar que la calificación de la EE debería basarse no tanto en el contenido de las respuestas del entrevistado como en el comportamiento expresivo vocal, o el estilo vocal, durante la EE. El criterio de calificación incluye latencias cortas de respuesta, alto volumen, oratoria expresiva, acelerada rápida e interrupciones frecuentes del entrevistador. No es muy claro ni preciso cuanto peso darle a la evidencia de hostilidad.

Si los calificadores de la EE dan ahora más peso al estilo vocal y menos peso a las referencias de hostilidad que antes en el WCGS, hay razones para creer que esto es lo que ha estado ocurriendo al menos entre calificadores entrenados en la tradición de Rosenman, entonces puede que tengamos una explicación más para los hallazgos cada vez más negativos. Más aún no hay claridad de que haya consistencia en este aspecto entre calificadores.

Se recordará que la personalidad Tipo A abarca comportamientos tan diversos como ambición, hostilidad y estilo de vida apresurado. El comportamiento exagerado en cualquiera de estas conductas podría ganarse una designación Tipo A. De cualquier modo, se ha demostrado que todos son iguales y propensos a enfermedad coronaria.

Diferentes combinaciones de estos comportamientos podrían ganarse una designación Tipo A, aunque sólo algunos de ellos o sus combinaciones pueden ser propensos a contraer enfermedades coronarias, otros pueden no serlo e incluso pueden ser protectores.

Dembroski, (1978) consideró necesario alejar del campo de la investigación al Tipo A global y enfocar su atención en la hostilidad como el componente tóxico en la construcción del patrón de conducta Tipo A (PCTA). Él insistía que más progreso daría la descomposición del patrón conductual Tipo A, en sus componentes constitutivos, que la identificación del comportamiento propenso a la enfermedad coronaria

El estudio de Matthews, (1977), (citado por Siegman & Smith, 1992) estuvo basado en 62 casos nuevos de enfermos cardiovasculares y 124 controles igualados del WCGS. Las comparaciones se hicieron en relación con más de 40 variables relevantes Tipo A derivados de la (EE) Entrevista Estructurada. Los discriminadores importantes entre los casos y los controles eran el potencial de hostilidad, el enojo exteriorizado, la experiencia de enojo más de una vez a la semana, irritación esperando en filas, contestaciones vigorosas y respuestas explosivas. Los hallazgos obtenidos por el grupo de la Universidad Duke, dirigido por Redford Williams Jr., que las calificaciones en la Escuela de Hostilidad (Ho) derivado del MMPI se correlacionan con la severidad de la enfermedad coronaria arterial (CAD) Williams, (1985), (citado en Dembroski, 1978) contribuyeron a la posición de Dembroski que señalaba que es probable que el potencial de hostilidad es el componente tóxico del complejo Tipo A.

Rosenman, (1964) (citado por Denollet, 1993), encontró que un factor de riesgo por la enfermedad coronaria (ECC), ha sido considerado como evidencia y es la dimensión de enojo/hostilidad que confiere ser propenso a una enfermedad coronaria. También se encontró que esta característica emocional se relaciona con significancia con la incidencia de enfermedad coronaria.

De ninguna manera la hostilidad es el único comportamiento propenso a la enfermedad coronaria, también está el estrés, la competición verbal y su severidad en las calificaciones de defectos, categoría expresiva de dominación y certeza Siegman & Smith, 1992).

Aunque el peso de la evidencia de hecho indica que la hostilidad es un factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares. De reconocerse, de todos modos, que la hostilidad también es una construcción, y que sólo algunas de sus dimensiones pueden ser propensas a una enfermedad coronaria Siegman, Dembroski & Ringel, (1987)

(citado por Siegman & Smith, 1992). La naturaleza multidimensional de la hostilidad es respaldada por los resultados de varios estudios analíticos de los factores del Inventario de Hostilidad Buss – Durkee (BDHI) llevado a cabo por Bending, 1962; Buss & Durkee, 1957; Edmundo & Kendrick, 1980; Sarason, 1961; Siegman, Dembroski & Ringel, 1987. (Citado por Siegman & Smith, 1992).

El BDHI, consiste en varias escalas construidas de modo racional: Agresión Física (cuando pierdo la compostura soy capaz de abofetear a alguien), Agresión Verbal (cuando me enojo digo cosas feas), Agresión Indirecta (cuando me enojo a veces azoto cosas), Irritabilidad (estoy mucho más irritado de lo que la gente se da cuenta), Negativismo (cuando alguien es mandón, hago lo opuesto de lo que pide), Sospecha y Resentimiento. Los análisis de los factores de los puntos del BDHI, o de las sub escalas BDHI, han identificado dos factores. El primero está definido por sub escalas que miden la frecuencia con las que el individuo experimenta sentimientos de hostilidad, incluyendo sentimientos de desconfianza y sospecha. El primer factor, es una medida de la experiencia hostil. Este factor tiene correlación positiva sustancial con indicadores de ansiedad o neurotismo Siegman, Dembroski & Ringel, (1987) (Citado por Siegman & Smith, 1992) y, por tanto puede verse como una medida de hostilidad neurótica. El segundo factor es definido por subescalas que miden la expresión del enojo – hostilidad que ocurre en respuesta a la provocación. De cualquier modo considérese la posibilidad de que el enojo – hostilidad expresada es conocida como la muerte cardiaca repentina, y la experiencia del enojo – hostilidad con la arteriosclerosis, y la desconfianza cínica con otro punto final de la enfermedad coronaria.

De las tres principales emociones negativas, miedo, ansiedad, tristeza, depresión, y enojo, los psicólogos le han prestado menos atención al enojo. Incluso aunque los médicos están al tanto del importante papel que juega el enojo en las vidas de sus pacientes, ha habido muy poca explicación de un desarrollo y de su rol preciso en diferentes psicopatologías. Aunque DSM III discute el rol de la ansiedad en varios síndromes psicopatológicos con cierto detalle, hay muy poco que encontrar sobre el rol del enojo. De cualquier modo, la busca de factores de riesgo en el temperamento, que propensen enfermedades cardiovasculares ha generado un nuevo interés en el enojo y sus consecuencias somáticas. Incluso en 1939, Franz Alexander sugirió que la represión del enojo coexiste con elevaciones en la presión sanguínea y con la hipertensión esencial (EH), ya que el apoyo empírico para esta hipótesis ha sido inconsistente

Diamond, 1982; Julios, Schneider & Egan, 1985; Manuck, Morrison, Bellack, & Polefrone, 1985) (citado por Schneider, 1988).

Los psicólogos distinguen entre enojo, hostilidad y agresión, con el primero refiriéndose al afecto, el segundo a actitudes, y el último a un comportamiento destructivo. Dadas las manifestaciones fisiológicas y neurohormonales del enojo, no debería sorprender que el enojo pueda juzgar un papel importante en el desarrollo de la enfermedad cardíaca.

Durante mucho tiempo se ha sabido que el enojo está relacionado con altos niveles de excitación cardiovascular, lo cual ha sido identificado como el mecanismo que traduce la conducta en procesos de enfermedad coronaria Schneider, (1988). El enojo también se relaciona con tasas incrementadas de producción de testosterona y formación de plaquetas, las cuales también están involucradas en la patogénesis de la enfermedad cardíaca, Williams, (1989) (citado por Schneider, 1988). De todos modos, necesitamos distinguir entre las diferentes formas de enojo. Hay abundante evidencia que sugiere que sólo la expresión del enojo y no su mera experiencia coexiste con niveles altos de índice cardiovascular. Se necesita distinguir primero entre enojo hostilidad, y conducta agresiva, entre todos estos y la desconfianza cínica y determinar cómo estas construcciones se relacionan entre sí. Es ahora cuando se sabe, que los calificados altos en la escala de (Ho) hostilidad son individuos cínicos, desconfiados y tienden a tener un estilo de vida propenso a una enfermedad coronaria, incluyendo un consumo excesivo de alcohol, comida y otras cosas. Casamadrid, (1989).

En un estudio con pasantes varones realizado en un laboratorio, se encontró una asociación positiva entre la experiencia del enojo – hostilidad y fumar, el consumo de cafeína y la privación del sueño. No se obtuvieron dichas asociaciones entre la expresión del enojo y las variables del estilo de vida de las personas con la enfermedad coronaria. Esto sugiere que la expresión de enojo es un factor de riesgo para las cardiopatías, independientemente de estas variables de estilo de vida. Siegman & Smith, (1992).

Por último es razonable asumir que los individuos enojados, hostiles o desconfiados no disfrutan las experiencias positivas y protectoras brindadas por buenos sistemas de apoyo social. Por supuesto, las explicaciones que involucran enojo, hostilidad, cinismo y variables de estilo de vida no tienen que ser exclusivas o excluyentes, sino que es probable que sean fortificantes. De cualquier modo, se necesita

más investigación empírica sobre cómo el apoyo social es afectado por esos factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares.

A continuación es importante revisar el enfoque psicosomático – psicoanalítico, ya que va a proporcionar conocimientos fundamentales sobre esa liga tan importante entre las emociones y las enfermedades cardiovasculares. De esta manera descifrar aquellos sentimientos y emociones ocultos en las fantasías inconcientes.

2.4 Enfoque psicosomático, psicoanalítico

"No hay camino de vuelta a la inocencia.

El corazón en su propia cobardía genera y encuentra su dolor, pero conforta la esperanza de que el comprender ensanche las arterias del amor."

Luís Chiozza

Las cardiopatías isquémicas en la clínica médica

Según las estadísticas, en los países occidentales desarrollados más de la mitad de las muertes se deben a enfermedades cardiovasculares. Más de una cuarta parte de estas muertes se produce como consecuencia de alguna de las distintas formas clínicas de la cardiopatía isquémica. Esta enfermedad constituye la causa de muerte más frecuente.

De manera aproximada, el 50% de los enfermos que la padecen, independientemente del haber sido diagnosticada, mueren de modo súbito sin dar la oportunidad de brindar tratamiento adecuado a la crisis que provoca la muerte Ruda Vega y Gadda, (1978). (Citado en Chiozza, 1980).

Desde un punto de vista fisiopatológico, las cardiopatías isquémicas son el producto de desequilibrio entre la demanda energética de la fibra muscular cardiaca y el aporte metabólico que recibe. Si este desbalance es transitorio, la zona afectada presenta trastornos metabólicos que producen el llamado dolor anginoso y alteraciones reversibles de la función contráctil con mayor o menor grado de falla de la función cardiaca. Al restablecerse el equilibrio entre oferta y demanda, las alteraciones retrogradan e incluso desaparecen en forma total. Cuando el desequilibrio se prolonga, el trastorno metabólico se torna irreversible y se producen alteraciones histopatológicas, conocidas como miocitolisis, que conducen a la necrosis de la zona afectada, configurando el cuadro anatomopatológico de lo que denominamos infarto del miocardio. Cohen & Feldstein, (1981).

Desde el punto de vista clínico las cardiopatías isquémicas conforman una "serie continua" que se diferencia en: a) episodios de isquemia transitoria denominados angina

de pecho; b) cuadros de isquemia aguda persistente, sin o con escaso daño tisular comprobable; y c) cuadros de isquemia con necrosis tisular, que adquieren el nombre de infarto de miocardio. El dolor anginoso, de intensidad variable, constituye en muchos de estos episodios el único elemento que conduce nuestra atención hacia la alteración existente. En ausencia de otros signos o síntomas, como es el caso de las isquemias transitorias, es el dolor el único elemento que permite el hallazgo. Por este motivo "no existe" angina de pecho sin dolor anginoso. Cohen & Feldstein, (1981).

Es conveniente distinguir, dentro de las anginas de pecho, por su diferente significación clínica (Battie y Bertoiassi, 1974), los siguientes cuadros: a) estable (que no presenta variaciones de frecuencia, intensidad y/o duración de las crisis en los últimos tres meses); b) inestable (que puede, según su evolución, ser progresiva o regresiva); c) de reciente comienzo (si no han transcurrido más de tres meses desde su iniciación); d) tipo Prinzmetal; y e) síndrome coronario intermedio (dolores anginosos de reposo, intensos, prolongados, recurrentes, con escasa o nula respuesta a los nitritos). La New York Heart Association Farreras Valenti y Rozman, (1972) (citado por Chiozza, 1980) clasifica cuatro grupos funcionales de angina de pecho por su relación con el esfuerzo: I) frente a grandes esfuerzos; II) frente a esfuerzos habituales; III) frente a pequeños esfuerzos; y IV) frente a pequeños esfuerzos y también en reposo. Chiozza, (1980).

El tipo Prinzmetal corresponde a la fisiopatológica de espasmo arterial, coronario, que puede ocurrir en arterias coronarias sanas o sobreagregarse a una obstrucción parcial arteriosclerótica de las coronarias. Lo esencial es aquí una disminución de la oferta en lugar de un aumento de la demanda. En un contexto clínico, se observa que se presenta en reposo, frecuentemente por la noche y a la misma hora. El espasmo coronario (comprobado mediante la cineangiocoronariografía), formó parte de la interpretación clínica de los fenómenos que configuran el cuadro del *angor pectoris*, especialmente de su periodicidad Siebek, (1957). (Citado por Chiozza, 1980).

Las cardiopatías isquémicas desde una perspectiva psicoanalítica.

a) El corazón

La afirmación de que el corazón es el órgano del sentimiento es tan popular que ha llegado a ser trivial. El estudio de las fantasías vinculadas más estrechamente con la función cardiaca (Chiozza, 1978f: 1980c; 1981d), (citado en Chiozza, 2007) coincidiendo muchas veces con otros autores Breuer y Freud, 1895d; Furer, 1971; 1978;

Litvinoff, (1979) (citado en Flanders, 1995) ha permitido ver: a) la relación entre el dolor de la ofensa y el daño cardíaco; b) el contenido simbólico de coraje, valentía y esfuerzo que el corazón se adjudica; c) la misericordia, la discordia y la concordia como afectos íntimos vinculados con la víscera cardíaca; d) la relación existente entre la nobleza, como rasgo de carácter y las enfermedades cardíacas; e) el lugar que el corazón ocupa como símbolo en las religiones que lo transforman en representante de lo más sagrado- asociado con la idea de trascendencia; f) la vinculación existente en nuestro idioma entre el "pálpito", o latido cardíaco, y la idea de presentir el porvenir: g) la diferencia entre la remembranza o memoria, como modo de volver lo pasado a la mente, y el recordar, como modo de volver lo pasado al corazón, diferencia que corresponde a las dos formas de olvido; h) la íntima relación que posee el penoso proceso de sobrecarga de los recuerdos, propio de los procesos de duelo, y una "manera cardíaca" de la melancolía, que se oculta en lo que llamamos nostalgia.

Entre las importancias que existen hay diferencias, en el terreno de las vinculaciones que las fantasías establecen con el corazón, éste no puede significar cosas distintas. Intentando distinguir entre lo fundamental y lo accesorio, llegamos a la conclusión de que el prototipo de la función cardíaca es la alegoría de un ritmo "marcapaso" de la vida, como creación de un tiempo cualitativo, que marca la significación y la importancia de cada momento. De este modo el corazón, que con su ritmo otorga un acento distinto a cada presente que se vive, pre-siente o pre-figura el sentimiento en cada instante, y es en este sentido primordial que se comprende su vinculación con los afectos.

b) Los afectos

Freud sostiene que los afectos son procesos de descarga cuyas últimas manifestaciones son percibidas por la conciencia bajo la forma de sentimientos. Cada afecto distinto se constituye, desde este punto de vista, como un distinto conjunto de inervaciones efortoras, susceptibles de repetirse una y otra vez, como otras tantas pautas típicas y congénitas Freud, 1915e; 1926d). (Citado en Chiozza, 2007).

Estas pautas inconcientes corresponden a adquisiciones tan precoces que han de situarse en la prehistoria filogenética, de ahí que su carácter universal posibilite la comunicación empática entre los distintos individuos en la medida en que estos son capaces de compartir afectos idénticos y reconocer en el prójimo, mediante la

contemplación de un comportamiento "objetivo", la existencia de una particular y específica vertiente subjetiva. Freud, (1968).

Freud sostuvo, sin embargo, a partir de este punto, algo mucho más importante. Había descubierto que el ataque histérico corresponde a una recuerdo encubierto, ajena a la conciencia, de un suceso motor que en su momento original fue una reacción justificada ante un suceso traumático infantil que, por lo doloroso, debió ser reprimido, y que esa reacción repetida de manera inconciente, en situaciones actuales frente a las cuales se demuestra injustificada, no era otra cosa que la perduración simbólica —a la manera de un monumento conmemorativo — de aquel suceso traumático. Sostuvo entonces, dando un paso adelante en su teoría, que los afectos se constituían al modo de ataques histéricos típicos y heredados, que correspondían a sucesos traumáticos filogenéticos, frente a los cuales constituyeron alguna vez acontecimientos motores justificados. Freud, (1922).

El ataque histérico es entonces comparable con un afecto individual, normal, a la expresión de una histeria universal que se ha hecho hereditaria. Por este motivo se dice que "La identidad fundamental existente, en cuanto a su estructura constitutiva, entre histeria y emoción, permite comprender las llamadas organoneurosis como conversiones histéricas que afectan a las inervaciones vegetativas". Freud, (1922).

El estudio psicoanalítico de las enfermedades psicóticas y neuróticas ha sido una costumbre a seguir con cautela los sucesos de los afectos en la constitución de los síntomas. Se descubrió, también en los síntomas y signos de las enfermedades somáticas, la descomposición y transformación de las distintas "claves", ideas inconcientes o conjuntos de inervación que configuran, en el momento de su descarga y los diferentes afectos Chiozza, (1978).

c) Las cardiopatías isquémicas

Se dice que en el conjunto de las inervaciones constitutivas de cada afecto participa por lo regular un componente vasomotor, cuya calidad particular puede arrogarse la representación simbólica de la clave completa, debido a que interviene de manera sobresaliente en el conjunto que corresponde a esa clave, también se señala que el corazón es un vaso sanguíneo modificado y diferenciado y que, por este motivo, es capaz de atribuirse a su vez la representación completa de las diferentes calidades de la función vasomotora primitiva, que forman parte de las distintas claves de inervación. Se presta, además, para representar los diferentes matices o acentos que participan en la

configuración de cada uno de los afectos particulares, gracias a la evolucionada complejidad de su funcionamiento, evidenciada en la complejidad de su estructura orgánica y de su sistema autoexcitador. Freud, (1922).

Se ha dicho también que el corazón es el órgano más adecuado para atribuirse la representación de aquellos estados de "presentimiento" (el "pálpito") que anteceden o sustituyen a la configuración de los afectos. Tal como lo expresamos en otro lugar Chiozza, (1980), si tenemos en cuenta que la excitación que no ha llegado a configurarse como la pauta de una acción eficaz es experimentada como un peligro o amenaza con desorganización cuya manifestación patosomática podría llegar a constituir un ataque epiléptico "funcional" o una neuroaxitis "anatómica" (por ej, esclerosis en placas), se puede pensar que la excitación que no ha llegado a configurarse como la pauta de un afecto coherente es experimentada como una amenaza de desorganización, cuya manifestación patosomática podría llegar a constituir una arritmia cardíaca "funcional".

Es necesario preguntarse cuáles son las razones que impiden la configuración del afecto, y a qué sucesos puede dar lugar esa imposibilidad. Algunas observaciones realizadas en pacientes con cardiopatías isquémicas parecen arrojar luz sobre ambas interrogantes.

La teoría psicoanalítica subraya que el motivo de la represión es impedir el desarrollo de un afecto penoso, cuya clave de inervación, ya configurada, se encuentra en lo inconciente. Los casos que ocupan, en cambio, se trata de inhibir o restringir *in statu nascendi* el proceso por el cual una excitación configura un afecto, debido a que el presentimiento o la prefiguración de ese protoafecto permite "pre-ver" una privación insoportable. El lenguaje posee una expresión que, si bien no es exacta en su significado riguroso, representa ese estado. Freud, (1917).

El proto-afecto pre-sentido, de ser configurado, llegaría a constituir "algo que no tiene nombre", una vergüenza, o, como se dice a veces, "una ignominia". Pero no con el significado literal de algo que es inexpresable pero puede ser agradable, sino, para referirse a lo que se presiente como tan "inconcebible", increíble, incalificable e indignante, que ni siquiera puede ser sentido ni calificado con palabras.

Explorando en la raíz etimológica Corominas, (1961) (citado por Chiozza, 1978) de la palabra "dignidad", se ha comprobado la identidad de origen con "decencia" y "decoro", que corresponden al significado de aquello que conviene, y es honorable (también bello). Lo importante para este tema, reside en que de la palabra "decoro"

deriva "condecoración", y que la condecoración, que aumentan el decoro, se coloca sobre el pecho, en el lugar del "noble" corazón, como si esto correspondiera a la percepción inconciente de que la condecoración es la contrapartida de aquel estado "cardíaco" que se denomina ignominia. Chiozza, (980). "Decoro" es también adorno u ornato. Suele decirse, con ironía, ante el engaño vinculado a la infidelidad amorosa, que el amante engañado ha sido "adornado", como si se aludiera con esto, por contrafigura, a la ignominia implícita en la traición. La ignominia equivaldría a una degradación o pérdida de todo grado, decoro o condecoración. La degradación, lo mismo que la colocación de grados o la condecoración, son ceremonias públicas. Para que la degradación constituya aquel estado que denominamos ignominia es necesario que el sujeto que es objeto de ella se la "tome a pecho", es decir que se des-moralice, que experimente el sentimiento acorde con la degradación que le fue impuesta desde el exterior. Es también imprescindible que "la culpa" no pueda quedar, en su ánimo, en definitiva atribuida, y que la situación, al mismo tiempo, deba ser solucionada y sea "insoluble". Esta imposibilidad de atribución de la culpa y el sentimiento del deber realizar una obra de amor imposible configuran, en su conjunto, el conflicto más "humanitario" de cuantos cabe concebir. Por eso no es extraño que la enfermedad cardíaca quede asociada con la idea de una muerte noble.

Cabe suponer que la imposibilidad de descargar mediante una pauta afectiva ya configurada, imposibilidad cuya representación patosomática se adjudica la angina (funcional o anatómica), deja una excitación, cuya representación patosomática podría constituir una arritmia (funcional o anatómica).

La presencia de un suficiente incremento fanático en la pulsión implicada permitiría comprender, frente a una fantasía común, las diferencias que, en las cardiopatías isquémicas, configuran el desnivel que va desde la angina al infarto. La muerte adquiriría el significado de una reacción frente a un tipo de ignominia que no sólo no debe sentirse, sino que tampoco se debe vivir. Cuando esta ignominia debe "lavarse con sangre", se presentaría la rotura cardíaca, en la cual aparece el elemento "crueldad" (*Cruor*: sangre derramada (Corominas, 1961)). (Citado en Chiozza, 1978).

La interpretación de las cardiopatías isquémicas en términos de ignominia permiten comprender, frente a la profunda crisis axiológica que conmueve al mundo moral de nuestra época, el hecho de que esta enfermedad haya aumentado su frecuencia y constituya la causa del mayor número de muertes.

d) El dolor y la angustia en la angina

Freud incluye, dentro de la teoría de los afectos, al dolor y la angustia (Freud, 1926d (1925) (citado en Freud, 1940). En este sentido amplio, que incluye, además, a los llamados equivalentes sintomáticos de los afectos, toda descarga motora que no constituya una acción eficaz configura un afecto. Cuando, en 1926 (Freud, 1926d (1925]), retoma el problema de la angustia, afirma que lejos de ser un hecho físico sin representación, constituido por la conversión directa de la libido, consiste en un afecto que "contiene" la historia del trauma de nacimiento de la misma manera que el síntoma histérico contiene la historia de un suceso traumático infantil. Freud, (1940).

La palabra "angustia" tiene en su origen el significado de angostura y opresión, no ha sido elegida al azar para nominar a ese estado afectivo, sino como un derivado apropiado para arrogarse la representación de una estructura compleja de ideas inconcientes, ligada a un conjunto de vivencias prototípicas de atolladero estrecho y anoxia, arcaicas y heredadas, que se renuevan una y otra vez en el instante magno de cada nacimiento a la vida extrauterina. Chiozza, (1978). Sin embargo, pensar en la existencia de una realización simbólica, "representativa", inherente a la llamada "conversión directa" de la libido insatisfecha en angustia, no implica desconocer la importancia de la magnitud cuantitativa y energética de esa insatisfacción actual. El significado histórico sólo puede darse en una realidad física actual, pero la actualidad física siempre es una copia de significado histórico.

Freud, (1940) decía que "los procesos que engendran la angina de pecho y la angustia son en principio los mismos" y que "toda angustia representa una angina de pecho leve, un acceso ligero". Dado que en los síntomas somáticos que conforman la angustia se mezclan y homologan fenómenos fundamentales con otros secundarios o accesorios, no es aventurado afirmar que la llamada estenocardia forma parte esencial de la genuina y primaria clave de inervación del afecto que denominamos angustia, configurada por un tipo particular de estenosis "central", vinculada a la opresión, la estrechez y la anoxia. Es curioso que, aunque los términos "angina" y "angustia" derivan de una misma raíz etimológica, el primero sólo se utilice para nominar un fenómeno que se categoriza como somático y el segundo designe a un fenómeno que se interpreta como psíquico.

Teniendo en cuenta que toda estenocardia es un complejo funcional compuesto en proporciones desiguales por elementos espasmódicos y oclusiones o rigideces coronarias anatómicas (para designar los más comunes), resulta significativa la

distinción, llamada "acceso anginoso auténtico" .al que se produce como consecuencia de un espasmo y constituye, en su opinión, una crisis que pone en serio peligro la vida del enfermo. Considera, en cambio, que la angina de esfuerzo no ofrece el mismo riesgo inmediato, en la medida en que su dependencia directa del trabajo corporal permite en cierto modo prever y controlar la aparición del episodio. Chiozza, (1978).

Parece que es útil distinguir en la estenocardia tres constelaciones entre las que construyen la sintomatología, las cuales deben corresponder a distintos significados inconcientes.

En primer lugar	En segundo lugar	En tercer lugar
<p>El dolor estenocárdico, que nos parece vinculado de una manera más clara y directa con la llamada angina de esfuerzo (aumento de la demanda de oxígeno), encontraría su significado primario en la necesidad de protegerse frente a la realización simbólica de una tarea que, en lugar de ser una respuesta valiente a una ofensa subyacente, constituye el coraje temerario de quien excede sus posibilidades de reacción.</p> <p>El abandono de este esfuerzo podría quedar representado en la insuficiencia cardiaca.</p>	<p>La angustia, que durante los accesos (angina) no funcionaría como una leve señal, sino fundamentalmente bajo la forma de "angustia catastrófica" (que reedita el trauma de nacimiento como rotura de un vínculo simbiótico-umbilical), quedaría relacionada con el componente espasmódico (disminución de la oferta de oxígeno) y aportaría al cuadro de la cardiópata isquémica su propio significado dramático de estrangulamiento y agonía.</p>	<p>La isquemia miocárdica (anoxia), como fenómeno fundamental específico del cuadro que subyace a los otros dos, aportaría el significado esencial constituido por la coartación de un proto-afecto pre-sentido que no puede "nacer" hacia la configuración completa de su clave, por ser considerado una ignominia degradante.</p>

Relato de una patobiografía

a) La historia clínica

El paciente que se presentará, tenía 56 años en el momento de la consulta. Trece años antes, a los 43, comenzó un cuadro anginoso de reposo. Las crisis se producían, de manera típica, a las 4 de la mañana y cedían en quince minutos.

Se repetían con una periodicidad mensual. En retrospectiva, se puede establecer el diagnóstico de una angina de tipo Prinzmetal.

Diez años más tarde, cuando tenía 53, agregó a su cuadro una angina de esfuerzo. Los episodios de este último tipo se presentaban al caminar después de comer, subir pendientes, exponerse al frío, recorrer trayectos de 200 a 300 metros, configurando un cuadro de angina común inestable de tipo progresivo del grupo 2 Battie y Bertolassi, (1974; Farreras Valenti y Rozman, (1972) (citado en Chiozza, 1980). Se aliviaban con la administración de vasodilatadores coronarios por vía sublingual.

Dos meses antes de la consulta actual, al hallarse de viaje, se intensifica la angina de esfuerzo y padece numerosos episodios de angina de reposo.

El examen clínico de su aparato cardiovascular, efectuado como parte del Estudio Patobiográfico que realizaron los Dres. J. Sainz y H. Moguilevsky, no arroja resultados anormales. La frecuencia cardíaca es de 68 pulsaciones. La tensión arterial 130/80. En el electrocardiograma aparece bloqueo incompleto de rama derecha. La coronariografía revela lesiones coronarias leves y difusas. El fondo de ojo (Dr. C. Argento) revela una relación arteriovenosa de 2/3 a 2/4, con brillo aumentado y discreta dilatación venosa, lo cual se interpreta como signo de arteriosclerosis incipiente. Presenta un discreto sobrepeso, fuma de 60 a 80 cigarrillos por día desde los 15 años. El laboratorio (Dr. H. Camarotta) permite comprobar hiperlipidemia de tipo IV. Chiozza, (1980).

A los 54 años padeció dos episodios de gota aguda. Ambos padres han sufrido infarto agudo de miocardio. Un hermano mayor registra hipercolesterolemia. De los factores de riesgo identificados por la experiencia cardiológica como antecedentes que ensombrecen un pronóstico, presenta, en diverso grado, todos ellos, excepto diabetes e hipertensión arterial.

En el momento de la consulta, la afección de nuestro paciente fue diagnosticada como una angina tipo Prinzmetal, cursando hacia una forma clínica inestable de carácter progresivo. La indicación terapéutica cardiológica consistió en la prescripción de un vasodilatador coronario de acción prolongada, que se supone favorece el desarrollo de

riego sanguíneo colateral, aumenta el aporte de oxígeno, reduce su consumo y descarga la presión cardíaca. Se le prescribió también un antiarrítmico, que posee además acción vasodilatadora, y consejos higiénico-dietéticos.

Los pacientes que sufren angina de Prinzmetal pueden presentar las siguientes posibilidades evolutivas: a) muerte durante el ataque (probablemente por infarto o por fibrilación ventricular); b) infarto de miocardio no fatal (el cuadro anginoso desaparece inmediatamente de producirse el infarto); c) cardiopatía isquémica progresiva; d) desaparición espontánea y gradual del cuadro anginoso. No hemos encontrado datos estadísticos acerca de la proporción relativa de estos desenlaces. Chirife, (1981), (citado en Chiozza, 2007).

b) Dos tipos de historia

Se ha trazado un resumen de la historia clínica. Se explora físicamente al enfermo, y por comparación con la norma, registramos una alteración en la forma, la estructura o la función. De este modo, se halla una historia, concebida como sucesión cronológica de un conjunto de acontecimientos, que interpretamos como causas, cuyos efectos consisten en la alteración observada.

Pero esta historia clínica médica no es la única. Existe otro tipo de historia, que se denomina narración o relato de sucesos biográficos. Es una historia que transcurre entre personas, y cuyos elementos se articulan entre sí mediante la significación que relaciona a los símbolos con la realidad que simbolizan. Esta relación, distinta de la relación causa-efecto, es la que brinda a ese conjunto de sucesos la característica esencial que lo define como una historia biográfica.

Se verá ahora si ese tipo de historia permite enriquecer la comprensión de los acontecimientos que configuran la patología del paciente y ejemplifica las consideraciones que, acerca de las cardiopatías isquémicas, se han realizado en la primera parte de este trabajo.

c) Primeros capítulos de la biografía

A los 19 años, en provincia donde transcurrió parte de su adolescencia, Ernesto conoce a Claudia, hermana de un amigo. Ambos crecieron juntos y tuvieron un largo noviazgo. Ella compartió sus dificultades de estudiante y sus inseguridades juveniles. Ernesto había sido un niño introvertido, enfermizo y tímido. Su hermano, Rodolfo, cuatro años mayor, jovial y deportista, lo protegía. Su padre, italiano y de carácter

fuerte, jugaba al póquer con amigos y tenía aventuras con las pasajeras del hotel que regenteaba. Su madre, de la cual era el preferido, descendía de vascos franceses. Era dura, retraída, y de reglas preestablecidas, y la castigaba a menudo. Ernesto solía tener pesadillas y se despertaba angustiado. De los 9 a los 11 años vivió abandonado en un colegio del cual sólo salía fines de semana. Recuerda que se masturbaba a los 10 años y que espiaba a las hermanas de un amigo cuando se desvestían. Lo operan a esa edad de una ectopia testicular congénita. Poco después sufre repetidas ocasiones de orzuelos. A los 14 años tuvo su primera relación sexual con una prostituta, de una manera penosa, que no le dejó un buen recuerdo. Ese mismo año sufre una amigdalitis severa que culmina con una amigdalectomía, durante la cual el médico le dio una cachetada que "le dolió mucho más anímica que físicamente".

Por esta época se sospecha una tuberculosis pulmonar. A los 15 años le operan una hidrocele que le había quedado como secuela de la intervención por la ectopia testicular, y a los 16 sufre una apendicectomía.

A los 20 años tiene una reacción urticariana gigante luego de una vacuna antitetánica, y a los 21 se le realiza una plástica de reconstrucción para corregir los resultados de la operación de la hidrocele. En esta edad comienza el noviazgo con Claudia, que duró nueve años y durante el cual pudo unir por primera vez la sexualidad con el amor. No fue un estudiante brillante. Tenía además mucho miedo a los exámenes, frente a los cuales sufría de palpitaciones. Se recibió de ingeniero civil a los 27 años. En ese momento su padre, que tenía 57 años, sufre un infarto de miocardio y un accidente vascular cerebral que lo deja con una hemiplejía izquierda.

Después de recibirse, no se interesó más en su carrera. A los 28 años comienza a trabajar en un estudio de arquitectura, donde realiza cálculos de estructura. Dos años después ingresa como inspector de obra en una industria del Estado y comienza a destacar y a escalar posiciones. Entonces, a los 31 años, decide casarse con Claudia. Cuatro meses después la madre sufre un infarto de miocardio, y esa misma noche el padre muere por un edema agudo de pulmón, a los 61 años.

En este período la carrera de Ernesto es ascendente. Cuando tiene 33 años nace Eugenia, su primera hija, y dos años después es nombrado jefe en un importante departamento de la empresa. Durante el período que va de sus 21 a sus 35 años, en el cual se consolida su relación con Claudia, Ernesto no sufre enfermedades orgánicas, accidentes ni intervenciones quirúrgicas.

d) La culminación de su carrera

Claudia es una mujer de buen carácter, pero de mano firme y de no dejarse manejar. Trabaja en fisioterapia y tiene una boutique con la cuñada, esposa de Rodolfo, que es cirujano, profesor de la facultad y un hombre satisfecho en su profesión, un hombre "que ha triunfado".

A los 35 años, cuando lo nombran jefe en un cargo de responsabilidad, que implica vinculaciones internacionales, comerciales y ligadas a la industria petrolera, Ernesto sufre una parotiditis que no le deja secuelas. A los 36 años, durante el segundo embarazo de Claudia (de Alejandra, la hija que morirá cinco años después), sufre su primer episodio de úlcera duodenal.

A los 37 años, poco después de haber nacido Alejandra, padece un nuevo episodio ulceroso, esta vez con aparición de melena (coloración negra de las heces), el más dramático de cuantos experimentó. Ernesto relaciona ese episodio con el hecho de que nombraron a otro para desempeñar el cargo que había creído que le darían a él. Recuerda angustiado que tuvo dos hemorragias en el mismo día, y que tuvo que empezar, "como si naciera de nuevo, con leche y papilla, hasta poder volver a comer carne".

A los 38 años, cuando la madre sufre una hemiplejía izquierda, tiene una caída con luxación de la muñeca. A los 39 años su desarrollo profesional culmina. Siente que se empiezan a producir cambios muy fuertes porque se convierte en la persona de confianza de todas las autoridades de la importante empresa estatal. Crecen sus negociaciones internacionales y lo designan representante de la empresa ante una comisión ministerial. Llegamos así a los 40 años, cuando, "de golpe", se convierte en delegado de su país ante un importante organismo internacional. Un nuevo episodio ulceroso acompaña a este desarrollo. Y a los 41 años se transforma en el jefe de dicha representación. Ocurre entonces una importante transformación. Se le ofrece un ascenso conflictivo, que implica una significativa mejora económica, trasladarse fuera del país y abandonar la empresa para ocupar un cargo permanente en el organismo internacional.

Algo ha cambiado al mismo tiempo en su relación con Claudia. Se enamora de Mariana, una abogada que trabaja con él, estableciendo una relación que ella mantiene en el terreno platónico, y que Ernesto siente que hace peligrar su matrimonio. Siempre ha sido religioso, creyente y practicante. A pesar de que sus relaciones sexuales con Claudia le parecen buenas, piensa que Claudia no se satisface del todo en el coito. Piensa también que su esposa sospechaba la existencia de otra mujer.

Ya viviendo en el extranjero, su madre, a los 73 años, muere de repente en el Paraguay por una hemorragia cerebral. Ernesto tiene 41 años y los hilos que tejen la intriga que conforma su destino confluyen para configurar el episodio culminante de su drama vital.

e) El accidente

Estamos en invierno. Hace cuatro meses que Ernesto ha perdido a su madre. Decide viajar al Paraguay para liquidar algunas cosas, y lo hace con Claudia, Eugenia y Alejandra. Los aviones están repletos y consigue, por casualidad, pasajes en barco para realizar un trayecto indirecto. La noche de la partida hay mucha niebla y el navío en el cual se embarcan es el único que sale de puerto. De pronto, en mitad de la noche, fuertes golpes en la puerta del camarote los despiertan. A Ernesto se le ocurre que han asaltado el barco. Se les obligó a ponerse chalecos salvavidas y dirigirse a la cubierta superior. El barco ha chocado con un casco hundido. El frío es intenso y, buscando el calor, se apretujan alrededor de la chimenea. Todos piensan en un hundimiento. De pronto, surge una llamarada del interior de la nave y el pánico cunde. Una avalancha de gente lo separa de Claudia y Alejandra, y él se queda con Eugenia, que tiene 9 años. Decide tirarse al agua, porque piensa que el barco se ha de incendiar. Claudia y Alejandra estaban arriba, y Ernesto les hace señas de que se tiren al agua, pero enseguida las pierde de vista. Ernesto y Eugenia permanecen en medio de la noche cinco horas en el agua, y los rescatan casi congelados. El barco no se hunde y tampoco se incendia. La gran mayoría de las personas permanecieron a bordo y salvaron sus vidas. Pocas horas después se encuentran en el agua los cadáveres de Claudia y Alejandra.

f) Laura

Durante la época posterior a este accidente Ernesto siente que su creencia religiosa se debilita. También abandona desde entonces su actividad deportiva.

Dos años más tarde viaja con una beca a Bélgica y allí conoce a Laura, que pertenece a la nobleza de Holanda. Es joven y atractiva. La ve linda, interesante e inteligente. Se sienten atraídos. Buscando un pretexto para relacionarse con ella, Ernesto organiza una reunión en su casa. Ya comenzada la fiesta, se da cuenta de pronto que se olvidó de invitarla. Pasados unos días la llama para reparar su olvido y así comienza entre ellos una relación más íntima. Eugenia y la familia de Claudia no ven con buenos ojos esta relación. Cuando Ernesto decide casarse, le cierran la puerta de sus casas. A

pesar de la discordia y de la ruptura del vínculo con la familia de Claudia, a pesar del rechazo de Eugenia, que ahora tiene 11 años, casi enseguida contrae matrimonio con Laura. Poco tiempo después comienzan los primeros episodios de angina, que le atacan de noche, durante el reposo, para desaparecer en unos quince minutos. El conflicto entre su amor por Laura y los sentimientos de culpa, incrementados por la actitud de su hija y de la familia de su primera mujer, no es suficiente para que podamos comprender por qué padece en esta situación un cuadro anginoso.

g) La ignominia

Volviendo a la situación de Ernesto en la noche, durante el sueño, amenaza irrumpir en su conciencia onírica la ignominia particular que constituye un nudo actual en la trama de su vida.

Claudia había sido la mujer junto a la cual creció hasta convertirse en un adulto. Fue su socia en la tarea de "emprender" su matrimonio, durante el cual culminó su carrera administrativa y llegó a estructurar una familia. Era la madre de Eugenia y Alejandra. Si se enamora de Mariana, es porque algo se ha resquebrajado ya en su vínculo con Claudia. Algo que ha comenzado a operar mucho antes, cuando ya desde el embarazo del cual nacerá Alejandra comienza a padecer de enfermedades que se manifiestan como trastornos en el cuerpo. El accidente que lo deja viudo, y en el cual muere también Alejandra, desencadena en él sentimientos de culpa muy intensos. No sólo porque cuando se ha enamorado de Mariana ha deseado más de una vez, sin atreverse a hacerlo consciente, la muerte de Claudia, sino porque ha muerto también Alejandra, la hija que por haber nacido en el momento más conflictivo de la relación conyugal, es la menos querida. Estos sentimientos de culpa, que son muy inconcientes, se acercan a la conciencia bajo la forma de autorreproches, que contienen la idea de que si él no las hubiera instado a arrojarse al agua, es casi seguro que se hubieran salvado. Y estos autorreproches conscientes se hallan también sostenidos desde lo inconciente por el intenso vínculo edípico que lo une con Eugenia.

Ernesto insiste en que durante el accidente ha logrado salvarla, cuando en realidad Eugenia en el agua con él no estaba mejor de lo que hubiera estado en el barco. Se comprende que él quiera subrayar este aspecto de salvamento heroico para negar los autorreproches que lo torturan con respecto a la muerte de Claudia y Alejandra, y debido a los cuales, a partir del accidente, se rompe de manera brusca y en definitiva su relación con Mariana. Sin embargo, esta situación no basta para configurar la ignominia

que caracterizaría a la cardiopatía isquémica y, de hecho, Ernesto no padece esta enfermedad todavía. En pleno duelo tiene relaciones ocasionales con algunas mujeres que no llegan a significar gran cosa en su vida, ni añaden demasiado a la problemática inconciente de sus sentimientos de culpa.

Pero de pronto conoce a Laura, y la intensidad de este vínculo se presiente en el curioso acto fallido con el cual se inicia: aquel por el cual Ernesto se olvida de llamarla para la reunión que realiza con el principal fin de invitarla. Contra viento y marea, insiste en una relación que le trae conflictos con Eugenia y le cierra las puertas de la familia de Claudia. Llega a casarse con Laura sin que aparezcan de inmediato los trastornos anginosos que constituyen el motivo de interés.

¿Por qué aparecen de pronto? ¿Qué es lo que se agrega a su constelación afectiva para llegar a constituir la ignominia?

Laura posee características que nos llevan a suponer que constituye para Ernesto un objeto más edípico que Claudia. No sólo es más joven (tiene 31 años cuando Ernesto la conoce), y posee además características que la acercan al ideal de la noble princesa, sino que la conoce hablando en francés, idioma que Ernesto no habla desde sus años de infancia en la relación con su madre. Dice que sus relaciones sexuales son mucho mejores que las que mantenía con Claudia. Laura es mucho más excitable, y su actitud durante el acto sexual es mucho más cómoda y libre. El amor creciente que Ernesto experimenta por Laura y que culmina en un embarazo, constituye en un afecto capaz de atemperar los sentimientos de culpa inconcientes de Ernesto en lugar de incrementarlos, como un análisis superficial se podría suponer. Aparentemente esta alejada cada vez más la pretendida ignominia que se busca, pero es justamente entonces, durante su embarazo, que Laura sufre un accidente automovilístico que pone en grave peligro su vida. Es este episodio el determinante específico que, resignificando el conjunto entero de la constelación anímica de Ernesto, convierte este momento particular de su destino en algo "que no tiene nombre", en una ignominia, en la cual nuevamente, se puede comprobar que se repite la imposibilidad de ubicar en algún personaje la atribución principal de la culpa. El conjunto entero formado por esta cantidad de sentimientos contradictorios, que son, en realidad, pro o proto-sentimientos, no amenaza hacerse conciente en Ernesto durante la vigilia, en la cual consigue controlarlos. Pero durante las horas del reposo, relajada la censura que opera durante la vigilia, se presentan con el peligro de configurar una pesadilla insoportable, que adquiriría para Ernesto un valor equivalente al de la ignominia presentándose ante su conciencia. Se creemos que es por

este motivo que se despierta en mitad de la noche con su primer ataque anginoso, en un corazón sano, ocupando el lugar de la ignominia.

h) La continuación del proceso

Laura se recupera del accidente y nace Laura Isabel, cuando Ernesto tiene 44 años. Pero las circunstancias de la vida jamás dejan de proponer al yo del hombre nuevas complicaciones que, para continuar la trayectoria que le marcan sus deseos, imponen otros mil recursos del ingenio, entre los cuales se encuentra la enfermedad misma.

Laura no imaginó, al casarse con Ernesto, cómo sería su vida en la ciudad que habita, que siente "provinciana y chata", privada de la intensa vida social y cultural europea. Se dedica a enseñar idiomas y estudiar filosofía. Necesita "entretenerse", lo cual es un modo de decir que algo falta en su vida. Las dificultades económicas que empieza a manifestar Ernesto no son ajenas a esta disconformidad de Laura, que impregna el trasfondo de la vida de la pareja. La carrera de Ernesto se detiene. Durante todo este tiempo los malestares derivados de su úlcera duodenal son constantes, obligándolo a continuos cuidados. Un cólico renal que experimenta entonces, a los 45 años, marca su incapacidad de desprenderse de sus ambiciones fallidas Chiozza y Grus, (1993) (citado en Chiozza, 2007). Por esta misma época pierde, en un quebranto bancario, una importante suma de dinero, episodio que podemos interpretar como una vicisitud de la misma dramática inconciente. La situación empeora. Una importante cefalea Chiozza y colabs., (1991) (citado en Chiozza, 2007), seguida de un desmayo que sufre durante una reunión (también fue durante una reunión el ataque renal anterior), muestra la intensidad de la problemática que comienza a configurar un doloroso "rompecabezas" insoluble, y culmina en un brusco refugio en la inconciencia.

Tiene, entonces, 46 años, y nace Roberto. Ernesto, sintiéndose "vencido", se siente también viejo. Antes de nacer Roberto, temía que fuera un varón, porque no se sentía con fuerzas suficientes para ofrecerle como padre un buen modelo de identificación. Una vez nacido Roberto dirá, a los 46 años: "Basta de hijos, si no seré más abuelo que padre". Durante toda esta época la ignominia no se resuelve, sino que, por el contrario, queda resignificada en el complejo fanático que se manifiesta en los sentimientos de impotencia, derrota y fracaso que acompañan a sus dificultades económicas, conyugales y en el terreno de su actividad profesional. Esto nos permite comprender que durante todo este tiempo experimenta mensualmente episodios de

angina de reposo, que corresponden a la reactivación, en cada nueva significación actual, de la primitiva ignominia.

i) Sobrecarga y esfuerzo

A los 53 años se inicia un nuevo período. Eugenia, luego de un corto noviazgo, se casa, y su reconciliación con Ernesto es completa, al punto que en su participación de casamiento aparece el nombre de Laura, a la cual "adoptó" como madre. Ernesto retoma sus prácticas y su fe religiosas.

Laura, que posee importantes vínculos familiares y ancestrales con la Iglesia, entra en un serio conflicto con las autoridades eclesiásticas de ese momento. La vida de Ernesto experimenta entonces otra importante transformación. Junto a la circunstancia de la reconciliación y el casamiento de Eugenia, aparece un cambio en la conflictiva de Ernesto. Su sentimiento de hallarse vencido queda atemperado por la esperanza de ese casamiento y esa reconciliación, que experimenta como una absolución que le permite reunirse nuevamente con las prácticas y la fe religiosas, pero la perduración de sus sentimientos de impotencia y las dificultades emocionales que le producen el conflicto entre Laura y la Iglesia, lo exponen a la vivencia inconciente de hallarse sometido a un nuevo y desesperado esfuerzo. Sus malestares ulcerosos desaparecen, pero creemos que esto se debe a que nuevas enfermedades somáticas, más dañinas, ocupan su lugar, acompañando a la permutación simbólica constituida por una transformación de su conflictiva inconciente.

Aparece ahora, a los 54 años, una enfermedad metabólica, la gota, que toma la forma típica de tumores en el dedo gordo del pie derecho (lado que representa la corrección de la norma) y que se repetirá un año más tarde, cuando Eugenia sufre un aborto espontáneo de su primer embarazo. Se agrega entonces al tumor digital una coxartrosis bilateral y otros fenómenos reumáticos, como espondiloartrosis en la columna lumbosacra. El estudio de los cuadros gotosos (Marín. 1978) y de las enfermedades articulares (Benítez de Bianconi. 2001), realizado en la misma línea de investigación, traza hipótesis tentativas que permiten conjeturar en Ernesto la presencia inconciente de las constelaciones afectivas que dichas enfermedades encubren. En lo que respecta a la gota, el sentimiento penoso de un esfuerzo desesperado, esfuerzo vinculado a la respuesta sostenida a una situación de estrés crónico, que engendra la vivencia de algo que a duras penas puede alcanzarse, como si fuera en "puntas de pie". En lo que respecta a la coxartrosis, el sentimiento de que es necesario, y al mismo

tiempo es imposible, atreverse a decidir entre dos sistemas normativos, uno caracterizado por el esperar y el quedarse, el otro por el avanzar y apurarse, que se han desarmado, perdiendo su articulación armónica.

Esta es la época en que la estenocardia de Ernesto (constituida por la angina de reposo tipo Prinzmetal, que expresa, según se sospecha, a la "isquemia-ignominia" inconciente vinculada desde un comienzo a esa angustiosa situación que se denomina agonía y que se expresaría en el espasmo) evoluciona hacia un cuadro de claudicación cardiaca intermitente, en el cual participa, junto con la angina de reposo nocturno, la angina diurna de esfuerzo, cuyo dolor señala la presencia de una dramática inconciente que estaría constituida por el "coraje" temerario con que se enfrenta un esfuerzo excesivo.

j) El motivo de la consulta

La dramática conyugal de Ernesto culmina, poco meses antes de la consulta al Centro Weizsaecker, en un nuevo accidente automovilístico de Laura (que ocurre cuando a Eugenia, otra vez embarazada, le faltan dos meses para el parto). Laura se fracturó varias costillas y tuvo un importante traumatismo de cráneo, lesiones de las cuales se recuperó. Cuando Ernesto se entera del accidente sufre un intenso mareo que, podemos suponer, representa su dificultad para mantener el equilibrio afectivo ante la situación planteada.

Este mareo no se repite, pero aparece una época de malestares vinculados a bruscos descensos de la presión arterial Chiozza y colabs-, (1993) (citado en Chiozza, 2007). Las relaciones del matrimonio aparecen impregnadas por multitud de afectos subterráneos. El resentimiento de Ernesto se manifiesta en el fastidio que le produce la rotura del coche (que dice haber tomado "muy a pecho"), de cuyo uso queda privado durante algunos meses, que coincidieron con el incremento de trabajos ingratos y dificultades económicas.

En oportunidad de su casamiento con Laura, ésta le había "arrancado la promesa" de llevarla a Holanda cada dos años para visitar a su familia. Poco tiempo después del nacimiento de su primer nieto, que ocurre en noviembre. Ernesto, que tiene ahora 56 años, viaja a Europa con Laura y sus hijos.

La constelación anímica de Ernesto va rotando hacia otro cuadrante. Laura ya no representa su novia ideal. Eugenia, la hija que se salvó junto a él cuatro meses después que Ernesto perdiera a su madre, y que condensó todo el afecto de sus impulsos

edípicos, reforzados luego de la reconciliación entre ambos, ahora, con el nacimiento del hijo, añade una nueva cuña a la separación con su padre que el casamiento inició. A esto se agrega que el nacimiento del nieto incrementa sus fantasías de vejez impotente. Ernesto, que había regalado un departamento a Eugenia en oportunidad de su casamiento, experimenta ahora gran ansiedad por el futuro, y ante el nacimiento del nieto dirá: "Ahora ya no tengo ofrecimientos, ni creo que los tenga por mi edad. Yo me quedé". En este clima, y luego de haber juntado algo de dinero mediante la venta de una propiedad pequeña. Ernesto viaja a Europa. Expresa que se sentía contento porque el dinero obtenido le permitiría reforzar sus escasos ingresos iniciando operaciones inmobiliarias. Pero nada en el contexto de su situación permite suponer que él tuviera confianza en esa posibilidad.

Cuando llega a Europa es recibido en la suntuosa residencia de verano de su cuñado. El contraste, enorme, incrementa la ignominia que Ernesto no llegó a resolver. A los tres días de llegar sufre, por la noche, una opresión en el pecho y un dolor creciente que se irradia a la espalda, más intenso que de costumbre, que "siente distinto" y que no cede con el vasodilatador coronario habitual, obligándolo a consultar al cardiólogo, el cual realiza un electrocardiograma que no muestra alteraciones isquémicas. Ernesto se queja del intenso frío que encuentra en Europa. Se refiere al cansancio del viaje en un tono que demuestra a las claras que representa un estado depresivo. Vuelve poco tiempo después a su ciudad de residencia, y desde allí viaja a Buenos Aires para que lo estudien, enviado por el médico que lo examinó en Europa. Siente que en la realización de sus tareas sus superiores están disconformes, cosa que él simboliza quejándose de que le buscan "la quinta pata al gato" y "el pelo en el huevo". Manifiesta que pocos días antes de iniciar la consulta ha experimentado por primera vez, en su relación con Laura, algunas dificultades en la erección, que no le impidieron sin embargo realizar el coito y llegar al orgasmo, pero que se suman a su preocupación, además de representarla en la función corporal.

k) La tarea terapéutica

Cuando se le realizó el Estudio Patobiográfico a Ernesto no se disponía de muchas de las elaboraciones que acerca de las cardiopatías isquémicas se realizó luego. De modo que gran parte de la influencia terapéutica debió concretarse a través de resignificaciones secundarias, obtenidas no sólo mediante las dos entrevistas finales en las cuales se le comunica al paciente nuestras conclusiones, sino también, y de un modo

espontáneo y preconciente, durante todo el largo proceso de confección de la anamnesis, que obliga al paciente a reflexionar sobre su vida y a realizar significados que se hallan a medias reprimidos. Aunque estas resignificaciones, "inespecíficas", se hallan muchas veces lejos de aquellas que constituyen el significado primario y específico de cada trastorno somático, la experiencia psicoanalítica cotidiana muestra que, por vía indirecta, pueden ser utilizadas para modificar el desarrollo de un cuadro morboso (Chiozza, 1980).

La dificultad principal que se previno en la oportunidad de tener que comunicar a Ernesto las conclusiones del Estudio, se fundamentaba en que se creía comprender que inconcientemente, él interpretaba al estudio que se le estaba haciendo, como si fuera el expediente de un juicio en el cual íbamos a producir sentencia acerca de su conducta en general y de su mayor o menor culpabilidad con respecto al accidente en donde perdieran la vida su esposa y su hijita menor. Esta sentencia, y debido a la "coincidencia" de su presunto pronunciamiento con su quincuagésimo séptimo cumpleaños, en el cual alcanzaría la edad en que el padre sufriera la hemiplejia que inició su decadencia, adquiriría en su inconciente el carácter de un juicio de condena o absolución final, reforzado por la particular estructura de su personalidad supersticiosa. La preocupación principal fue por lo tanto devolverle sentido a las palabras y su carácter prospectivo, orientado hacia la continuación de la vida.

Se le expresa que temía que se le repitiera un pasado caracterizado por la ocurrencia desgracias consecutivas a cada progreso o posibilidad de goce. Este temor engendraba oscuros presagios o presentimientos. Se le detallaron las "coincidencias" que en ese sentido era posible encontrar en su historia. Al recibirse de ingeniero, su padre tuvo un infarto. A poco tiempo de casarse, su padre muere y su madre tiene un infarto. A poco de nacer Alejandra, le dan a otro el puesto que él esperaba y se enferma de úlcera. Al trasladarse a su nuevo lugar de residencia, muere su madre. Cuando se enamora de Mariana, mueren su esposa y su hija menor. Se le habló también acerca de cómo se sentía al observar que su mujer actual, con el paso del tiempo, comenzaba a parecerse a la otra. Fue durante este diálogo que comunicó el accidente automovilístico de Laura, embarazada, que había olvidado mencionar durante la realización de la anamnesis. Además se le hizo conciente la intensidad de los reproches, que se hacía sobre su conducta durante el naufragio. Se le dijo que su interpretación acerca del frío intenso sufrido en el agua, en la noche del accidente, originaría su enfermedad cardíaca, simbolizaba el "frío" afectivo que sentía, desde entonces, metido en su pecho. Se le

agregó que era la rígida "honestidad" de su carácter, que utilizaba para criticar a los otros, aquella que ahora le llevaba a juzgarse a sí mismo con dureza. Se le habla también de Eugenia y de cómo el nacimiento de su nieto sentía que lo separaba de ella.

Se conversa con él acerca del haberse quedado detenido en su carrera y de su sentimiento de impotencia. Por fin, integrando parte de cuanto habíamos dicho, agregamos que el pánico nacido de los sentimientos de soledad, impotencia, debilidad y fracaso, unidos al presentimiento de una inminente desgracia que adquiriría el valor de un castigo justiciero, operaba como una garra en su pecho.

1) La evolución posterior

El Estudio Patobiográfico ocupó el mes de marzo y la primera quincena de abril de 1979, y fue examinado a principios de 1982 como parte de la investigación sobre las cardiopatías isquémicas. El enfermo, que no se ha vuelto a ver, reside en el extranjero. Realizó una consulta con el cardiólogo del Centro (Dr. Moguilevsky) a fines de junio de 1979. Narró en ella que el angor de reposo no se había vuelto a presentar, y que persistía un angor de esfuerzo leve, de intensidad muy disminuida. Continuaba con la medicación indicada. La cifra de colesterol actual era 280 y de triglicéridos 209, es decir, cercanas a la normalidad. De acuerdo con la interpretación del cardiólogo el tratamiento había modificado, en sentido favorable, el curso de la enfermedad. La primitiva angina de Prinzmetal, que evolucionaba hacia una forma de angina clásica inestable de carácter progresivo, evolucionaba ahora en sentido regresivo. Una comunicación recibida a través de un familiar, a mediados de 1981, nos informó que el paciente había dejado de fumar, disminuido de peso, no había tenido nuevos episodios anginosos de ninguna clase y había retornado a sus actividades.

Es difícil evaluar cuánto en esta mejoría corresponde a la acción farmacológica o a los efectos higiénico-dietéticos, y cuánto a la movilización producida por el esclarecimiento de una parte de su problemática inconciente, obtenido mediante el Estudio Patobiográfico. Como ya señalamos, no hemos encontrado estadísticas acerca de las distintas evoluciones posibles de la angina de Prinzmetal. Estamos seguros, sin embargo, que así como el estado psíquico influye en la mayor o menor disposición a cumplir con las prescripciones médicas, influye también en las vicisitudes evolutivas de una enfermedad. Cabe suponer que, en la medida en que aumente nuestra comprensión de los significados primarios de cada trastorno, tenderá a crecer nuestra eficacia en la modificación de su curso.

Un infarto en lugar de una ignominia

El hombre de mediana edad, de aspecto desaliñado y fatigado, que detiene su automóvil en doble fila frente a un hotel "de mala muerte", contrasta con el "clima" bullicioso y superficialmente divertido que ofrece Villa Carlos Paz durante el mes de enero. No encuentra alojamiento desde hace ya dos horas. Un número inusitado de turistas ocupa todos los lugares. Acepta, para dormir, la cuarta cama de una habitación compartida con otros tres viajeros. Debe subirse él mismo las valijas hasta el tercer piso y, para colmo, ni siquiera existe un ascensor. Allí sufre el ataque, "una tremenda punzada en el pecho": y piensa: "hay que ocuparse de estacionar el automóvil". Es un infarto agudo de miocardio.

Había dejado a Beatriz por su mujer, había roto con ella suponiendo que era lo correcto. Quería (¿o debía?) consagrarse a su familia, pero de pronto se encontró solo, agotado, desganado, sintiendo que todos sus esfuerzos habían perdido su sentido. Ya no tenía para qué, ni para quién, seguir luchando.

Cuando, a los 22 años, se enamoró de Lina, vio en ella a la mujer buena y cariñosa que podría mitigar esa soledad de niño pupilo que llevaba dentro del alma. Pero los desencuentros en la convivencia y en la sexualidad, sobre todo en la sexualidad, comenzaron con el casamiento mismo.

Lina se ocupaba de los hijos, mientras que él, Guillermo, se esforzaba por afianzar la economía. Había forjado su vida bajo el lema del "deber ser", y dedicó su esfuerzo a construirla siguiendo "un camino recto de honestidad y nobleza". De este modo le era posible "pasar por encima" de los celos, las desilusiones, las ofensas y el resentimiento que, lo iban invadiendo.

Beatriz no fue un encuentro ocasional. El vínculo de camaradería que mantenían posibilitó el comienzo de una relación afectiva que fue creciendo en importancia. Cuando el padre de ella murió, y Guillermo se acercó para confortarla, se convirtieron en amantes. "Beatriz es la clase de mujer que los hombres sueñan con tener". Se comprenden, se aman, Guillermo descubre que la sexualidad con ella colma su vida con una nueva fuerza.

Pero es inútil: no puede, por más que lo desee, enfrentar los conflictos que el progreso de su amor le suscita. Han pasado tres años y todavía no se anima a desarmar a su familia. Beatriz nada le exige, pero Guillermo piensa que no es noble quitarle la oportunidad de organizar su propio hogar. Un día se decide y se despide de ella. Nunca más la verá. En ese entonces todavía no sabía... que nunca, jamás, la logrará olvidar.

Con el tiempo... ocurrieron otras cosas. Se fue sintiendo, cada vez más, un extraño en su familia. Sus hijos abrazaron ideales distintos de los suyos, sus socios respondieron mal a su confianza. Y luego... el viaje con Lina... un intento de "luna de miel" del cual ambos regresaron peor aún.

Algo muy doloroso, casi intolerable, adquirió la fuerza de un presentimiento... tal vez se ha equivocado. Tal vez ha elegido un sacrificio que le valió de nada. Pero: "¿quién tenía la culpa?"... ¿el carácter de Lina? ... ¿la docilidad de Beatriz? ... ¿o su propia indeterminación?

Se siente desmoralizado. Debe encontrar una solución para un conflicto acerca del cual siente que no existe solución alguna. Le parece imposible enfrentar ese fracaso. Recomponer su vida se le antoja un esfuerzo para el cual no se siente capaz.

Pocos días después del viaje con Lina, parte, a la madrugada, desde una ciudad del interior. Viaja muchas horas, ya es de noche, y le faltan, todavía, doscientos kilómetros. Come un emparedado en el auto y decide seguir...

Su próximo destino es Carlos Paz. Ignora (¿o ya sabe?) que lo espera un degradante hotel "de mala muerte", la humillación de una escalera dura, y una ignominia que su conciencia no logrará admitir.

Los afectos

Se suele creer que lo más importante del intelecto, de la capacidad de inteligir (de leer "entre líneas") son las ideas. Pero no es así, porque el concepto de importancia no se aplica a las ideas, no le es pertinente. Lo único que, en estricto y riguroso sentido, importa, son los afectos. Cuando las ideas importan, importan porque comprometen afectos. Lo que mueve (conmueve) al ánimo, su moción, es la emoción. La mente no trafica con ideas, las ideas son los medios de transporte que conducen a los afectos por las avenidas y caminos que ha trazado la experiencia. Sólo se transporta lo que importa, y este "importe" es lo único que se vigila en las fronteras. Es esto mismo lo que decía Freud cuando afirmaba que el verdadero motivo de la represión es impedir el desarrollo de un afecto.

A la represión no le interesa que las ideas pasen o no pasen, sólo le molestan cuando a través de ellas puede desarrollarse un particular afecto. Si para evitar esto último tiene que bloquear una idea la bloquea. A veces no basta, para evitar que llegue un determinado producto o personaje (un personaje es una persona importante), con impedir el paso del vehículo que lo transporta; a veces es necesario bloquear, romper, o

borrar toda traza del camino. Por eso la represión no sólo ataca las ideas, sino que a menudo incluso deforma la experiencia. El afecto es la importancia, la significancia del sentido.

La deformación de los afectos

Freud ha escrito: "... cuando soñamos con ladrones, y tenemos miedo, los ladrones podrán ser imaginarios, pero el miedo es real". También sostuvo que los afectos son reminiscencias, es decir que, lejos de corresponder a una situación actual, constituyen un modo de "recordar" un suceso pretérito que permanece fuera de la conciencia. Los afectos son equivalentes a ataques histéricos heredados y universales, porque el suceso pretérito que conmemoran ha sido un acontecimiento motor que pertenece a la filogenia y que, en su momento, fue justificado. Justificado significa aquí que era adecuado a las circunstancias vitales en las cuales se desarrolló por primera vez. El acto motor vegetativo (emoción) que denominamos afecto, es, en cambio, en las condiciones actuales en que se produce, tan "injustificado" como un ataque histérico. Si cuando se discute se pone colorada, la persona aumenta su presión sanguínea y circula más sangre por sus músculos, es porque, en el pasado remoto, lo que es hoy una discusión, era entonces una pelea física para la cual tenían sentido esos cambios corporales.

De manera que el *afecto* ofrece características que permiten ubicarlo como una especie de "bisagra" que articula los territorios que denominamos "psíquico" y "somático". Por un lado es un "recuerdo" psíquico, por el otro una "descarga" real "somática".

Todo afecto, cuantitativo diferenciado puede ser reconocido con precisión porque posee una particular "figura". Cada emoción distinta es un movimiento vegetativo que proviene de una excitación nerviosa que se realiza de una manera típica. Esta manera típica está determinada filogenéticamente por una huella mnémica inconciente, por un "registro" habitual, que se denomina "clave de inervación".

Cuando se sufre una enfermedad como la "neurosis" es porque se ha necesitado defenderse de un afecto hacia una determinada persona o situación, que hubiera sido penoso experimentar de manera conciente; de modo que se prefiere desplazarlo o transferirlo sobre la representación de otra persona o de otra escena. Así Juanito, el niño cuya fobia Freud psicoanaliza, prefiere temer y odiar a los caballos antes que a su amado papá.

Cuando se enferma, es peor, de otra manera que se llama "psicosis", sucede que, para evitar el desarrollo de un afecto penoso, se necesita cambiar la imagen que se tiene de la realidad, alterando el "buen juicio" acerca de ella. Una madre que enloquece ante la muerte de su hija y acuna un pedazo de madera como si fuera su bebé, altera su percepción de la realidad para poder continuar descargando un afecto de ternura en lugar de una insoportable tristeza.

En ambos modos del enfermar, neurosis y psicosis, ocurre que los afectos, se desarrollen o no se desarrollen, continúan manteniendo la coherencia de la clave de inervación. Esta es una idea inconciente que determina la particular cualidad de cada una de las distintas descargas motoras vegetativas que caracterizan a los distintos afectos. De modo que cuando un afecto conserva íntegra la coherencia de su clave es posible reconocerlo como una determinada emoción.

Pero también se puede enfermar de otra manera. El desplazamiento de la importancia (investidura) puede realizarse "dentro" de la misma clave de inervación de los afectos, de modo que algunos elementos de esta clave reciban una carga más intensa, en detrimento de otros. Cuando el proceso se descarga a partir de esta clave "deformada", la conciencia ya no percibe una emoción, percibe un fenómeno que denomina "somático", porque la cualidad psíquica, el significado afectivo, de ese fenómeno, permanece inconciente. Por este motivo, siempre dentro de una concepción teórica psicoanalítica, se prefiere llamar "patosomático" a este modo de enfermar que se diferencia de lo que ocurre en las neurosis y psicosis. Toda enfermedad somática puede ser concebida como una descomposición patosomática del afecto.

Una concepción psicoanalítica de las cardiopatías isquémicas

Como resultado de la investigación psicoanalítica de las cardiopatías isquémicas Chiozza, (1980) se puede establecer ahora algunas conclusiones que son:

- 1.- Cabe hacer una primera distinción entre aquellos afectos inefables que la conciencia no puede nominar y los sentimientos, hasta cierto punto tipificados, a los cuales se hace referencia mediante la palabra. Puede establecerse luego una segunda distinción, en los afectos inefables, entre aquellos que, aún sin poder ser nominados, pueden ser reconocibles por el hecho de haber sido experimentados repetidas veces, y los que no cumplen esa condición. Estos últimos constituyen un estado afectivo que no se configura como un afecto conocido por el sujeto, sea porque nunca lo había

experimentado, o sea porque distintas claves de inervación coparticipan en la descarga. Dicho en otras palabras, aparecen en la consciencia como lo que se llama un presentimiento, que es en realidad un protoafecto, o conformando un desconcierto afectivo. En ambos casos, y en condiciones normales, este estado afectivo tiende a configurar un sentimiento que es nuevo para esa persona, aunque se realiza a partir de una clave de inervación inconciente que forma parte de una disposición heredada.

Chiozza (1994) (citado en Chiozza, 2007) sostiene que "Las sucesivas experiencias individuales con los afectos forzosamente se registran por medio de huellas mnémicas. Estas huellas mnémicas..." son el reflejo de la clave de inervación configurada fílogénicamente. Se dispone, entonces, de dos tipos de claves de inervación: unas configuradas fílogénicamente de manera típica y universal, junto a otras configuradas ontogénicamente, de manera particular e individual.

Una primera experiencia, ontogénica, con un afecto (por ej., el orgasmo o la traición) creará un primer registro mnémico; sobre él se superimprimen luego las experiencias sucesivas. Esta huella mnémica ontogénica, permitirá, en posteriores encuentros con el mismo afecto, reconocerlo como un afecto no nuevo.

Frente a una primera experiencia con un nuevo afecto (para ese individuo),... (el particular proceso de reconocimiento, en el que diversas claves de inervación ontogénicas se disputan representación de ese estado protoafectivo, constituye, a mi entender, el desconcierto afectivo". Chiozza, (2007).

2.- La emoción, como descarga motora vegetativa, es un proceso en el cual el elemento vasomotor tiene una participación tan preponderante que, de acuerdo con las leyes inconcientes que rigen a los procesos de representación, este elemento vasomotor puede, y suele, arrogarse la representación de la emoción completa.

3.- El corazón, por su origen, es un vaso modificado hasta el punto de llegar a ser el que se ha desarrollado de manera compleja. Por este motivo el corazón es el órgano más adecuado para arrogarse la representación de las emociones, cuya representación particular otros órganos se adjudican. Su ritmo se presta para otorgar un "tono" afectivo, un particular acento, o importancia, a cada instante que se vive. En otras palabras: el "tono" del afecto que se está viviendo, se asocia a la percepción inconciente de un particular ritmo o "marcapaso" cardíaco. El corazón, por lo tanto, se atribuye la representación general de los afectos, pero, sobre todo, la representación del tiempo

primordial, que es el tiempo del instante cualitativamente teñido por un tono afectivo que le otorga importancia. Podemos decir entonces que el corazón es, respecto al tiempo, lo que el ojo respecto al espacio.

4.- Si el corazón debido a su importante participación en la conmoción vegetativa que se llama emoción se arroga la representación general de los sentimientos, puede también, por la misma razón, representar, en general, aquellos estados afectivos inefables que caracterizamos como protoafectos o como desconcierto afectivo. Cuando se decía que el corazón "recuerda" o presiente, es porque le adjudicamos la representación de un protoafecto. Dado que los protoafectos, en condiciones normales, tienden a desarrollarse como sentimientos que son nuevos para la persona que experimenta ese proceso, podemos decir también que el corazón puede representar esa particular integración por la cual "nacen" los distintos afectos.

5.- La coronariopatía (la angina de pecho y el infarto cardíaco) representaría el proceso por el cual el corazón, de modo simbólico, se "estrangula a sí mismo" en el intento de evitar el nacimiento de un afecto nuevo que, de llegara configurarse, conformaría una ignominia (algo que "no tiene nombre"). Así como el rubor, en general, representa la emoción, la palidez (anemia o isquemia) representa su inhibición.

La configuración del afecto que denominamos ignominia, se establece con cinco parámetros:

1 Es inefable, pero no en el sentido de una poética puesta de sol, por ej., que no puede describirse en palabras pero es agradable, sino en el sentido indignante e insoportable de algo que se halla más allá de cualquier nominación imaginable.

2 Exige urgentemente una solución, no es posible soportar su permanencia y evitar "tomarlo a pecho".

3 No se le encuentra solución, se presenta como un dilema insoluble o como una obra de amor imposible.

4 Existe el sentimiento de una culpa que no puede ser atribuida a uno mismo ni tampoco adjudicada a algún otro.

5 Implica siempre una situación pública desmoralizante (en el sentido de desánimo e inmoralidad), degradante; es lo contrario de la colación de grados, que también es una ceremonia pública, o de la condecoración (que se coloca sobre el pecho, en la región precordial).

Aclaremos que el afecto se descarga siempre. Aquello que denominamos "afecto retenido", desde el punto de vista de la economía libidinosa, es sólo una metáfora. Alude a que la descarga "pendiente" nunca se ha realizado bajo la forma de la configuración original reprimida y es derivada por otros caminos.

¿Cómo se descarga entonces la ignominia? Dado que esta ignominia no puede "ni debe" vivirse, "permanece" como un afecto "retenido" que se descarga derivado a través de la isquemia miocárdica. Se trata de un protoafecto que "no se configura" como ignominia, dado que se descarga a través de un derivado que tiene "la particular figura" patosomática de la cardiopatía isquémica.

Freud incluye el dolor y la angustia en la teoría de los afectos y sostiene que la angustia es un afecto que "contiene" la historia del trauma de nacimiento. Schwatz, (1932) (citado en Chiozza, 2007) afirma que los procesos que engendran la angina de pecho y los que engendran a la angustia son los mismos. Es posible pensar entonces que la llamada estenocardia (angina de pecho) forma una parte esencial de la clave de inervación del afecto angustia, configurada por un tipo particular de estenosis (angostura) coronaria vinculada a la opresión y la anoxia.

Cabe distinguir en la estenocardia tres constelaciones que deben corresponder a distintos significados inconcientes:

1 Dolor estenocárdico. Funciona como una señal cuyo significado primario consiste en la necesidad de protegerse frente al esfuerzo que impone una tarea que, en lugar de simbolizar una respuesta "valiente" a una ofensa subyacente, simboliza el "coraje" temerario que excede las posibilidades de reaccionar sin perjudicarse.

2 Angustia. Aparece como una "angustia catastrófica". Queda relacionada con el componente de espasmo coronario, y aportaría al cuadro de cardiopatía isquémica su propio significado de estrangulamiento y agonía.

3 Isquemia miocárdica. Es el fenómeno fundamental y específico. Aporta el significado esencial, constituido por la coartación de un protoafecto presentado que no puede "nacer" hacia la configuración completa por ser considerado una ignominia.

La muerte por infarto de miocardio (en el cual interviene el elemento "crueldad") adquiriría entonces el significado de una reacción frente a un tipo de ignominia que no sólo no debe sentirse, sino que tampoco se debe vivir.

El infarto de Guillermo

Se puede comprender el significado del infarto de Guillermo contemplándolo como el desenlace de una historia cuyos elementos, dispersos en distintas épocas de su vida, confluyen, en una trama inconciente, hacia un punto nodal.

Mientras Guillermo forjaba su vida bajo el signo del deber y asumía la nobleza como un valor rector y respetable, sentía que se convertía en acreedor de una deuda que algún día podría exigir. El "crédito" acumulado sostenía el sentimiento de que merecía ser tratado con la "debida" consideración.

La entrega de Guillermo a la devoción del deber fue creciendo en la medida en que la postergación de las satisfacciones colmaba su ánimo de anhelos incumplidos. Aquello que en un principio correspondía a la fantasía inconciente de aumentar su capital de méritos para una dicha futura, se convirtió, en una técnica mágica, cada vez más desesperada, para forzar al destino a cumplir con su deuda.

Luego de su renuncia al amor con Beatriz, cuando le ocurre que sus socios traicionan su confianza, sus hijos abrazan ideales distintos de los suyos, y el intento de "luna de miel" con Lina fracasa, comienza a presentir que su futuro no cumplirá con "lo debido". Es algo más que una injusticia, es casi una estafa del destino experimentada como traición y engaño. A veces llega hasta el extremo de sentirlo como una burla cruel.

¿Pero por qué una burla? la burla es a quienes creen ser más de lo que son, o merecer más de lo que obtienen. Guillermo sospecha que no es inocente en la pretendida injusticia del destino. Piensa que tal vez se ha equivocado, porque intuye que la verdadera nobleza no consiste en un crédito exigible. Presiente (se palpita) que no dispone de un "capital ahorrado". Si el acto noble ("coronario" deriva de "corona") encuentra el premio en sí mismo, sin una deuda que perdure, la satisfacción que se posterga es una definitiva privación, ya que el futuro no depara jamás satisfacciones

"dobles". Es imposible dormir dos veces, hoy, por el insomnio de ayer. Sólo puede satisfacerse el apetito actual.

Sin embargo, presentir no es lo mismo que sentir. Si lo que se presiente es doloroso, sentirlo puede, a veces, llegar a ser insoportable. Si Guillermo hubiera podido creer en la injusticia, habría luchado o se habría resignado sin "tomárselo a pecho". Si, en cambio; se hubiera sentido responsable, habría procurado reparar el daño cambiando su rumbo. Vivía, por el contrario, atrapado en ese dilema insoluble, y además en la doble desmoralización de haber perdido el ánimo y la "ética" que hasta entonces gobernaba su vida. Debía, por lo tanto, evitar sentir lo que "no tiene nombre". Esta "ignominia" se completa cuando la humillación, indecorosa y "pública", de un hotel "de mala muerte", añade la gota de agua que colma la copa y desencadena, como factor eficaz y específico, el infarto. La estenosis coronaria, al mismo tiempo que simboliza el estrangulamiento de un afecto presentido como ignominia que no debe "nacer" en la conciencia, dramatiza la ofensa "tomándose a pecho" la injuria, que "se le clava" como si fuera un puñal o una espina, porque no puede distinguir entre la responsabilidad y los sentimientos de culpa.

Guillermo se lastima, en un esfuerzo "corajudo y temerario", en el colmo de la lástima que siente hacia sí mismo, y "se le parte el corazón" que al palpitar presiente.

Historia clínica

Junio de 1983: Fecha de la primera consulta. Transcurrieron diez años desde que sufriera el infarto de miocardio. Durante ese período fue tratado con vasodilatadores coronarios, sedantes y diuréticos. Hubo signos de insuficiencia cardíaca, disnea y dolores anginosos en diversas ocasiones. Se añadieron luego hipertensión arterial y claudicación intermitente en los miembros inferiores. Ahora los dolores anginosos se han intensificado y la claudicación aparece al caminar doscientos metros. Guillermo llega a utilizar hasta siete comprimidos diarios del vasodilatador recetado (Tetranitrato de pentaeritrol). Se los "autoprescribe" cada vez que debe enfrentar alguna situación de esfuerzo o de tensión emocional. El examen clínico evidencia hipertensión moderada, con retinopatía de primer grado e hiperlipidemia de cuarto grado. La radioscopia de tórax muestra aumento de la trama broncovascular y moderada cardiomegalia a predominio ventricular izquierdo- Consume 40 cigarrillos diarios. Discreto sobrepeso. El examen cardiológico concluye en que se trata de una coronariopatía obstructiva con angor de esfuerzo estable de grados III (frente a esfuerzos habituales o pequeños).

Arteriopatía vascular periférica con claudicación intermitente que se clasifica entre los grados primero y segundo. Flujometría por efecto Doppler de miembros inferiores revela oclusión de la arteria femoral en ambas piernas (total en la derecha) y circulación colateral compensadora por la arteria poplítea. La ergometría muestra franco desnivel del segmento ST intraesfuerzo, con carga baja. Se interpreta como miocardio hipoperfundido que sufre isquemia al aumentar el consumo de oxígeno durante el ejercicio. La cineangiografía isotópica permite observar, además, deterioro global de la motilidad, con franco predominio anteroseptal y apical, durante el esfuerzo.

Epílogo

Noviembre de 1983. Se realiza un Estudio Patobiográfico. Durante la primera de las entrevistas en que se le comunican las conclusiones del Estudio dijo: "Tengo que contarles algo... justamente hace unos días me llamó un amigo común... y me dijo que Beatriz está muy enferma... que tiene cáncer y le resta un mes de vida... no sé qué hacer... si ir... si ella se va a sentir cómoda, porque a lo mejor le hace peor verme.... por otro lado tendría que ir, es como un deber". Se le recomienda psicoanálisis y comienza con cuatro sesiones semanales.

Enero de 1984. Encontramos que su aspecto ha cambiado. Es un hombre envejecido a quien "se le ve" el sufrimiento. Se evidencia una cierta tendencia al alcoholismo. Nos refiere que sus síntomas cardiovasculares han mejorado. Toma un sólo comprimido diario del vasodilatador coronario. Puede caminar hasta catorce cuadras sin experimentar dolores en las piernas.

Mayo de 1985. Muere Beatriz. Se sabe que Guillermo no se atrevió a visitarla. Coincidiendo con la noticia de la muerte de Beatriz decide, "por otros motivos", interrumpir el tratamiento psicoanalítico.

En el siguiente capítulo se presentan aspectos de las emociones, actitudes y conductas de la personalidad Tipo A con el enfoque experimentalista, que se complementa con el enfoque psicossomático – psicoanalítico que se acaba de revisar, un aspecto es lo objetivo lo que se ve, lo consciente y otro es el oculto lo subjetivo lo inconsciente que no se ve pero manifiesta su existencia en todo momento durante la vida de los individuos.

Capítulo III.

Las emociones y conducta de la personalidad Tipo A

Conceptos y métodos en el estudio de la ira. La hostilidad y la Salud

Durante los años 80, algunos estudios examinaron la relación entre la ira crónica y la hostilidad con la morbilidad cardiovascular y la mortalidad (Helmerts & Krantz; Smith, 1992) (citado en Siegman & Smith, 1992). De hecho se acumuló apoyo empírico de esta hipótesis psicosomática durante este periodo que en toda su historia previa, a pesar de que las consecuencias de la ira y la hostilidad para la salud se han discutido durante siglos (Siegman). Este sustento empírico surgió de estudios cruzados sobre la enfermedad coronaria (EAC; p. ej, Dembroski, MacDougall, Williams, Haney & Blumenthal, 1985) y estudios prospectivos de personas inicialmente sanas (p. ej., Barefoot, Dahistrom, & Williams, 1983; Hecker, Chesney, Black, & Frautschi, 1988). También existe evidencia en estudios sobre animales que relacionan el comportamiento agresivo y estados similares a la ira en el desarrollo de EAC (Kaplan, Botchin, & Manuck; Manuck, Kaplan, Muldoon, Adams, & Clarkson, 1991) y la ocurrencia de manifestaciones de enfermedad cardíaca coronaria (ECC), tales como isquemia de miocardio (Verrier, Hagestad, & Lown, 1987). La posible relevancia clínica de estos hallazgos fue sugerida en el Proyecto de Prevención Coronaria Recurrente (PPCR) en el que la terapia de grupo para el comportamiento con tendencia a los problemas coronarios redujo los eventos cardíacos recurrentes. Aunque esta intervención se enfocaba en el patrón Tipo A, la ira crónica y la hostilidad fue un asunto central en el programa de tratamiento. Caza, (2003).

Este capítulo delinea los asuntos conceptuales y las preguntas circulando a través de la literatura reciente sobre ira, hostilidad y salud. De modo que sirve como una guía o marco de referencia para mucho de lo que aparece en el contenido de este tema y de otros posteriores.

Definiciones conceptuales

Un uso de una asociación documentada empíricamente entre la ira crónica u hostilidad y la salud es una predicción mejorada de la enfermedad cardiovascular (ECV). Si se estuviera interesado sólo en los cálculos precisos del riesgo de ECV, no importaría qué dimensiones de los cuestionarios o entrevistas medirían. En otras

palabras, la utilidad predicativa no requiere validez constructiva. Sin embargo, la investigación en esta área tiene la intención primaria de evaluar teorías y modelos de influencias psicológicas en la salud. Como tal, delinear constructos hipotéticos evaluados por instrumentos de investigación empleados en esta área es esencial.

Es importante señalar que una definición preoperacional inadecuada de constructos es una amenaza básica para la validez de los hallazgos de investigación. Las definiciones conceptuales imprecisas son propensas a resultar en procedimientos de medición imprecisos, oscureciendo así las implicaciones de investigaciones subsecuentes. Los investigadores en esta área han redescubierto las dificultades para definir los constructos centrales de la ira, la hostilidad y la agresión encontrados décadas antes por los psicólogos sociales y de la personalidad.

3.1 Ira, hostilidad y agresión

Distinciones previas entre emoción, cognición y comportamiento son útiles en este respecto. Desde esta perspectiva, la ira se refiere a una emoción desagradable que varía en intensidad desde la irritación o la molestia hasta la furia o la cólera. La ira, el elemento subjetivo o experiencia de esta emoción, va acompañada de excitación psicológica, expresión facial característica, y la activación de tendencias de acción o impulsos hacia la agresión. La ira también se caracteriza por un tema o guión relacional, que consiste en la percepción de estar sujeto a daño o a una interferencia ilegítima o injusta (Lazarus, 1991) (citado en Rodríguez, 2004). La naturaleza cognitiva de este tema o guión y la naturaleza comportamental de tendencias a la acción subrayan la dificultad de derivar definiciones conceptuales claras de la ira, la hostilidad y la agresión. Como todas las emociones, la ira puede ser vista como un estado temporal o como una disposición o rasgo perdurable que consiste en una tendencia general a experimentar episodios frecuentes y pronunciados del estado emocional de ira. Caza, (2003).

La mayoría de las aproximaciones actuales a la descripción y clasificación de las emociones identifican varias otras emociones negativas que son similares a la ira, a diferencia del miedo, la tristeza o la culpa, por ejemplo Lazarus, (1991). El desprecio o el desdén lleno de reproche es una emoción inconfundible, pero está relacionada con la ira. De manera similar, el resentimiento se refiere a sentir indignación o mala voluntad como resultado de percibir un maltrato. La envidia, los celos y la indignación se

relacionan más con la ira que con otras emociones negativas, aunque quizás menos que el desprecio y el resentimiento.

Además, la variable cognitiva de la hostilidad es multifacético y difícil de definir. Se ha definido como la tendencia a desear infligir daño en otros o la tendencia a sentir ira hacia otros, aunque estas definiciones ensombrecen las distinciones entre emoción, cognición y comportamiento. En parte, la hostilidad entraña una actitud negativa hacia otros, que consiste en enemistad, denigración y mala voluntad. El cinismo es una creencia relacionada de que otras personas están motivadas por el egoísmo más que por un interés en otros o por motivos superiores similares. La desconfianza es una expectativa de que es poco probable que la gente cumpla con sus obligaciones y que es fuente frecuente de maltrato, provocación y daño, a pesar del hecho de que pueda parecer amistosa y cooperadora. Por consiguiente, como rasgo general, la hostilidad connota una devaluación del valor y de los motivos de otros, una expectativa de que los demás son fuente probable de ofensas, con una visión relacional de estar en oposición hacia otros, y un deseo de infligir daños o de ver a otros recibir daño.

La agresión se refiere a una conducta manifiesta, definida como acciones de ataque, destructivas o dañinas. Habido muchos intentos por clasificar subtipos de comportamiento agresivo (Averill, 1982; Bandura, 1973; Megargee, 1985) (citado por Siegman & Smith, 1994) en términos de su motivación o estímulos controladores. Por ejemplo, la agresión podría reflejar una respuesta impulsiva luego de una frustración y la excitación debida a la ira, o un intento de influir en otros y obtener los resultados deseados. Quizás sean más importantes las variedades de acciones agresivas. El daño puede ser verbal o físico. La agresión física puede ser directa y activa (p. ej., ataque) o indirecta (p. ej., chisme, hacer ruidos intrusivos) y pasiva (p. ej., no llegar a una cita). De manera similar, la agresión verbal puede consistir en insultos odiosos, oposición, discusiones, groserías o sarcasmos. Estas formas de agresión varían, no sólo en la manera en que se expresan y su severidad, sino también en la frecuencia en la que ocurren. Aunque a menudo se contempla la agresión física, es menos común que la agresión verbal y acarrea consecuencias sociales más severas Averill, (1982) (citado por Siegman y Rosenman, 1994).

Experiencia contra expresión

Una distinción conceptual importante es aquella entre la experiencia y la expresión de la ira. Estos constructos se refieren a rasgos o disposiciones. Tomando en

consideración las definiciones mencionadas con anterioridad, la experiencia de la ira se refiere no sólo a los procesos subjetivos --principalmente al afecto de la ira-- sino también a las emociones relacionadas (p. ej., desprecio, resentimiento) y los procesos cognitivos que connotan hostilidad. En contraste, la expresión de la ira se refiere al comportamiento agresivo subsiguiente a la excitación surgida por la ira. Es importante notar que ambos términos implican la ocurrencia de ira. Así, la gente en los extremos de ambas dimensiones es propensa a sentir una ira fuerte y frecuente, pero puede diferir en sus respuestas manifiestas a la ira.

Constructos relacionados, tales como estilos de enfrentamiento de la ira, o la distinción Ira-dentro versus Ira-fuera, son similares a la experiencia versus la expresión de la ira. Estos constructos se refieren al grado en que la gente despliega su ira hacia fuera, y los comportamientos hacia fuera incluidos en estos esquemas representan uno o más tipos de agresión. Es importante delinear más; sin embargo, la naturaleza de la ira no expresada. El no expresar la ira por medio de la agresión manifiesta podría reflejar una inhibición automática o voluntaria de los impulsos agresivos (esto es, represión o supresión) o podría reflejar la representación de respuestas sociales alternativas, tales como asertividad. Anteriormente, los enfoques psicodinámicos de la ira no expresada comunicaban un modelo hidráulico de presión interna en aumento e inhibición de la energía de consumo. Este modelo dio el impulso para estudios de los efectos afectivos y psicofisiológicos de expresión versus el ocultamiento de la agresión (Hokanson, 1973) (citado por Caza, 2003). La ira no expresada puede o no estar relacionada con la obsesión enojosa —el ensayo interior de los eventos provocadores y las fantasías agresivas.

De manera similar, como se notó anteriormente, la expresión de ira podría reflejar una respuesta desinhibida a sucesos provocadores o frustrantes, o podría reflejar un intento forzado de influir o controlar a los individuos implicados en tales incidentes. En síntesis, si la distinción entre la experiencia versus la expresión de la ira es importante para realizar mayores progresos en el área, entonces estos constructos requerirán una clarificación adicional.

Esta visión general hace obvias las características traslapadas de la ira, la hostilidad y la agresión. Dado que los rasgos de personalidad son vistos como poseedores de rasgos y correlatos comportamentales, cognitivos y emocionales, el que estén traslapados no es sorprendente. Sin embargo, también es verdad que los elementos individuales dentro de los rasgos definidos podrían estar relacionados con la salud o

estar relacionados por medio de mecanismos muy claros Briggs, & Carver, (1989) (citado en Caza, 2003). Como resultado, las distinciones conceptuales entre procesos estrechamente relacionados son prerequisites esenciales para la construcción de modelos y para probar sus predicciones.

Evaluación de la ira y la hostilidad

Como se señaló anteriormente, los modelos conceptuales que vinculan la ira, la hostilidad y la salud no pueden ser probados sin contar con medidas válidas de las variables psicosociales. A falta de una validez de constructos establecida, ningún resultado positivo ni negativo puede interpretarse con confianza como relevante para las consecuencias potenciales de salud de la ira y la hostilidad. Los resultados positivos podrían reflejar los efectos adversos de la ira y la hostilidad o algunas otras características explotadas por las medidas aparentes de estos rasgos. Los resultados no válidos podrían reflejar la ausencia de efectos adversos o el hecho de que la ira y la hostilidad no fueron evaluadas de manera adecuada. Por consiguiente, la evidencia de la validez de los constructos es esencial para sacar conclusiones definitivas. Además, la validez requiere confiabilidad. Dado que los estudios en esta área se interesan en la ira y hostilidad crónicas, la confiabilidad o estabilidad de los dispositivos de evaluación a lo largo del tiempo es relevante. La consistencia interna de los cuestionarios y los acuerdos entre evaluadores sobre los métodos con base en entrevistas son también consideraciones psicométricas importantes.

Usos de la validación de constructor

El proceso de la validación de constructos entraña colocar los constructos y medidas relacionadas en un marco de referencia derivado teóricamente. Este marco o red nomológica consiste en relaciones hipotéticas entre múltiples constructos y múltiples medidas Cronbach & Meehl, (1955) (citado por Siegman & Smith, 1994). Desde las definiciones conceptuales previas, una variedad de procesos emocionales, cognitivos, fisiológicos y comportamentales serían parte de la red nomológica que rodea a la ira, la hostilidad y la agresión. Para ser completos; sin embargo, los tests de validez de constructo de las medidas deben incluir evidencia de que las escalas no sólo se relacionan con otros índices del mismo constructo (esto es, validez convergente) sino también están menos relacionadas con otros constructos (esto es, validez divergente o discriminatoria).

Además de proporcionar información necesaria para interpretar los hallazgos implicados en estos dispositivos de evaluación, los estudios sobre la validez de constructos pueden ampliar su conocimiento de la naturaleza y la correlación que existe entre la ira crónica y la hostilidad. Esta información a su vez puede ser útil en la elaboración de los fundamentos de estos rasgos y en el análisis de los mecanismos que vinculan personalidad con enfermedad. Por ejemplo, estudios sobre las respuestas cardiovasculares y comportamentales de personas hostiles y no hostiles a varias situaciones sociales Smith & Christensen, (1992) (citado por Siegman & Smith, 1994) pueden sugerir preocupaciones o motivos sociales subyacentes a la hostilidad (p. ej., desconfianza, dominación, etcétera), así como procesos interpersonales y psicofisiológicos que pudieran incrementar la vulnerabilidad de las personas hostiles a la enfermedad. Hasta fecha reciente, la evidencia de la validez de constructo de la escala Ho era, en el mejor de los casos, escasa. Aunque los estudios sobre correlaciones cognitivas, afectivas, comportamentales, interpersonales y psicofisiológicas de esta escala han hecho mucho por clarificar la naturaleza del constructo explorado Smith & Christensen, (1992) (citado por Siegman & Smith, 1994), es necesario evaluar otros dispositivos de evaluación.

Ventajas y desventajas de medidas en uso corriente

La selección de dispositivos de evaluación para la investigación en esta área presenta ciertos dilemas. Algunas de las escalas empleadas en los estudios prospectivos tienen claras limitaciones psicométricas. A menudo se forzó el empleo de estas escalas debido a su presencia en las bases de datos reunidas hace años con propósito distinto. Tales muestras son oportunidades de realizar periodos de seguimiento largos como para permitir exámenes sensitivos asociados con morbilidad y mortalidad, sin esperar muchos años. A pesar de las limitaciones de estas medidas, se tienen como resultado importantes evidencias acerca de su relevancia para la salud. Se cuenta con más medidas psicométricamente sólidas de ira y hostilidad, pero pocas de ellas han sido incluidas en estudios prospectivos a larga escala. Por tanto, su relevancia para la salud todavía no es considerada ampliamente. La investigación psicológica sobre el patrón Tipo A acumuló un gran cuerpo de hallazgos. Como resultado, se sabe mucho acerca de una variable de diferencia individual que aparenta no ser útil para entender el desarrollo de ECV. Para evitar una repetición de esta historia, los estudios sobre la ira y la hostilidad deben seguir dos líneas: evaluaciones psicométricas continuas de medidas

actualmente en uso en la investigación epidemiológica y el uso de escalas y clasificaciones sólidas en estudios cruzados y prospectivos sobre morbilidad y mortalidad documentada.

Solidez de la asociación

La asociación inconsistente entre hostilidad y salud es una característica problemática de esta literatura. Aunque predominan los resultados positivos, se necesitan estudios adicionales para evaluar la solidez de este efecto. Como se comentó, es probable que mejoren los resultados de tales esfuerzos por medio del refinamiento de definiciones conceptuales y operacionales de las variables de predicción. Sin embargo, otras consideraciones son importantes para maximizar la información resultante.

Precauciones en la investigación cruzada

Los estudios cruzados, a pesar de la dificultad de distinguir antecedentes psicosociales y consecuencias de la enfermedad, aun son útiles en esta área. Sin embargo, posibles confusiones en la selección requieren un cuidado especial en su diseño e interpretación (Matthews, 1988) (citado en Caza, 2003). Por ejemplo, los casos de muerte coronaria repentina se excluyen de estos análisis, limitando la generalización de los hallazgos y el posible debilitamiento de los resultados debido a la muerte temprana de algunas personas iracundas y hostiles.

Para algunos tipos de estudios, como aquellos que se basan en los resultados de procedimientos de diagnóstico clínico (p. ej., angiogramas coronarios, prueba de esfuerzo cardiaco con talio), sujetos enfermos tendrán una representación excesiva en la muestra, dado el hecho de que tales pruebas de diagnóstico están reservadas para los casos probables de ECC. La restricción resultante en un rango de gravedad de enfermedad es probable que debilite las pruebas estadísticas de asociación. Por último, no es probable que las personas libres de enfermedad en estas muestras sean representativas de la población sana más amplia, puesto que de alguna manera han sido referidas para sufrir pruebas costosas e invasivas a pesar de no padecer ECV. En muestras de pacientes sometidos a angiografía coronaria, se encontró que los individuos que padecen poca o ninguna CAD a menudo se caracterizan por altas puntuaciones en las medidas de ansiedad y otras emociones disfóricas crónicas. Los síntomas de angustia emocional aguda de alguna manera se interpretaron como posibles síntomas de ECV, resultando en una evaluación diagnóstica (Smith & Williams, 1992; Stone & Costa,

1990) (citado por Siegman & Smith, 1994). Al grado en que tales individuos también experimentaron ira y sus emociones relacionadas, este proceso de selección podría crear una asociación inversa artificial entre la experiencia de la ira y la enfermedad (Siegman, Dembroski & Ringel, 1987).

VARIABLES MODERADORAS Y FACTORES CONTRADICTORIOS

En ambos estudios cruzados y prospectivos, los resultados inconsistentes podrían reflejar la existencia de una o más variables moderadoras. Por ejemplo, la fuerza de la asociación entre la ira o la hostilidad y la salud podría variar como una función de la edad de la muestra del estudio. Existe cierta evidencia para sustentar esta aseveración Siegman & Ringel, (1987) (citado en Caza, 2003). La ira crónica y la hostilidad pudieran ser más o menos nocivas para la salud dependiendo de las características del ambiente de trabajo del individuo. Los trabajos que presentan oportunidades repetidas de conflicto interpersonal, en comparación con aquellos que implican condiciones de trabajo solitarias, podrían potenciar los efectos adversos de la ira y la hostilidad. Dada la influencia de factores sociodemográficos tales como género, raza y nivel económico en la experiencia y expresión de la ira y la hostilidad, estas variables pudieran también influir en la magnitud de la asociación entre los factores de personalidad y enfermedad. Por tanto, algunas de las inconsistencias en la literatura epidemiológica pudieran explicarse mediante la evaluación sistemática de los efectos moderadores de los ambientes en los trabajos. Denollet, (1993).

Las pruebas futuras de la relación entre ira u hostilidad y la muerte deben también considerar el tratamiento apropiado de factores de riesgo correlacionados. La hostilidad está relacionada con la edad, el género masculino, la raza no blanca, nivel socioeconómico y educativo bajo, fumar, menos ejercicio y colesterol elevado (Siegler; Smith, 1992) (citado en Roiter, 2001), todo lo cual representa factores de riesgo ECC establecidos. La práctica común del estudio de la relación entre hostilidad y salud es controlar estos factores estadísticos de riesgo con el fin de probar los efectos independientes de la hostilidad. Este es un enfoque aceptado de los factores confusos o variables extrañas en estudios correlacionados. Sin embargo, este enfoque pudiera también subestimar los efectos de la ira y la hostilidad en la salud. Por ejemplo, los comportamientos no saludables pudieran explicar o mediar la relación entre la hostilidad y la salud. Bajo este punto de vista, el simple control estadístico de los factores confusos tales como fumar e inactividad elimina un sustantivo efecto de la

hostilidad en la salud. Caza, (2003) sugirió que factores psicológicos tales como la ira y la hostilidad pudieran mediar la relación entre los factores demográficos y el estado de salud. De nuevo, el simple control estadístico de los factores de riesgo correlacionados no permite la exploración completa de las vías causales posibles. Esto no sugiere que los procedimientos estadísticos típicos sean inapropiados; más bien sugiere que los análisis en estudios cruzados y prospectivos deberían ser guiados por modelos conceptuales de relación entre la hostilidad y la salud, en lugar de enfocarse sólo en el tema de simples incrementos en la utilidad predictiva más allá de los efectos de los factores de riesgo tradicionales.

Modelos de mecanismo

La evidencia de la relación estadística entre los constructos de la ira y la hostilidad y la salud lleva a la cuestión del mecanismo. ¿Cuál es el vínculo entre estas características psicológicas y la ECV? Se han propuesto varios modelos Smith, 1992; Suis & Rittenhouse, (1990) (citado por Siegman & Smith, 1994), los cuales merecen atención adicional en futuras investigaciones. Estos modelos no son mutuamente excluyentes, además algunos son explícitamente integradores.

Reactividad, relaciones sociales y transacciones

El modelo de reactividad psicofisiológica es quizás la visión predominante del mecanismo que vincula la ira o la hostilidad con la ECV. Como lo describieron Williams y sus colegas (1985) (citado por Siegman & Smith, 1994), es probable que las personas hostiles desplieguen dos respuestas psicológicas acompañadas de una excitación fisiológica en aumento. Estos individuos son propensos a experimentar ira y a dedicarse a observar su ambiente social buscando signos de maltrato inminente. La ira y la vigilancia van acompañados de aumentos mediados por simpatía en una variedad de parámetros fisiológicos (esto es, presión arterial, catecolaminas circulantes). Se cree que la reactividad psicofisiológica intensificada a los estresantes sociales inicia y acelera el desarrollo de EAC y precipita la aparición de síntomas de ECC (esto es, infarto al miocardio, angina, etcétera) entre individuos con EAC. Como fue revisado por Houston y en otras partes Smith, (1992) (citado por Siegman & Smith, 1994), la evidencia disponible es consistente con la hipótesis básica de que las personas hostiles responden a estresantes potenciales con mayor incremento de la presión sanguínea y otros índices de excitación, en comparación con sus contrapartes más simpáticas.

El modelo de vulnerabilidad psicosocial sugiere que la ira crónica y la hostilidad están relacionadas con una variedad de características poco saludables, tales como bajo apoyo social y altos niveles de conflicto interpersonal en casa y en el trabajo Caza, (2003). Este perfil psicosocial negativo, a su vez, conferiría mayor riesgo de enfermedad. Por supuesto, ciertos procesos psicofisiológicos, tales como las respuestas mediadas por simpatía descritas con anterioridad, aún vincularían este ambiente más estresante y menos sustentador y la enfermedad subsiguiente.

El modelo transaccional Smith & Pope, (1990) (citado por Roiter, 2001) representa una integración y extensión de los enfoques de la reactividad psicosocial y psicofisiológica. El modelo de reactividad se enfoca en respuestas relacionadas con la ira y la hostilidad, y el modelo de vulnerabilidad psicosocial se enfoca en los correlatos de estos rasgos. Además de estas características, el modelo transaccional describe las consecuencias sociales o efectos de la ira y la hostilidad. En breve, este modelo ve la ira y la hostilidad como procesos engendradores de estrés. No es coincidencia que las personas crónicamente iracundas y hostiles experimenten más conflicto interpersonal y menos apoyo social. Más bien, el modelo transaccional mantiene que las personas crónicamente iracundas y hostiles crean dichas características de sus ambientes sociales, a través de sus pensamientos y acciones. Al desconfiar de otros, al esperar malos tratos, y al atribuir intenciones hostiles a los demás, las personas hostiles son propensas a realizar acciones antagónicas y agresivas. Es probable que tales comportamientos incrementen el conflicto interpersonal y quebranten el apoyo social. Una vez creado, es probable que este ambiente divisorio y de poco apoyo mantenga la ira, la hostilidad y la agresión. Por tanto, el modelo transaccional está fundado en la noción de que las características personales y el ambiente social se determinan de manera recíproca Bandura, (1977) (citado en Schneider, 1988). Además, las respuestas fisiológicas patogénicas surgen de dos clases de situaciones. Las personas hostiles despliegan una reactividad intensificada a los estresantes sociales comunes a todas las personas, pero también despliegan estas respuestas a los estresantes adicionales que ellas han creado.

Vulnerabilidad biológica

El modelo de vulnerabilidad constitucional o somatopsíquico propuso un mecanismo bastante diferente que vinculaba los rasgos de personalidad y la enfermedad. Esta perspectiva propone que las diferencias individuales biológicas básicas son las causantes de las manifestaciones psicológicas y comportamentales de ira, hostilidad y

agresión. Este factor biológico subyacente, tal como el sistema nervioso simpático hiper-responsivo, también confiere vulnerabilidad a la ECV. Excepto por este proceso biológico subyacente, la personalidad y la enfermedad son vistas como co-efectos de una única diferencia individual con base biológica. Schneider, (1988).

Es importante notar que el modelo de vulnerabilidad constitucional y los modelos precedentes no son mutuamente excluyentes. Por ejemplo, aun si tienen base biológica, la ira, la hostilidad y el comportamiento agresivo probablemente tengan un impacto adverso en el ambiente social. Como resultado, las personas en lo biológico vulnerables podrían verse expuestas a lo que para ellas sea un ambiente poco sano. En contraste, las personas biológicamente resistentes correrían un riesgo aún menor, debido al efecto reductor de estrés de su estilo social simpático en el clima interpersonal. Este tipo de integración es bastante consistente con la perspectiva biopsicosocial en general (Engel, 1977). (Citado en Siegman & Smith, 1994).

Comportamiento relacionado con la salud

Un último modelo se basa en los correlatos del comportamiento relacionado con la salud y la hostilidad. Leiker y Hailey (1988) propusieron que las personas hostiles pueden ser vulnerables a la ECV en virtud de sus malos hábitos de salud. Existe cierta evidencia de que la hostilidad está relacionada con fumar, inactividad, consumo de alcohol, y otros comportamientos poco sanos Siegman & Smith, (1992) (citado en Siegman & Smith, 1994). Las personas hostiles pudieran también adherirse menos a los regímenes médicos prescritos, aumentando así el riesgo médico

Conceptos y métodos de la psicología de la personalidad

Las definiciones conceptuales de los constructos centrales deben clarificarse y en algunos casos extenderse. Los métodos actuales de evaluación deben ser calificados y los nuevos probados. La relación básica entre ira crónica y hostilidad debe ser examinada en estudios adicionales cruzados y prospectivos. Finalmente, los modelos de los mecanismos que vinculan estas características de personalidad con la salud deben refinarse y probarse. Schneider, (1988).

En cada uno de estos esfuerzos, los conceptos y los métodos de la investigación actual sobre personalidad serán útiles. Tres áreas actuales dentro de la psicología de la personalidad parecen ser relevantes: taxonomías de rasgos, modelos cognitivo-sociales del proceso de personalidad y los enfoques biológicos de la personalidad.

Taxonomía de los rasgos

En años recientes, ha emergido un consenso entre los investigadores de la personalidad respecto a una adecuada taxonomía de los rasgos de personalidad (Digman, 1990; John, 1990) (citado en Siegman & Smith, 1994). El tan llamado enfoque de los "cinco grandes" incluye extraversión, conformidad, conciencia, neurosis y apertura a la experiencia. Como lo han argumentado varios autores (Costa & McCrae, 1987; Smith & Williams, 1992) (citado Caza, 2003), es probable que esta taxonomía haga una contribución significativa a la investigación sobre personalidad y salud. Por ejemplo, el rasgo de conformidad versus antagonismo corresponde a la descripción conceptual de la hostilidad y sus correlatos afectivos y de comportamiento. Las personas conformes son vistas como de buena naturaleza, blandos de corazón, corteses, simpáticos, confiados, capaces de perdonar, cálidos y compasivos. En contraste, las personas antagónicas son descritas como irritables, desconfiadas, groseras, egoístas, poco cooperativas, sospechosas, vengativas, cínicas y tercas (Costa, McCrae & Dembroski, 1989). (Citado en Roiter, 2001).

La neurosis es también un rasgo relevante, porque la tendencia a experimentar ira (esto es, el rasgo de la ira) es una faceta de esta disposición más amplia para experimentar una variedad de afectos y pensamientos negativos, tales como la ansiedad, la tristeza, la inseguridad y la duda de sí mismo. Sin embargo, muchas de las facetas o componentes de la neurosis son distintos de la ira, la hostilidad y la agresión como se les define. Además, la investigación disponible sugiere que la neurosis está relacionada con las quejas somáticas, pero con ninguna enfermedad real (Stone & Costa, 1990) (citado en Caza, 2003). Esto subestima la necesidad de evaluar los componentes individuales de rasgos de personalidad más amplios y multifacéticos.

Los rasgos dentro de la taxonomía de cinco factores también pueden emplearse convenientemente en pares así como en dimensiones individuales. Por ejemplo, las visiones tradicionales de la hostilidad como comportamiento propiciador de enfermedades coronarias pudieran describirse como consistentes en altos niveles de antagonismo y neurosis, en lugar de antagonismo. La combinación de estas características incluye gente descrita como dura, malhumorada, demandante, iracunda, peleonera, intolerante e irritable (Hofstee, de Raad & Goldberg, 1992) (citado en Siegman & Smith, 1994). De manera similar, los altos niveles de antagonismo y extraversión caracterizan a la gente descrita como dominante, combativa, abrupta y controladora. En contraste, la gente con altos niveles de antagonismo combinados con

introversión (esto es, niveles bajos de extraversión) fue descrita como escéptica, distante, poco amigable y cínica. Por consiguiente, el uso de rasgos múltiples dentro del modelo de cinco factores puede proporcionar descripciones conceptuales y empíricas más precisas.

Este uso del modelo de cinco factores también evoca enfoques más antiguos a la sub-clasificación de la hostilidad. Los enfoques interpersonales a la personalidad han estado basados en un modelo circunflejo que consiste en dos dimensiones: hostilidad versus amistoso y dominación versus sumisión. La hostilidad puede estar acompañada de un comportamiento dominante o sumiso, con un patrón claro de correlatos, antecedentes y consecuencias. Los polos del modelo de cinco factores rasgo de conformidad versus antagonismo corresponde más o menos a la sumisión amistosa y la dominación hostil, respectivamente Siegman & Smith, (1994). Esta distinción interpersonal aumenta el enfoque de cinco factores al sugerir patrones probables de interacción interpersonal, con posibles consecuencias psicósomáticas. Por ejemplo, los intentos recurrentes de ejercer dominación social y control probablemente facilitarían una reactividad cardiovascular intensificada; sobre todo entre personas hostiles (Smith & Brown, 1991) (citado en Siegman & Smith, 1994). Los intentos enojosos y forzados de influir y controlar a los demás, más que las reacciones enojosas por sí solas, pudieran ser procesos psicofisiológicos sociales centrales que vinculan la hostilidad con la salud. Esta hipótesis tiene un paralelo en el modelo Boman-Gray de efectos interactivos de dominación social y tensión social en la aterogénesis de monos (Kaplan, Botchin & Manuck; Manuck. Kaplan, Muldoon, Adams & Clarkson, 1991). (Citado en Caza, 2003).

Además de proporcionar refinamientos conceptuales en la descripción y comprensión de la ira, la hostilidad y la salud, la taxonomía de cinco factores y los enfoques interpersonales proporcionan importantes tecnologías de evaluación. Desarrollados y refinados a lo largo de muchos años, estos instrumentos incluyen varias escalas de clasificación y auto-reporte confiables y válidas. Estas escalas serían útiles para clarificar los constructos evaluados por medidas empleadas de la ira y la hostilidad McCrae & Dembroski, (1989) (citado en Roiter, 2001), así como en futuros estudios cruzados y prospectivos de los resultados sobre la salud.

Modelos cognitivo-sociales del proceso de personalidad

Los enfoques axonómétricos descritos con anterioridad son más útiles en la evaluación y descripción de rasgos. Son menos relevantes para explicar los procesos por medio de los cuales los diferentes tipos de individuos (p. ej., hostiles vs. amigables) seleccionan, perciben, interpretan y responden a su ambiente social. Cantor (1990) (citado en Siegman & Smith, 1994) contrastó los aspectos del "tener" versus el "hacer" de los enfoques de rasgos versus procesos de la personalidad. Los enfoques axonómétricos proporcionan importantes detalles y organización en la descripción de diferencias individuales o características de la gente. Otros aspectos de la investigación y la teoría recientes en psicología de la personalidad están disponibles para usarse en intentos por entender los mecanismos o procesos psicológicos implicados en la expresión de estas diferencias individuales conforme a la gente selecciona, interpreta y responde a situaciones sociales. Estos enfoques orientados al proceso son útiles en los modelos psicológicos de los efectos de la ira y la hostilidad en la salud. Por ejemplo, se describe cómo la reciente teoría e investigación sobre los enfoques cognitivo-mediacionales al estrés y el ajuste pueden utilizarse como el marco integrador para describir los efectos de la personalidad y la emoción en la salud.

Los niños agresivos tienen más probabilidad de atribuir intenciones hostiles a las acciones de los demás y a seleccionar comportamientos agresivos como respuestas a la provocación percibida. Este análisis tiene clara relevancia en los intentos por entender las distintas respuestas fisiológicas y comportamentales de las personas hostiles y no hostiles a varias situaciones sociales. Los estudios preliminares han sustentado la hipótesis básica de que la hostilidad está relacionada con un estilo distinto de procesar la información social e interpretar las acciones de otros. Siegman & Smith, (1994).

La perspectiva cognitivo-social general (Cantor, 1990; Cantor & Kihstrom, 1987; Dweck & Leggett, 1988) describe los rasgos de personalidad como consistentes en diferencias individuales en los procesos de valoración social, representaciones internas (esquemas) del ser y otras personas, representaciones de tipos recurrentes de relaciones o interacciones (guiones), metas o tareas personales, y procesos de auto-evaluación. Las descripciones cognitivas de la ira y la hostilidad crónicas, usando este tipo de constructos, han sido ofrecidas por teóricos en varios contextos diferentes (Beck & Freeman, 1990; Lazarus, 1991).

La perspectiva socio cognitiva reconoce la asociación recíproca entre la personalidad y el ambiente social. La personalidad influye en la experiencia subjetiva

del ambiente social a través de los procesos cognitivos descritos con anterioridad. Sin embargo, es probable que las características de personalidad den forma a los aspectos objetivos del ambiente social por medio de su impacto en la selección de situaciones sociales, la evocación no intencionada de reacciones sociales al comportamiento interpersonal y las tácticas comportamentales empleadas en los intentos conscientes de influir o manipular a los demás (Buss, 1987). Por lo tanto, la perspectiva socio cognitiva hace una contribución significativa a la amplitud y evaluación de la reactividad psicofisiológica, la vulnerabilidad psicosocial, y los modelos transaccionales anteriormente descritos. La explicación de estos procesos socio cognitivos pudieran también ayudar a usar las técnicas de intervención terapéutica, al proporcionar una descripción detallada de los procesos de inadaptación y probables puntos de cambio. Schneider, (1988).

Perspectivas biológicas

En años recientes, los psicólogos de la personalidad han renovado su atención hacia los fundamentos biológicos de la personalidad (Buss, 1990). Existen tres asuntos generales que son centrales en este trabajo, todos los cuales son relevantes para la futura investigación de la ira, la hostilidad y la salud.

Primero, los análisis psicofisiológicos de los mecanismos básicos que se supone subyacen a los rasgos de la personalidad se han vuelto cada vez más refinados y sofisticados. Las pruebas psicofisiológicas de los modelos propuestos por Eysenck (1967), Gray (1973) y otros proporcionan varias guías a los esfuerzos por probar los modelos psicobiológicos de hostilidad recientemente propuestos (Kaplan, Botchin, & Manuck; Williams) (citado en Siegman & Smith, 1994). Este cuerpo de teoría e investigación pudiera también sugerir ciertos rasgos psicobiológicos adicionales son una predisposición posible.

En segundo lugar, los avances recientes en la investigación genética del comportamiento pueden proporcionar pruebas cada vez más sofisticadas sobre la hipótesis básica de que los rasgos iracundos, hostiles y agresivos son, en parte, transmitidos genéticamente. Los métodos recientes de modelamiento en la investigación de la genética del comportamiento pueden también evaluar la suposición de que estos rasgos psicológicos comparten con los procesos biológicos genéticos, tales como los supuestos mecanismos cerebrales relacionados con la serotonina Schneider, (1988).

Además, estos procedimientos modeladores proporcionan una oportunidad única de aclarar las bases genéticas y ambientales de la ira y la hostilidad.

Por último, las perspectivas evolutivas de la personalidad ofrecen un contexto único para la comprensión de los orígenes posibles de la naturaleza de la ira y la hostilidad (Buss, 1984). Esta escuela de pensamiento también ofrece otro punto de integración para la investigación humana y animal. Al igual que con las herramientas de las perspectivas de los procesos socio cognitivos y taxonómicos/descriptivos en la actual psicología de la personalidad, los enfoques biológicos pueden informar nuestros esfuerzos para comprender el proceso psicodinámico.

Los temas centrales que surgen de esta revisión definen las áreas necesitadas de refinamiento conceptual y de esfuerzo redoblado de investigación. La clarificación de constructos y modelos clave, la evaluación e intensificación de los procedimientos de evaluación, las pruebas adicionales de la relación con ECV, y la mayor exploración de los mecanismos subyacentes representan los focos del progreso necesario. Si los resultados de tales trabajos sustentan la hipótesis psicosomática básica, la investigación actual sobre desarrollo, prevención y modificación terapéutica de la ira y la hostilidad se volvería un tema aún más importante de lo que ya lo es.

Hace 40 años el modelo psicoanalítico de la influencia de la ira y la hostilidad sobre la salud afrontó una encrucijada similar. En aquel entonces, el interés en aquellos modelos declinó, ya que la investigación médica sobre ECV avanzaba en otras direcciones y la ciencia psicológica se encargaba de otros asuntos.

Los actuales métodos de investigación y teoría de la personalidad proporcionan una base científica mucho más sólida que la disponible anteriormente. Los desarrollos en la investigación biológica básica sobre ECV y la fisiología del estrés han ayudado a articular conexiones posibles entre factores psicológicos y enfermedad y han suministrado herramientas metodológicas rigurosas científicamente. Los avances en el diseño y análisis de estudios epidemiológicos prospectivos, clínicos y cruzados ahora permiten pruebas mucho más definitivas de la asociación básica. Los modelos animales convincentes permiten la manipulación experimental de las variables centrales en estos modelos, como un complemento a los estudios humanos observacionales. Por lo tanto, los procedimientos sofisticados han sido desarrollados para evaluar la eficacia clínica de las intervenciones relacionadas. Así, los años de 1990 presentan la oportunidad de generar pruebas contundentes de una de las hipótesis que vinculan los procesos psicológicos y la salud física. Roiter, (2001).

Ira, hostilidad y reactividad psicobiológica

Existe la hipótesis de que la reactividad psicofisiológica contribuye al vínculo entre la enfermedad cardiovascular (ECV) y la ira, la hostilidad y conductas relacionadas a éstas. Surge entonces una pregunta importante: ¿qué evidencia existe de que la ira, la hostilidad y conductas relacionadas a ellas, se encuentren asociadas con la reactividad psicofisiológica?

Antes de afrontar dicha interrogante, se deben considerar aspectos de la conceptualización y valoración de estas variables.

La ira es un estado emocional que involucra disgusto, con un rango de intensidad que va de la irritación leve a la cólera (Buss, 1961); de esta manera, la ira es un rasgo fisiológico afectivo. Con respecto al afecto, las emociones relacionadas con la ira tales como el desprecio, el disgusto, el resentimiento, etc., han aparecido en la literatura concerniente a enfermedades cardiovasculares y no deben ser pasadas por alto.

Recientemente, los sentimientos relacionados con la ira han sido definidos bajo el término más general de hostilidad neurótica, ya que se ha encontrado una correlación entre las medidas de ansiedad y el neuroticismo (Dembroski y Costa, 1977) (citado en Siegman & Smith, 1994).

Se ha definido a la hostilidad como una actitud perdurable de rencor y opinión negativa de los demás (Buss, 1961) y como tal, es un rasgo fisiológico cognitivo. Los sentimientos relacionados con la ira, así como la hostilidad; con frecuencia se asocian con conductas que son aversivas o dañinas para los demás. Se ha utilizado el término *agresión* para referirse a conductas que resultan dañinas hacia personas u objetos (Buss, 1961). Más aún, las conductas que son aversivas o dañinas hacia otros, en la actualidad se han definido bajo el término hostilidad expresiva. Por lo tanto, la agresión y la hostilidad expresiva son rasgos de la conducta.

Conceptualmente, entonces, estas variables se pueden diferenciar en: aquellas que son cognitivas (a saber, hostilidad), afectivas (p.ej. ira, hostilidad neurótica, etc.) y conductuales (p.ej. agresión, hostilidad expresiva, etc.). Al considerar el papel que estas variables desempeñan en el desarrollo de la ECV, se ha puesto especial atención en aquéllas que son perdurables. El proceso mediante el cual la ECV se desarrolla toma tiempo, y si las variables fisiológicas o conductuales contribuyen a dicho proceso deben ser persistentes en el tiempo más que ser de tipo transitorio. (Esto, sin embargo, no

niega la posibilidad de que episodios transitorios de ira o agresión puedan contribuir a precipitar un evento clínico).

Aunque se pueden hacer distinciones entre las definiciones conceptuales de ira, hostilidad agresión y hostilidad neurótica y expresiva, exceptuando la ira, las medidas que se usan en los estudios psicofisiológicos y epidemiológicos no se han derivado de manera racional, a priori; para evaluar estos constructos, y por tanto no proporcionan definiciones operacionales que evalúen o hagan distinción alguna entre ellos. De esta manera, la mayoría de las medidas de los mencionados conceptos, son heterogéneas respecto a los constructos evaluados en la actualidad. Al final, esto oscurece las conclusiones que se pudieran obtener concernientes hasta qué punto las variables particulares, a saber; hostilidad, agresión y así sucesivamente, se encuentran asociadas con la reactividad psicofisiológica y/o con la enfermedad cardiovascular.

Además de las variables antes mencionadas, se ha tenido interés en la relación entre la ECV, la reactividad psicofisiológica y las medidas que reflejan las formas inhibidas o desinhibidas de tratar con los sentimientos y conductas relacionados con la ira. El grado en que las personas niegan experimentar sentimientos relacionados con la ira y/o la abierta inhibición de expresar dichos sentimientos, puede ser interpretado como intentos de lidiar con ello de formas que involucran procesos de pensamientos inhibitorios (p. ej. estar consciente de una provocación, los sentimientos per se, etc.) y/o conductas relacionadas con la ira. Esta forma de lidiar con conductas y sentimientos relacionados con la ira, con frecuencia se mencionan como *Anger-in* (Supresión de la ira) si bien el uso del mismo término para referirse a la inhibición tanto de la experiencia como de la manifestación de la *expresión* de los sentimientos relacionados con la ira, oscurece una distinción que pudiera ser teórica e importante. En cualquier evento, este modo ha sido contrastado con el grado en que las personas expresan sentimientos de ira, que se sobrellevan, en términos de expresar dichos sentimientos, o como fracasar en el intento de lidiar con ellos, en el sentido de ser incapaz de inhibir su expresión. Esta forma de lidiar con los sentimientos relacionados con la ira se menciona como *Anger-out* (Expresión de la ira). Siegman & Smith, (1994).

En términos de medición, el grado en el cual las personas expresan sus sentimientos relacionados con la ira, han sido en su mayoría medidos por escalas etiquetadas como expresión de la ira (*Anger-out*) que fueron diseñadas para valorar esta forma de lidiar con esta relación. En contraste, las personas que niegan experimentar sentimientos relacionados con la ira y/o inhiben expresiones abiertas de dichos

sentimientos, se han identificado de dos maneras. Una manera es una alta puntuación en escalas etiquetadas como supresión de la ira (*Anger-in*) que fueron diseñadas para valorar esta forma de lidiar con los sentimientos relacionados con la ira. La segunda, casi *post hoc*, es de puntuaciones bajas en mediciones de sentimientos relacionados con la ira, hostilidad, conducta agresiva y expresión de la ira (*Anger-out*) al asumir que algunas personas que obtienen puntuaciones bajas en dichas mediciones están negando experimentar o expresar sentimientos relacionados con la ira. El segundo acercamiento para valorar la supresión de la ira (*Anger-in*), crea problemas de interpretación. Por ejemplo; ¿cómo es que una persona conoce *a priori* si puntuaciones bajas de mediciones de sentimientos relacionados con la ira, hostilidad, conducta agresiva y expresión de la ira (*Anger-out*), simplemente reflejan bajos niveles de dichos constructos, o si una puntuación baja de tales mediciones refleja la negación de experimentar sentimientos relacionados con la ira?

La manera de lidiar con los sentimientos relacionados con la ira puede ser vista de una mejor forma como una variable moderada. Esto es, desde un punto de vista teórico, la forma en la cual los individuos enfrentan los sentimientos relacionados con la ira, puede ser importante ante todo o sólo para aquéllos individuos que experimentan de manera crónica dichos sentimientos en virtud de sus características perdurables de personalidad (p. ej. propensión a la ira, hostilidad, etc.) y/o su entorno (p.ej. exposición frecuente o dominante a estresores interpersonales). Este punto es más claro en aquéllas investigaciones en las cuales las interacciones son examinadas entre una medición que puede ser interpretada al valorar la manera en la cual los individuos lidian con los sentimientos relacionados con la ira y la medición de la ira, hostilidad y así sucesivamente, o niveles de estrés interpersonal. Se debe notar sin embargo, que las escalas creadas para medir la supresión de la ira y la expresión de la ira, tienden a ser correlacionadas con mediciones de inclinación o propensión a la ira. (Spielberger, 1985) (Citado en Schneider, 1988), la hostilidad neurótica, la expresiva y el antagonismo.

Tal vez estas asociaciones salen a propósito debido a que la frecuencia y/o la intensidad en que las personas inhiben o expresan los sentimientos relacionados con la ira dependen de qué tan frecuente y/o intensamente experimentan dichos sentimientos. Aparte, las relaciones encontradas entre las mediciones de la supresión de la ira y la expresión de la ira y la reactividad psicofisiológica y ECV pueden ser debidas a que la combinación de la supresión de la ira, la expresión de la ira y a las disposiciones para

experimentar sentimientos relacionados con la ira y expresar conductas relacionadas con la ira se encuentran correlacionados.

Comparada con la supresión de la ira, la expresión de la ira tiende a estar más relacionada con el antagonismo y la hostilidad expresiva y menos relacionada con la hostilidad neurótica. Sin embargo, dicha correlación no es suficiente ni fuerte para dar como resultado una relación consistente o sólida con la reactividad por sí sola. Sin embargo, tanto en lo conceptual como en lo práctico, las mediciones de *Anger-in* y *Anger-out* probables se emplean mejor como moderadoras de las relaciones entre la reactividad, los eventos ambientales y/o las mediciones de la disposición para experimentar sentimientos relacionados con la ira o expresar conductas relacionadas con la ira. Un objetivo es hacer estudios que investiguen las relaciones entre la reactividad psicofisiológica y (a) las mediciones que han sido consideradas para valorar la ira, la agresión, hostilidad, la hostilidad neurótica y la expresiva; y (b) las mediciones que han sido interpretadas como un reflejo de la inhibición de experimentar ira y la expresión desinhibida de sentimientos relacionados con la ira. Siegman & Smith, (1994).

El segundo objetivo es atraer la atención hacia algunos de los temas que deben ser considerados por los investigadores los cuales indagan las posibles asociaciones entre estas variables y la reactividad. Considerando esto, una consideración inclusiva es que las características relacionadas con la ira operan dentro de un encuadre de otras variables y procesos que afectan la reactividad. En otras palabras, una característica relacionada con la ira, no influencia la reactividad de forma separada o directa, sino que lo hace en el contexto de otras variables y procesos, los cuales incluyen, - pero no se encuentran limitados - a otras características de la personalidad, diferencias individuales, la naturaleza de la situación en la cual se encuentra el individuo. Es importante tomar en cuenta ciertos aspectos del estudio que los sujetos enfrentan, incluyendo al investigador, los instrumentos de valoración, etc. Tomando esto en consideración, es más probable que ocurra un 'rol negativo del sujeto' en la investigación que trata con variables relacionadas con la ira que con otras variables. Tal rol (papel) se encuentra asociado con un comportamiento particular que resulte inservible para el experimentador y/o lo opuesto a la intención del experimentador. Dicho rol se da como resultado de la preocupación del sujeto de ser controlado, o de ser colocado en una posición en la cual se le forcé a responder.

Se consideran varias características de la personalidad bajo tres rubros que corresponden a las etiquetas atribuidas a las mediciones empleadas: (a) ira y

sentimientos relacionados con la ira tales como hostilidad neurótica; (b) hostilidad; (c) agresión y conductas relacionadas con la agresión tales como hostilidad expresiva; y (d) expresión y supresión de la ira.

La investigación aquí revisada pretende ser representativa de un área, más que exhaustiva. Más aún, la revisión está confinada a estudios en los cuales se investigó la reactividad en humanos adultos y fue obtenida bajo situaciones identificables. Por tanto, los estudios en los cuales se investigó a niños o animales no se encuentran incluidos aquí.

Ira: hostilidad neurótica

Poco se ha investigado sobre la relación entre la reactividad y la ira como una característica perdurable u hostilidad neurótica. En un estudio realizado con varones, Holroyd y Gorkin (1983) (citado en Siegman & Rosenman, 1994) encontraron que puntuaciones en una escala de la ira (Novaco) se relacionaban con la reactividad cardiovascular durante interacciones de roles sociales los cuales eran neutrales o enérgicos por naturaleza. Se encontró que a través de las situaciones del desempeño del rol, los sujetos que tenían puntuaciones bajas en la escala de Novaco presentaban una presión sanguínea sistólica (PSS) y ritmo cardíaco (RC) más elevados, no así de presión sanguínea diastólica (PSD) comparados con sujetos que tuvieron altas puntuaciones. Estos resultados fueron interpretados en términos de sujetos que lidiaban con la experiencia de la ira con supresión o negación y mostraban mayor reactividad.

En un estudio con varones realizado por Suárez y Williams (1990) (citado en Siegman & Rosenman, 1994), se llevó a cabo un análisis de factor de medidas de la Escala de Expresión de la Ira de Spielberg, el Inventario de Personalidad NEO y el Inventario de Hostilidad Buss-Durkee (BDHI). Un factor que surgió se etiquetó como hostilidad neurótica. Se encontró que las puntuaciones para éste factor eran significativas, relacionadas con incrementos del flujo sanguíneo del antebrazo (FSA) del sujeto mientras éstos realizaban una tarea con anagramas y eran hostigados, pero no se relacionaban cuando éstos llevaban a cabo una tarea sin ser hostigados.

La siguiente explicación puede informar sobre la aparente inconsistencia en los resultados de los estudios antes mencionados. En ausencia de estrés interpersonal, como cuando se hace un anagrama sin ser hostigado en el estudio Suárez y Williams, (1991) (citado en Roiter, 2001) los individuos con alto grado de hostilidad neurótica (en contraste con aquellos de baja hostilidad neurótica) pueden no sentirse comprometidos

por la situación, y por lo tanto no diferir en cuanto a la reactividad. Como una forma de reacción ante el estrés interpersonal (p.ej. en el estudio de Holroyd y Gorkin, ser llamado a desempeñar algún rol social) los individuos con alto grado de hostilidad neurótica (en contraste con aquellos de baja hostilidad neurótica) pueden desconectarse psicológicamente de la situación ya sea para evitar sentimientos desagradables de excitación o para expresar su oposición hacia el experimentador; y así exhibir una excitación psicológica menor. Sin embargo, en presencia de un alto nivel de estrés interpersonal (p.ej. hostigamiento, como en el caso del estudio Suárez y Williams) los individuos con alto grado de hostilidad neurótica (en contraste con aquellos de baja hostilidad neurótica) pueden no ser capaces ya de inhibir sus sentimientos; y exhibir por tanto una mayor excitación.

Ya sea que esta interpretación sea la correcta o no, los hallazgos del estudio efectuado por Suárez y Williams plantean un tema importante, a saber, la interacción persona-situación. La naturaleza de la situación en las cuales las personas se encuentren, ya sea ficticias (experimentales) o reales, puede influir comprometiendo la personalidad bajo estudio y por lo tanto su efecto en la excitación psicológica.

Por lo general, esta noción resalta la cuestión presentada en la introducción de que las características relacionadas con la ira influyen la reactividad en el contexto de otras variables y procesos, en este caso, la naturaleza de la situación en la cual se encuentre el individuo.

Hostilidad

Dos de las mediciones más sobresalientes en las cuales se ha atribuido la etiqueta de hostilidad son la Escala de Hostilidad de Cook y Medley (1954) y la hostilidad según se estimó a partir de la Entrevista Estructurada, desarrollada para valorar la de Tipo A.

Escala de Hostilidad Ho de Cook y Medley

La escala de Hostilidad (Ho) de Cook y Medley fue obtenida de forma empírica del MMPI; por tanto, sus puntos son heterogéneos en contenido. Una serie de estudios conducidos con el fin de explicar los constructos medidos por la escala Ho sugirieron que a pesar de que la escala mide el constructo de hostilidad como se definió de manera previa, también mide una variedad de otras facetas de la personalidad que están asociadas, en distintos grados, con la hostilidad. Por consiguiente, se le dio la breve

etiqueta descriptiva "hostilidad cínica" a la escala. Smith y Frohm, (1985) (citado en Siegman & Rosenman, 1994).

Se han efectuado una serie de estudios para investigar la asociación entre la escala Ho y la reactividad. Por lo general, en los estudios donde los sujetos son confrontados con situaciones de estrés interpersonal, se encuentran relaciones entre la escala Ho y la reactividad. En un estudio realizado por Ardí y Smith (1988) (citado en Siegman & Rosenman, 1994), sujetos varones con puntuaciones altas en la escala Ho comparados con los de bajas puntuaciones, evidenciaban mayor respuesta de PSD durante una tarea de desempeño de rol que involucraba conflicto interpersonal. No se relacionó la reactividad con sujetos de puntuaciones en la escala Ho durante interacciones con bajo conflicto. Los sujetos masculinos hicieron un anagrama durante un estudio realizado por Suárez y Williams (1989) (citado en Roiter, 2001) en el cual eran ya sea hostigados o no. Comparados con sujetos de baja puntuación en Ho, los de puntuación alta manifestaron mayor respuesta de PSD y FSA cuando fueron hostigados pero no cuando no lo fueron. En un estudio realizado por Smith y Allred (1989) (citado en Siegman & Rosenman, 1994), sujetos masculinos debatieron sobre acontecimientos de actualidad. Los sujetos con puntuaciones altas de Ho, comparados con los de baja puntuación, exhibieron mayor respuesta de PSS y PSD mientras debatían que cuando no lo hacían. Smith y Brown (1991) (citado por Roiter, 2001), hallaron que en comparación con esposos con baja puntuación de Ho, los esposos con alta puntuación de Ho exhibían mayor PSS cuando trataban de influenciar en la opinión de sus esposas sobre algún tema, pero exhibían menor PSS cuando sólo discutían sobre el tema.

En adición a esto, a través de las condiciones, las puntuaciones de Ho de los esposos se relacionaron positivamente con la reactividad de la FC. De manera interesante, las puntuaciones Ho de las esposas no se relacionaron con la reactividad cardiovascular ya sea que intentaran o no influenciar en la opinión de sus maridos sobre algún tema o discutir el mismo con ellos.

Debido a que los individuos hostiles sospechan de los demás y no confían en nadie, y debido a que se supone que son inseguros la autorevelación hacia otros puede ser muy estresante para ellos. Se encontró evidencia de ello en un estudio realizado por Christensen y Smith (1993) (citado en Roiter, 2001), en el cual, al comparar sujetos varones con baja puntuación en Ho con aquellos de alta puntuación, éstos últimos mostraban mayor respuesta de PSS y PSD como una reacción ante niveles altos de autorevelación, pero no diferían en cuanto a la reactividad durante la interacción sin

hacerles que revelaran cosa alguna. Empleando el monitoreo ambulatorio en un estudio de paramédicos varones, Jamner, Shapiro, Goldstein y Hug (1991) (citado en Siegman & Rosenman, 1994) encontraron que la mayor respuesta de PSD manifestada por los sujetos en varios ambientes de trabajo se presentó en los sujetos con alta puntuación de Ho en un ambiente laboral conflictivo (interacciones en el hospital). Más aún, se encontró que la mayor respuesta de FC exhibida por los sujetos en ambiente laboral conflictivo eran los de alta puntuación de Ho y alto grado de defensividad (como se midió según la escala Marlowe-Crowne) que se reflejó en una hostilidad significativa mediante la defensividad en la interacción con el ambiente laboral. Una interpretación del hallazgo posterior es que los individuos que intentan inhibir sus sentimientos negativos hacia los demás son sensibles a situaciones provocativas.

Otro estudio relevante es el efectuado por Pope y Smith (1991) en el cual al comparar individuos masculinos con baja puntuación de Ho, los de alta puntuación mostraban niveles más elevados de cortisol urinario durante el día pero no al despertar ni por la noche. La diferencia en la secreción de cortisol entre los sujetos con bajo/alto Ho durante el día, pero no durante los demás momentos del día, puede ser en parte debido al encuentro de los sujetos con mayores estresores personales en el día. En general, los registros de PSS al despertar eran más altos para los sujetos con Ho alta que para los de Ho baja. Sin embargo, los registros de PSS durante los periodos de sueño fueron también altos para los sujetos con alta Ho que en los de baja Ho. Puede haber sido más perturbador para los sujetos con alto Ho que para aquéllos con baja puntuación.

En dos estudios, se halló que las puntuaciones de la escala Ho estaban relacionadas de manera más compleja con las respuestas psicofisiológicas ante tareas de laboratorio, aún y cuando no estuviesen asociadas con estrés interpersonal.

Además, en un estudio realizado por Suárez, Williams, Kuhn, Zimmerman y Schanberg (1991) (citado en Siegman & Rosenman, 1994), se encontraron interacciones entre las puntuaciones de la escala Ho y los niveles de colesterol en los sujetos masculinos para cambios en epinefrina, norepinefrina y FC como respuesta ante una tarea mental de sustracción, aunque no así para una tarea de reconocimiento de palabras. La combinación de puntuaciones altas en la escala de Ho y altos niveles de colesterol se asociaron con incrementos mayores de epinefrina, norepinefrina y FC. Tal vez un temperamento de hiperrespuesta en los sujetos con alto Ho era el responsable de los

niveles altos de colesterol y las agudas respuestas psicofisiológicas exageradas ante la tarea mental de sustracción.

En resumen, los hallazgos de las investigaciones con respecto a las relaciones entre las puntuaciones de Ho y la reactividad, son más consistentes y convincentes en sugerir que los sujetos con puntuaciones altas en la escala de Ho exhiben mayores respuestas psicofisiológicas que los sujetos con baja puntuación de Ho ante situaciones con alto estrés interpersonal. Más aún, la evidencia preliminar sugiere que otras diferencias individuales pueden moderar las relaciones entre las puntuaciones de Ho y la reactividad ante situaciones de alto y bajo estrés interpersonal. Estos hallazgos preliminares alentarán a efectuar más investigación sobre la interacción entre la puntuación de la escala Ho, las diferencias individuales y los factores situacionales.

Potencial para la hostilidad

Se realizaron una serie de estudios para conocer la relación entre la reactividad y el potencial para la hostilidad, una variable que es un componente para expresar un comportamiento contrapuesto, la frecuencia y la intensidad de experimentar sentimientos relacionados con la ira Dembroski, (1978). El potencial para la hostilidad se calcula a través de la Entrevista Estructurada en términos del contenido e intensidad de las respuestas del entrevistado, así como el estilo de interacción del entrevistado para interactuar con el entrevistador Dembroski, (1978).

Los resultados de los estudios concernientes a la relación entre el potencial para la hostilidad y la reactividad se han mezclado. Con respecto a los varones, Dembroski, MacDougall, Shields, Petitto y Lushene (1978) (citado en Siegman & Rosenman, 1994) encontraron que el potencial para la hostilidad se encontraba relacionado positivamente a las respuestas de PSS y FC a través de tres tareas: tarea con tiempo de reacción, un video juego de tenis de mesa y al hacer anagramas. Es también relevante para esta área de investigación, una medida de hostilidad derivada de la entrevista Estructurada Grabada en Video en la cual se encontró que en los varones suecos había una relación en la reactividad de PSS y tendía a estar relacionada a respuestas de epinefrina y norepinefrina ante una variedad de tareas (trazo de estrellas, aritmética mental, cold pressor, etc.) en un estudio conducido por Lundberg, Hedman, Medlin y Frankenhaeuser (1989) (citado en Siegman & Rosenman, 1994). Además, Lundberg, encontraron que los niveles de hostilidad derivados de la Entrevista Estructurada

Grabada en Video estaban positivamente relacionados con las respuestas de cortisol y PSS en el trabajo doméstico.

Con respecto al estudio en mujeres, en una serie de estudios conducidos por Dembroski, (1978) se encontró que el potencial para la hostilidad se encontraba positivamente relacionado con las respuestas de PSS en la entrevista estructurada y negativamente relacionado a las respuestas de FC ante una tarea con tiempo de reacción en un primer estudio.

Supresión de la ira y expresión de la ira

Se han hecho pocos estudios sobre la relación entre la reactividad psicofisiológica y las medidas que son interpretadas como reflejo de los modos de tratar la supresión de la ira y la expresión de la ira con los sentimientos relacionados con la ira y la conducta.

En la sub-escala de Expresión de la Ira de Spielberger ha sido encontrada una mucho más alta correlación con las medidas de antagonismo y expresión de la hostilidad que en la subescala de la Supresión de la Ira (Suárez & Williams, 1990) (citado en Siegman & Rosenman, 1994). De esta manera, en ausencia de la provocación, individuos con alta expresión de ira pueden haber expresado su hostilidad hacia el experimento (experimentador) causando con esta situación un desajuste psicológico, el cual, aconteció en la asociación negativa entre la reactividad del RC y de la Expresión de la ira. No obstante, ya que los individuos con alta Supresión de la Ira están menos propensos a expresar hostilidad y antagonismo si no fueron provocados, tampoco proporcionan una respuesta diferencial entre lo emocional o fisiológico para cada tarea experimental o el experimento por sí mismo; por lo tanto, no surgió ninguna asociación entre la Supresión de la Ira y la reactividad.

Han surgido varios hallazgos de la elaboración de un estudio dirigido por Engebretson, Matthews, & Sheier (1989) en un intento para reconciliar las inconsistencias encontradas en esta área. Primero, se encontró que a medida en que los sujetos varones expresaban una aparente ira o inhibían la expresión de ira se tendía a asociarla con una más grande reactividad de la PSS y RC cuando se provocaba a los sujetos que cuando no fueron provocados. Esta idea es congruente con la afirmación de que el modo de expresión de la ira se puede conceptualizar mejor como una variable moderada. Segundo, se halló que cuando hubo provocación, pero no en ausencia de ésta, la reactividad de la PSS tendía a ser mucho más alta que cuando los sujetos no

podieron emplear sus maneras preferidas enfrentarse con la ira (i.e., individuos con Expresión de ira que no fueron capaces de expresar desagrado y sujetos con Supresión de la Ira que fueron inducidos para expresar desagrado)

A excepción de una la posible investigación sobre la hostilidad como operacionalmente se define a la escala Ho, contradictorios resultados caracterizan los hallazgos de los estudios dirigidos a la investigación relacionados entre la reactividad psicofisiológica y las medias consideradas para valorar las disposiciones para la ira/hostilidad neurótica, hostilidad, agresión/hostilidad expresiva, inhibición de la experiencia de ira, inhibición de la expresión de ira relacionada con los sentimientos.

Los hallazgos respecto a las relaciones entre la escala Ho y la reactividad han sido consistentes. Sugieren que las puntuaciones de la escala pueden estar relacionadas con las respuestas psicofisiológicas exageradas en conjunción con el estrés interpersonal y/o las características adicionales de la personalidad y las diferencias particulares.

Los resultados de los estudios respecto a la reactividad en ambas relaciones ira/hostilidad neurótica y agresión/hostilidad expresiva son inconsistentes, aunque, quizá por las mismas razones. Las relaciones entre estas variables y las respuestas psicofisiológicas parecen estar influidas por cierto grado de estrés interpersonal, y el éxito o el no éxito depende de la manera enfrentarse con los sentimientos relacionados con la ira, y a las reacciones opuestas para el estudio o para el investigador (es) de la mejor manera posible.

Así, las preguntas relacionada con la credibilidad del potencial del indicador de la hostilidad y de cómo tratar con la multidimensional naturaleza de éste y hacia dónde debe dirigirse el potencial. Aunado a esto, a causa de los pocos estudios que se tienen del potencial para la hostilidad se han involucrado a estresores interpersonales. Por lo tanto son necesarias investigaciones en las cuales los niveles de estrés interpersonal sean manipulados tanto experimental como de manera natural.

El grado de estrés interpersonal en la que la experiencia de los sujetos, donde también son posibles las reacciones opuestas para el estudio o para el investigador, fueron discutidos como los posibles motivos para el hallazgo de las inconsistencias.

Personalidad en Situación de Interacción

Los estudios examinados aquí ayudan a enfatizar los pensamientos, emociones y conductas del sujeto que son influidos a otra persona por una situación de interacción donde está involucrada de manera implícita en toda la investigación. De esta manera, la

consideración necesita estar dada si la investigación en la cual los mismos sujetos se encuentran sería la esperada para comprometer la característica de la ira relacionada y de esta manera, contribuir al campo psicológico. El concepto de una persona en situación de interacción es evidente cuando algún aspecto de un arreglo experimental es manipulado con la intención de investigar las diferencias relativas entre las características relacionadas con la ira y la reactividad como una función de los niveles de la variable manipulada. Como ejemplo de esto, fueron los estudios en los cuales el estrés interpersonal fue manipulado y las relaciones entre las variables y reactividad relacionada con la ira se hallaron en condiciones de estrés interpersonal pero no en condiciones controladas (p. Ej., Engebretson et al, 1989; Hardy & Smith, 1988; Smith & Alfred, 1989; Suárez & Williams, 1989, 1990) (citado en Siegman & Rosenman, 1994).

Una persona en situación de interacción, no obstante, aplica para la elección de los arreglos experimentales para lo cual expone a los sujetos, aún en la ausencia de manipulaciones experimentales. Aunque la conceptualización de hostilidad llevaría a esperar aquellos arreglos experimentales que han creado sospecha. Llevaría a las diferencias en la reactividad entre los individuos con alta y baja hostilidad, lo que no llevaría a una persona a esperar los arreglos experimentales que sólo involucraba al estrés mental (p. Ej. La aritmética mental, las tareas de interferencia color-palabra, etc.), para producir las diferencias en la reactividad entre los individuos con alta y baja hostilidad. De hecho, esto es lo que ha encontrado. De ahí, que el estudio de las características relacionadas con la ira y la reactividad, se preocupa en hacer una cuidadosa selección de los arreglos experimentales relevantes, en lugar de aplicar tareas que han sido empleadas en estudios de reactividad (p.ej. la aritmética mental, las tareas de formación de conceptos, cold pressor, etc.).

Otro cuestionamiento en este aspecto es que hay evidencia de la valoración a los pensamientos, sentimientos, y/o conductas de los sujetos en aquella situación comprometida con las características relacionadas con la ira en una manera teóricamente significativa. Por ejemplo, la congruencia con la que un investigador puede especular (a priori o aun post hoc), ¿los sujetos de alta a una relativa baja en las características relacionadas con la ira sienten más enojo o recelo, se comportan mas agresivamente, es cierto esto, o es diferente a lo que el investigador hubiese querido, disgustan más los aparatos de medición psicofisiológica, al experimentador, o gastan su tiempo en experimentos, y si esto cierto? Una importante implicación de estos puntos es

que los investigadores interesados en la ira/hostilidad y reactividad deben obtener información respecto a los pensamientos, sentimientos, motivaciones, y/o conductas de los sujetos, sin la cual no pueden hacerse las conclusiones adecuadas acerca de los resultados.

Interacción Entre las Características de la personalidad y/o otras diferencias particulares Proveniente de la noción de que una característica relacionada con la ira no influye de manera directa o separada la reactividad pero que en el contexto de otras variables y procesos, necesita estar dada la consideración para examinar de los efectos combinados de las características de la personalidad. Además de la posibilidad de un efecto aditivo, cabe la posibilidad que una interacción de las múltiples características puede afectar las reacciones de los sujetos a las situaciones. No obstante las interacciones entre las características de la personalidad han sido estudiadas no tan de acuerdo a la reactividad. Un buen ejemplo de un estudio en el cual el potencial de las interacciones entre las características de la personalidad fueron investigadas fue la realizada por Jamner et al. (1991) (citado en Siegman & Rosenman, 1994) quien halló una significativa hostilidad de defensividad con el ambiente de trabajo controlado en interacción del RC el cual reveló que la más grande respuesta del RC fue exhibida por los sujetos que estuvieron altos en ambos puntajes de la escala Ho y de defensividad cuando estuvieron en un ambiente de trabajo controlado conflictivo.

También necesita estar dada la consideración para examinar los efectos combinados de una característica relacionada con la ira y otras diferencias individuales además de las características de la personalidad. Un ejemplo de un estudio en el cual se hizo esto fue de Jorgensen & Houston (1988) en el cual se obtuvo una interacción por reactividad de PSS entre la irritabilidad y el historial de hipertensión familiar, una variable constitucional. La reactividad de PSS fue positivamente relacionada a la irritabilidad de las personas sin un historial de hipertensión familiar, pero fue negativamente relacionada a personas con un historial de hipertensión familiar. Así, una más completa vista del papel de las características relacionadas con la ira en reactividad se obtendrá no solo por considerar las interacciones entre las características de la personalidad, pero también por considerar las interacciones entre la personalidad y las características biológicas.

Capítulo IV.

Proceso Salud – Enfermedad

4.1 El carácter histórico del proceso salud – enfermedad

Al final de los sesenta, surge como resultado de la crisis social, política, económica así como de la medicina, una corriente de pensamiento crítica que cuestiona el carácter biológico de la enfermedad y de la práctica médica dominante y propone que el proceso salud – enfermedad puede ser analizado con éxito como un hecho social.

La historia del proceso salud – enfermedad se revela en los cambios que se dan a través del tiempo en el perfil epidemiológico y la insuficiente explicación, a través de los cambios biológicos ocurridos en la población, ni por la evolución de la práctica médica. Así mismo, el carácter social se verifica en la comparación de los perfiles epidemiológicos de países que tienen distinto nivel de desarrollo, de fuerzas productivas y relaciones sociales de producción. Laurell, C. (1982).

Por otro lado, se ha demostrado el hecho que las diferentes clases sociales de una misma sociedad se enferman y mueren de modo distinto. Así se gesta una crítica que busca formular una comprensión diferente de los problemas más acordes con los intereses populares y capaces de dar origen a concepciones y prácticas sociales nuevas.

De esta manera, las nuevas corrientes ponen en cuestionamiento el paradigma médico biologista, ya que hasta ese momento enfrentaban la dificultad de generar un nuevo conocimiento que permitiría la explicación y la comprensión de los principales problemas de salud que hasta la fecha aquejan a los países industrializados en mayor impacto, esto es, los padecimientos cardiovasculares, el cáncer y los tumores malignos. Además las crisis de la práctica médica, desde el horizonte latinoamericano, que la medicina clínica tradicional no ofrecen una solución satisfactoria al mejoramiento de las condiciones de salud de la colectividad. La limitación de la concepción biologista de la enfermedad y el deterioro y estancamiento de la práctica médica, impulsaron la necesidad de generar nuevos paradigmas de conocimientos médicos. Es así como la corriente que sostiene que la enfermedad debe ser analizada como un proceso social está en obligación de comprobar su planteamiento y su utilidad en la práctica.

La primera tarea será, documentar que la enfermedad tiene un carácter histórico y social, por una parte, el concepto salud, expresa cómo se define socialmente a

determinado fenómeno, por la otra, se esconde atrás de la palabra “enfermedad” un proceso biológico que se da en la población independientemente de lo que se piense respecto a él. Entonces había que comprobar el carácter social de ambas.

Una segunda tarea de la corriente médico – social sería definir el objeto de estudio que permita profundizar en la comprensión del proceso salud - enfermedad como proceso social.

La última tarea que se necesita abordada para formular planteamientos, respecto a la enfermedad se refiere al modo de conceptualizar la causalidad, o mejor dicho la determinación. Esto resulta necesario, porque plantearse el proceso de salud – enfermedad como un proceso social, no se refiere sólo a una exploración de su carácter, sino que plantea de inmediato el problema de su articulación con otros procesos sociales.

La mejor forma de comprobar el carácter histórico de la enfermedad, no está dada por el estudio de la experiencia, en los individuos, sino por el proceso que se da en el grupo humano. No es el estudio de las enfermedades de cáncer, como vamos a saber el carácter social de la enfermedad, sino en los perfiles patológicos que presenta la colectividad humana. En este sentido debería ser posible comprobar las diferencias en dichos perfiles patológicos a través del tiempo como el resultado de la transformación de las sociedades. Aún así dentro de una misma sociedad los grupos que la componen mostraron condiciones de salud distintas.

El análisis de las principales causas de muerte en México en 1990 y 1970 muestra varios hechos. Los dos primeros lugares están ocupados por las mismas enfermedades – neumonía, las gastroenteritis y colitis – hubo una disminución importante en las enfermedades infecciosas (tal vez objeto de campaña), como en la tifoidea y paludismo que desaparecen dentro de las diez principales causas, en la viruela que se erradica y el sarampión, la tosferina, la sífilis y la tuberculosis cuyas tasas han bajado.

Por el contrario hubo un aumento en las tasas del cuadro las enfermedades del corazón, los tumores malignos, las enfermedades del sistema nervioso central, la diabetes y los accidentes.

La erradicación de algunas enfermedades infecciosas, se debe a las medidas de prevención específica, como las vacunas o las campañas, pero no al desarrollo del modelo médico hospitalario.

Por otra parte, el decremento de otras enfermedades que carecen de medidas específicas de prevención como serían la neumonía o las infecciones intestinales, no se puede explicar como el resultado de desarrollo médico. Los incrementos en las enfermedades antes mencionadas no se explican partiendo de la práctica médica. Habría que buscar, entonces, la explicación no en la biología, ni en la técnica médica, sino en las características de las formaciones sociales en cada uno de los momentos históricos.

En la comparación entre México y Cuba, países que se asemejan en cuanto al desarrollo económico, pero se distinguen en cuanto a las relaciones sociales de producción, se registra el perfil patológico mexicano dominado por enfermedades infecto – contagiosas con la neumonía o la influenza y las infecciones intestinales a la cabeza de la lista de las principales causas de muerte. Al mismo tiempo las enfermedades consideradas típicas de la sociedad “moderna”, como son enfermedades isquémicas del corazón, los tumores malignos y los accidentes, comenzaron a ocupar un lugar importante en el perfil patológico.

En cuanto a la tasa de mortalidad por cirrosis hepática, que habla de la mala nutrición y el alcoholismo, esto es, de la pobreza y de la desesperación, hecho que también se manifiesta en muerte violenta.

En el perfil patológico de Cuba, el proceso de las enfermedades infecto – contagiosas es menor, por el contrario, dominan dos grandes grupos de enfermedades que son las cardiovasculares agrupadas en A80 hasta A86 (clasificación de la OMS) y tumores malignos.

Lo que señalan los estudiosos, es que no existe una relación directa necesariamente entre el grado de desarrollo económico y las condiciones colectivas de salud.

El análisis del perfil patológico de Estados Unidos revela que el tipo de enfermedades que predominan tienen semejanzas importantes con el de Cuba. Así, los padecimientos cardiovasculares son los más comunes, seguidos por los tumores malignos y los accidentes.

Además se destaca la diabetes entre las diez principales causas de muerte de la cual el estrés influye.

Las enfermedades isquémicas del corazón, son tres veces más frecuentes como causa de muerte en Estados Unidos que en Cuba.

Cuadro 1. 10 Primeras causas de mortalidad general en México, Cuba y Estados Unidos.		
MÉXICO		
Causas	Defunciones	Tasa I
Neumonía e influenza (A89-90)	60087	131.7
Enteritis y otras enfermedades diarreicas (A5)	66864	127.5
Enfermedades isquémicas (A83) del corazón, otras (A80, 81, 84)	25760	49.1
Ciertas causas de muerte perinatal (A131 – 135)	25147	47.9
Muerte violenta (A131- 135)	25481	42.9
Tumores malignos (A47-60)	19217	36.6
Accidentes (A138-146)	13911	26.5
Enfermedades cerebro – vasculares (A85)	12809	24.4
Sarampión (A25)	11504	21.9
Cirrosis hepática (A102)	11236	21.4
Todas las demás	129644	247.2
Mal definidas (A136 – 137)	59119	112.7
Todas las causas I	476206	908.1
CUBA		
Enfermedades isquémicas del corazón (A83)	9398	107.4
Otras (A80, 81, 84)	1453	16.6
Tumores malignos (A45-60)	8929	102.1
Enfermedades cerebro – vasculares (A85)	4694	53.7
Ciertas causas de enfermedad perinatal (A131-135)	3270	37.4
Neumonía e influenza (A89-90)	3018	34.5
Accidentes (AE-138-146)	2823	32.3
Enfermedades arteriales, arteriola y capilares (A86)	1976	22.6
Suicidio (A147)	1265	14.5
Malformaciones congénitas (A126-130)	1245	14.2
Enfermedades hipertensivas (A85)	1976	13.5
Todas las demás	17612	201.3
Mal definidas (A136-137)	299	3.4
Todas las causas	49447	568.2
ESTADOS UNIDOS		
Enfermedades isquémicas del corazón (A83)	674292	326.1
Otras (A80, 81, 84)	55026	26.6
Tumores malignos (A45-60)	337398	177.7
Enfermedades cerebro – vasculares (A85)	209092	101.1
Accidentes (AE-138-146)	113439	54.8
Neumonía e influenza (A89-90)	57194	27.6
Enfermedades arteriales, arteriola y capilares (A86)	56848	27.5
Ciertas causas de enfermedad perinatal (A131-135)	38495	18.5
Diabetes (A64)	38256	18.5
Cirrosis hepática (A102)	31808	15.4
Bronquitis enfisema y asma (A93)	30284	14.6
Todas las demás	258876	111.0
Mal definidas (A136-137)	26534	12.8
Todas las causas	927542	932.2

Al buscar documentación fuera de América Latina, se encuentran estudios relevantes realizados en Inglaterra. El primero de ellos compara la mortalidad, por grupos de causas y entre dos distintos sectores de la población. El cuadro 2 representa los datos de la burguesía y las capas sociales medias altas y los obreros; esta situación se reproduce en todos los grupos de edad.

Esto quiere decir que las relaciones sociales de producción siguen igual, lo que significa que la sociedad de clase sigue existiendo, del mismo modo como las diferenciales de mortalidad.

Con estos datos se verifica empíricamente el carácter social del proceso salud – enfermedad en cuanto al fenómeno material objetivo, tal como se expresa en el perfil patológico de los grupos humanos.

Esto permitió entender el proceso salud – enfermedad en dos conceptos; el primero como el concepto clínico, que concibe la enfermedad como un proceso biológico del individuo, y el segundo como el concepto ecológico, que ve la enfermedad como el resultado del desequilibrio en la interacción entre el huésped y su ambiente.

Hay necesidad, entonces, de ir más allá del objeto directo de la medicina clínica y de la epidemiología y construir un objeto que permita un estudio empírico de mayor alcance explícito.

Por el proceso salud – enfermedad de la colectividad se entiende, el modo específico como se da en el grupo biológico de desgaste y reproducción, destacando como momento particular la presencia de un funcionamiento biológico diferenciable o diverso con sus consecuencias para el desarrollo regular de las actividades cotidianas, esto sería la enfermedad. Así se definen dos momentos importantes de dicho proceso de salud – enfermedad del individuo y su relación con el proceso salud – enfermedad del grupo.

Por una parte, se expresa en indicadores como la expectativa de vida, las condiciones nutricionales y la constitución somática, y por otra, en las maneras específicas de enfermar y morir, eso es en el perfil patológico dado por la morbilidad o mortalidad del grupo. Además el proceso salud – enfermedad del grupo adquiere historicidad porque está socialmente determinado. Esto es que no bastan los hechos biológicos sino que es necesario aclarar cómo está articulado el proceso social, ya que el proceso biológico humano es en sí mismo social. Es social en la medida que no es posible fijar la normalidad biológica del hombre al margen del momento histórico. Laurell (1982).

Cuadro 2. RAZÓN ESTÁNDAR DE MORTANDAD EN HOMBRES Y MUJERES CASADOS DE 15 A 64 AÑOS. INGLATERRA Y GALES (1970-1972)		
Causa	Burguesía y capas medias latas	Obreros no calificados
Cáncer	75	130
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	90	130
Enfermedades de la sangre y los órganos hematopéticos	65	110
Enfermedades mentales	70	250
Enfermedades del sistema nervioso	60	150
Enfermedades del sistema circulatorio	90	110
Enfermedades del sistema respiratorio	80	160
Enfermedades del sistema genitourinario	60	155
Enfermedades infecciosas y parasitarias	60	200
Accidentes, envenenamientos y violencia	80	200
Todas las causas	80	140
FUENTE: office of Registrar General. Los datos están redondeados.		

Esto se expresa, por ejemplo, en el hecho de que no es posible determinar cuál es la duración normal del ciclo vital pues es distinto en cada época. El carácter social y biológico del proceso salud – enfermedad no es contradictorio; sólo señala que puede ser analizada con metodología social y biológica, dándose en la realidad como un proceso cínico.

¿Qué alcance pueden tener estas observaciones? Claro está que el modo de abordar el proceso salud – enfermedad, permite describir las condiciones de salud de un grupo bajo las condiciones sociales donde está incluido. Es de por sí un avance que tiene implicaciones directas para la práctica sanitaria dado que visualiza de modo distinto la problemática que se origina con una descripción biológica de las condiciones de la salud.

El proceso del estudio salud – enfermedad colectivo contra su comprensión del problema y de la causalidad de manera distinta, es relevante ya que al preocuparse por el modo como el proceso biológico se da en la sociedad, recupera la relación existente entre “la enfermedad” y “la salud” dicotomizada en el pensamiento médico clínico.

Visto como un proceso de la colectividad, lo sobresaliente es el modo biológico de vivir en una sociedad que determina, a su vez, los trastornos biológicos con sus características, que es definido como la enfermedad.

Resulta insostenible explicar la enfermedad como efecto de la actuación de un agente como se pretende hacer con el modelo mono – causal, pero también la multicausalidad Mac Mahon, (1975) y Cassel, (1974). La insuficiencia del modelo monocasual para dar cuenta del porque de la presencia de la enfermedad fue explicado anteriormente. Sin embargo, la limitación más conocida del modelo multicasual, reside en su reducción de la realidad compleja a una serie de factores, que no se distinguen en calidad y cuyo peso en la generación de la enfermedad está dado por su distancia de ella. Así conceptualizada la causalidad, lo social y lo biológico no se plantean como instancias distintivas, ya que ambos son residuos o “factores de riesgo” que actúan de manera similar.

Cossel, (1974) identifica algunos de los problemas fundamentales que se tienen que tomar en cuenta para la comprensión de la integración del proceso salud – enfermedad en el proceso social, termina por biologizar a la sociedad ya que la califica por sus efectos biológicos y no por sus características propias.

Las grandes limitaciones de las explicaciones en la actualidad plantean la necesidad de buscar una nueva formulación del problema de la causalidad o, planteando de modo más amplio, de la determinación del proceso salud – enfermedad. La nueva interpretación de la determinación del proceso salud – enfermedad tiene que contemplar la unidad de éste (holístico), y su carácter doble biológico y social, tal como se ha expuesto anteriormente y se verá posteriormente en otros enfoques psicológicos de la personalidad Tipo A.

Esto significa reconocer la especificidad de cada una al mismo tiempo, analizar la relación que guardan entre sí, lo que implica encontrar.

La evidencia empírica, ha permitido demostrar que existe relación entre el proceso social y el proceso salud – enfermedad. Sin embargo, esta observación no resuelve por sí misma el carácter de dicha relación, ya que se tiene por un lado el proceso social y por el otro, el proceso biológico, sin que esté visible cómo el uno se transforma en el otro ya que, por así decirlo, se enfrenta una “caja negra” en lo cual lo social entra de un lado, sin que se sepa qué ocurre dentro de ella. Este es un problema para la explicación causal social del proceso salud – enfermedad.

Este problema aún no está resuelto, pero la presente reflexión acerca del carácter del proceso salud – enfermedad y abre algunos horizontes para explorar.

Un ejemplo de la conducta de trabajar cuyo carácter social es evidente, es al mismo tiempo biológico, ya que implica determinada actividad neuro – muscular,

metabólico, etc. Otro ejemplo podría ser el comer, ya que el cómo y el qué se come son hechos sociales que tienen su contraparte biológica. Esta manera de entender la relación entre el proceso social y el proceso salud – enfermedad apunta, por un lado, al hecho de que lo social tiene una jerarquía distinta que lo biológico en la determinación del proceso salud – enfermedad y, por el otro, se opone a la concepción de que lo social sólo desencadena procesos biológicos inmutables y ahistóricos, y permite explicar el carácter social de proceso biológico mismo.

En lo que se refiere al aspecto ideológico (materialismo histórico) de la enfermedad y las circunstancias sociales que hacen que determinado proceso biológico interfiera con las actividades cotidianas.

Es claro que el propio patrón social de desgaste y reproducción biológica determina el marco dentro del cual la enfermedad se genera. Aparte de la relación entre el patrón de desgaste – reproducción y la enfermedad en la cual la determinación social se manifiesta de manera clara, parece necesario postular otros mecanismos de transformación de lo social en lo biológico. En términos generales, el proceso salud – enfermedad está determinado por el modo como el hombre se apropia de la naturaleza en un momento dado, un tipo de apropiación se realiza por medio del proceso de trabajo basado en determinado desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones sociales de producción. Laurell, (1978).

Por último, se señala la necesidad de avanzar en una posición de crítica a la explicación biológica de la enfermedad hacia la construcción de una interpretación distinta del proceso salud – enfermedad que, teniendo como eje un carácter social, puede impulsar la generación de nuevos conocimientos.

La importancia no reside en que sólo se añaden elementos novedosos, sino porque ofrece la posibilidad de abordar toda la problemática de la salud desde un ángulo distinto, ya que la considera como un fenómeno colectivo y como hecho social.

4.2 Factores psicosociales de riesgo para la enfermedad cardiovascular

Algunos conceptos psicosociales de la enfermedad coronaria

El individuo que ha sostenido un infarto miocárdico se siente vulnerable. Su sentido de inmortalidad y de integridad física han sido retados. Algunos se refieren a esta vulnerabilidad como “infarto al ego” (Cassem y Hackett, 1973).

Φ Los ejecutivos son ansiosos y necesitan incentivos, pero son suspicaces de cualquier afirmación que les diga. Confrontaron a sus médicos con dudas y temores con respecto al futuro. Expresaron su incertidumbre mediante preguntas directas. Los autores del estudio, afirmaron que para el ejecutivo la negociación de la incertidumbre era casi imposible.

Una reflexión con respecto al estrés y la personalidad es necesaria para considerar que el estrés es algo que está adentro de las personas y no tanto fuera y que, a veces al ser humano imagina amenazas que no son reales. El problema, entonces, proviene que se siente la situación como si fuera una amenaza exterior. El hecho de que se experimente o no estrés dependerá de lo que pensemos ante cada situación que percibimos como amenazante, de cómo la valoramos, del resultado de comparar lo que pide la situación con los recursos para hacerle frente.

Así las personas se enfrentan y luchan con las situaciones, preguntándose: “¿Qué me pide la situación?” “¿cómo me puede afectar?”

Dependiendo de las respuestas a esas preguntas, la situación nos parecerá:

Φ Irrelevante: no tiene implicación importante en nuestra vida.

Φ Positiva: es beneficiosa y se intenta disfrutar y sentir emociones positivas.

Φ Estresante: exige movilizar recursos para hacerle frente a la amenaza.

Aunque no cualquier situación estresante se considera una amenaza, solo aquellas en las que hay pérdida de bienestar. Los que conllevan ganancia, son consideradas un reto o desafío.

Sin embargo, esta percepción de las situaciones, cambia con la experiencia o mejor dicho con el aprendizaje de la vida. Por ejemplo si se piensa en soltarse de un paracaídas de las alturas, ¿se siente la misma amenaza si es primera vez que se hace o si ya es rutinario?

¿Pero si se llegara a desarmar un juego mecánico de altura estando la persona arriba? ¿Qué pasaría, cómo se evaluarían las diferentes situaciones? y ¿de qué depende que las personas valoren la misma situación como un reto o como una amenaza?

Todo lo anterior tiene que ver con la personalidad, que es una combinación de tipo de conducta más afectos y aprendizaje o cognición.

El modo de comportamiento habitual, con el que se afronta la vida, o sea su personalidad, puede hacer a la persona más vulnerable a cierta enfermedad o por el

contrario protegerse con una actitud saludable de las consecuencias negativas y dañinas del estrés.

La personalidad Tipo A fue estudiada ya desde la década de los 60, por unos cardiólogos de EEUU (Friedman & Rosenman, 1976).

Friedman y Rosenman, (1976) plantearon que las enfermedades coronarias son una de las consecuencias negativas del estrés y de la forma de afrontar por los individuos. Además les llamó la atención que sus pacientes cardiacos a diferencia de otros pacientes con otros trastornos, tenían ciertas características comunes:

- Φ Competitividad: un gran esfuerzo por destacar en cualquier actividad que emprenden, intentando lograr la mejor posición social, más responsabilidad y más autoridad. Viven la mayoría de las situaciones como un reto.
- Φ Urgencia o impaciencia: tienen poca tolerancia a la espera y a la frustración. Experimentan una sensación constante de que les falta tiempo para hacer todo lo que desearían. Son impacientes en los embotellamientos, las colas, conducen a velocidad excesiva, tienen una prisa crónica. ¿A dónde querrían llegar con tanta urgencia?
- Φ Hostilidad: la reacción a cualquier tipo de obstáculo es con ira y agresividad y resentimiento. Lo interesante es que estos obstáculos pueden ser reales o imaginarios. Dicha hostilidad puede ser manifestada de manera, verbal, corporal o física.
- Φ Tendencia a sobrecargarse de trabajo: el trabajo es lo más importante en su vida, es lo que ponen en sobre valoración ante su propia persona.

Tienen una fuerte necesidad de controlar todas las cosas y, en el trabajo, no delegan en otros, ya que perciben la capacidad del colaborador como una amenaza a la propia capacidad.

De esta manera cuando pierde el control, se comporta de forma competitiva, impaciente y hostil. Son competitivos porque probablemente perciben amenazas a su autoestima en las relaciones con los demás. Competir, que en otras situaciones puede significar un aumento de la motivación del logro y así conseguir retos personales, se convierte en algo perjudicial, cuando destacar sobre los demás se toma como el criterio más importante de la valía personal. Por esta razón son tan hostiles y desconfían de todos los que les rodean, están en guardia ante las intenciones ocultas que deben tener los demás. Estas personas mantienen relaciones interpersonales empobrecidas y las

posibilidades de que puedan disponer de apoyo social en caso de una necesidad son escasas.

Favorece el desarrollo de trastornos cardiovasculares. Los individuos Tipo A, se exponen durante más tiempo a estresores y viven en una hostilidad crónica; sumándole su alto compromiso con el trabajo, reducen su posibilidad de realizar conductas de relajación, ejercicio, vacaciones, ocio, que mejorarían su resistencia al estrés y a su salud en consecuencia.

Lo difícil para un cambio de conducta está en la sociedad actual ya que ha evolucionado de tal manera que estimula y premia con éxito social, este tipo de comportamiento.

Personalidad Tipo C

Para contrastar se resume lo que ha sido denominado la personalidad Tipo C. este tipo de personas son vulnerables a las enfermedades infecciosas o de baja inmunidad como el cáncer. No se trata de una relación directa, sino más bien de una predisposición psicogenética, psicoemocional y conductual, aumentando así su riesgo a la enfermedad. Sus características comunes son:

- Φ Dependencia emocional: se define por el bienestar de su familia. Asumen el papel de personas sacrificadas por el bien de los suyos, a costa de su propio bienestar. Ocultan cualquier signo de malestar o de enfermedad por evitar preocupaciones a los que los rodean.
- Φ Dificultad para hacer frente a situaciones conflictivas en la relación con los demás. Ceden a las exigencias de los demás antes que discutir o defender sus derechos. Se esfuerzan por mantener un clima de armonía a su alrededor, mostrándose en todo momento cooperadores y pacientes. Prefieren callar y aguantar, antes que provocar un conflicto y tensión, aunque piensen que su punto de vista sería más razonable. “Los demás abusan, pero es sin malicia”.
- Φ Reacción depresiva ante el estrés: es probable encontrar un suceso estresante cercano a la aparición de un cáncer.

Ante pérdidas, como algo que querían alcanzar y no han podido o la muerte de un ser querido, suelen reaccionar con excesiva tristeza, desesperanza, pérdida de ilusiones y sensación de incapacidad para seguir enfrentándose a la vida. Esa reacción se mantiene durante largo tiempo, porque permanecen anclados en lo que han perdido.

La pasividad y conformismo con que afrontan las situaciones estresantes hace que las vivan con mayor intensidad y que sus efectos se mantengan durante prolongado tiempo, lo que afecta al sistema inmunológico, perdiendo así la eficacia defensiva.

Aldana C. Y Vázquez J.L. (2003) proponen una personalidad alterna que afronte la vida de una manera más saludable. Ésta es: la personalidad Tipo R

Personalidad Tipo R

Existen otras formas de hacer frente a la vida que ofrece protección ante el estrés y que aportan recursos para aprender, madurar y crecer como personas más completas. Son las personas que llaman “resistentes” personalidad Tipo R. Veamos sus características: son las personas que se atreven a fomentar:

Φ Retos: se acercan las situaciones de la vida no como una amenaza, sino como un reto, un desafío, que les brinda la oportunidad para desarrollar sus capacidades y aprender nuevas formas y nuevas cosas. Tienen buena disposición para adaptarse a los cambios. Saben sacar provecho de cada situación aún cuando sea adversa. Tienen apertura mental, es decir, son flexibles y cuentan con tolerancia hacia la novedad y la ambigüedad. Afrontan las nuevas situaciones sin miedo, convencidas de que siempre pueden descubrir algo y enriquecerse con nuevas experiencias. Por eso se adaptan de buena gana a los cambios e imprevistos.

Ya que es bien sabido que cuanto más ambigua es una situación, más posibilidad tiene de generar estrés, y mayor dificultad para saber cómo reaccionar y hacerle frente y no perder el control sobre ella.

Las personas que toleran mejor la ambigüedad, son los que tienen mayor confianza en sus capacidades.

Φ Compromiso: valoran y se sienten más comprometidos con lo que estén haciendo en cada momento. Se sienten satisfechos de sí mismos y viven cada cosa que hacen como integrada en el conjunto de objetivos con que tienen organizada su vida.

Esta actitud está implícita en todo lo que hacen les lleva a persistir y esforzarse en lo que empiezan, pese a las dificultades. Se trata de personas que saborean y disfrutan de lo rutinario.

No se puede vivir amargado por el trabajo, no implicándose, porque lo haría terrible e insoportable, entre otras cosas impide disfrutar después del tiempo libre. Así solo se vivirá fastidiado pensando en el duro trabajo que nos espera al día siguiente.

Φ Control: las personas resistentes al estrés se muestran seguras y confiables en la propia capacidad y competencia para hacer frente a las situaciones que se presenten en la vida. Por lo tanto perciben menos situaciones amenazantes y si lo son, frenan o reducen sus posibles efectos negativos.

Aldana C. y Vázquez J.L. (2003) afirman que el ser humano tiene una ventaja sobre los animales, y es la capacidad de elegir y de tomar decisiones. En gran medida adquirir y desarrollar algunas de las características de personalidad que se han descrito, es una cuestión de elección. Nadie tiene adherido su personalidad como una segunda piel de la que no se puede desprender. Al cabo hay dos cosas de las que ninguno nos libramos: morir y tomar decisiones, practiquemos la segunda.

Las experiencias de estrés no tienen grandes características: perder la pareja, ser despedido del trabajo, tener un accidente, contraer virus informático, disfrutar del estrés cotidiano. Los problemas cotidianos, las vivencias de cada día, ya que de alguna manera las hemos elegido, sino podemos soportarlas entonces, cambiemos nuestra residencia, nuestro trabajo o bien cambiemos nosotros mismos.

Es comparable a los mosquitos. Has que vean lo pequeño que son y cuando molestan con sus picaduras; parece mentira que un bicho tan pequeño moleste tanto. Lo mismo ocurre en la vida, lo que más molesta y altera son una serie de sucesos y contratiempos que encontramos en el quehacer de cada día, lo que pesa es la acumulación paulatina. Por eso, al igual que se suele untar una loción contra los mosquitos, ante los pequeños problemas cotidianos, se recomienda alterarse lo menos posible y pensar que en realidad no pasa nada grave, solo es la vida. Restándole importancia e intensidad a las emociones, antes de que no podamos en un futuro controlar las situaciones que no hagan acumular tensiones, sin sabores y con el tiempo envenenar y quemar para siempre.

No se niega que los mosquitos son molestos, pero se convertirán en una tragedia griega, si se sufre como si lo fueran, si se piensa que lo son y se concluyen insistiendo, como también se decía, con que es importante desarrollar y mantener una actitud optimista y tener sentido del humor ante la vida, con ello no se evita los problemas, pero

está demostrado que reduce su importancia, contribuye a hacerle de manera más saludable, eficaz a la vida y amortigua los posibles efectos negativos y daños a la salud.

De lo anterior se tomaron las bases para proponer en esta presente tesis documental, estrategias que coadyuven al manejo saludable de la ira, la hostilidad y la agresión que son las características sobresalientes de los individuos Tipo A para reducir el riesgo de una probable enfermedad cardiovascular. Hasta este momento suena coherente el ¿por qué? y ¿para qué?, pero ahora se estudiará y argumentará el ¿cómo?

No obstante la amplia gama de investigaciones en relación a las enfermedades cardiovasculares que se han realizado hasta la actualidad, todavía no tienen los conocimientos precisos, sobre como se desarrollan las lesiones cardiacas y cuales son los mecanismos y factores de personalidad en riesgo que influyen en estas cardiopatías.

Ya se han abordado diversos aspectos en el estudio de las enfermedades cardiacas desde aspectos demográficos, epidemiológicos, consideraciones sociales y culturales, investigaciones con enfoques endocrinológicos, hasta la psicodinámica y los rasgos de personalidad propios del paciente que presenta problemas cardiovasculares.

Algunas estadísticas optimistas dan cifras de una disminución de muertes por cardiopatía isquémica últimamente en Estados Unidos, es posible que este hecho sea un reflejo de la mejor atención al esfuerzo cardíaco: la transportación rápida, las unidades especializadas y nuevos procedimientos médicos y quirúrgicos.

Se menciona que en los Estados Unidos existen de 10 a 12 millones de individuos enfermos cardiovasculares graves, y 15 millones que padecen enfermedades menos graves. En total se sabe que el promedio anual de muertes por infarto del miocardio está cerca de los 2 millones (Geist, 1980).

En México Guerrero González (1985) afirma que: uno por ciento de los hombres entre treinta y sesenta y dos años de edad, ya experimentan síntomas de cardiopatía isquémica por primera vez. Puede ser 42% infarto miocárdico agudo, 38% angina de pecho, síndrome intermedio 7% y muerte 13%.

Guadalajara (1955) menciona que la cardiopatía isquémica es más frecuente en el hombre que en la mujer en una relación cuatro a uno, y que después de la menopausia la frecuencia se iguala en ambos géneros, por lo que sugiere que las hormonas gonadales femeninas intervienen de alguna forma previniendo la arteroesclerosis.

Diversos estudios han demostrado una clara periodicidad estacional en las tasas de muerte por cardiopatía coronaria, con una ocurrencia de fallecimientos hasta del 50%

por ciento durante los meses de invierno en países donde los inviernos son más fríos, tales como Estados Unidos y Canadá (Geist, 1980).

También en la ciudad de México, menciona Costillo (1979) que se presenta una mayor incidencia del infarto miocárdico durante los meses de septiembre o noviembre y dura por o general hasta el mes de enero.

En relación a la intervención de los factores socioculturales de las cardiopatías, informa en 1986 la OMS (Organización Mundial de la Salud) y aclara que la cardiopatía reumática se asocia a la pobreza y a la multitud, mientras que en los países desarrollados se presenta de una forma masiva la cardiopatía coronaria. Se analiza el tiempo que los infartados tienen de radicar en el Distrito Federal, Costillo llega a la conclusión de que el DF es un factor infartógeno.

Rivera (1979) afirma que los mexicanos que padecen infarto y son atendidos en la capital, han pasado por lo menos el 85% por ciento de su vida viviendo en el DF.

Dunbar (1943) mencionó entre otras las siguientes características culturales en los enfermos norteamericanos de las coronarias: provienen de familias numerosas trabajan varias horas sin descanso bajo tensión y esfuerzo considerables, no muestran interés en los deportes o pasatiempos, pero sí a las actividades intelectuales.

En otra investigación mexicana (Castillo, 1979 & Rivera, 1979) encontraron que en relación al lugar que el sujeto infartado ocupa en su familia (entre sus hermanos), este tiende a ser el primer varón.

Kasanen y Syme (citados por Geist, 1980) encontraron que aquellos con infarto miocárdico presentan una mayor tendencia a no tener vacaciones regulares y a usar más soporíficos y analgésicos de una manera habitual.

Para Espino Vela (1980) el intelectual con grandes responsabilidades más frecuente al infarto que en el obrero o trabajador manual. Así Castillo (1979) encontró que los ejecutivos, comerciantes y profesionistas son los mejores candidatos al infarto miocárdico.

Por otra parte, las investigaciones endocrinológicas, también han aportado su relación con las enfermedades coronarias. Desde Hickman, Cargill y Goleen (citados en Geist, 1980) demostraron que la reacción cardiovascular tiene que ver con las reacciones emocionales porque en la mayoría de las personas la ansiedad ejerce un efecto sobre el sistema circulatorio, similar al producido por pequeñas dosis de epinefrina.

Shapiro, (1974) demostró una alta correlación de colesterol en sangre elevado en la tensión psíquica coronaria (citado por Schneider, 1988).

Henrotte (1986) sugiere que los sujetos Tipo A son más sensibles al estrés y producen más catecolaminas que los sujetos con conducta Tipo B.

Lulofs, Van Diese y Vander Molen (1986) encontraron que los sujetos Tipo A, después de enfrentarse a una experiencia de fracaso, reaccionaban con una mayor activación del sistema simpático y se esforzaban más que los sujetos Tipo B para lograr una mejor ejecución de la tarea.

En cuanto a los aspectos psicológicos y psicodinámicos que están relacionados con las enfermedades cardiacas, es importante considerar lo siguiente:

Kempe, (1945) utilizando la prueba de Rorschach, compara las personalidades de pacientes con diversos tipos de cardiopatías (enfermedad reumática, cardiovascular hipertensiva y oclusión coronaria con isquémica). Los pacientes con oclusión coronaria presentan un característico patrón de sentimientos de agresividad e impulsos compulsivos por el poder, dominio y prestigio. Este impulso bien pudiera ser un intento de compensar la inseguridad interna. Son individuos más ambiciosos y competitivos.

Dunbar, (1943) menciona que los mecanismos de defensa que utilizan los enfermos cardiacos son la represión y la identificación. Son individuos que mantuvieron relaciones competitivas tempranas con un padre demasiado temido y envidiado, agrega que estas personas se lanzan a trabajos duros pero que el éxito no les trae consigo recompensas o alivia a la tensión.

Arlow, (1945), (citado en Geist, 1980) está en la misma postura que Dunbar. Al encontrar en varios estudios realizados con enfermos de las coronarias que de niños fueron obstinados y entraron tempranamente a una relación competitiva con un padre muy temido y envidiado, reprimiendo el conflicto e identificándose con el padre. En sus relaciones de trabajo hay una tremenda tendencia al éxito (sin recompensa o alivio de la tensión). El enfermo coronario se ve impulsado a buscar una y otra vez la situación original de competencia.

La seguridad interna y el sentido de debilidad que este tipo de pacientes experimentan y los cuales ellos niegan, no es influido por logros realistas, por lo que necesitan menos éxitos para intentar alinear sus propias ansiedades.

Weiss, Dlin, Rollin, Fisher y Bepler, (1957) (citados por Geist, 1980) examinaron pacientes jóvenes con infarto del miocardio y los compararon con sujetos saludables, por medio de la entrevista psiquiátrica clínica. Concluyeron que los

pacientes con infarto miocárdico tenían más enfermedades psiquiátricas y más problemas sexuales antes del infarto miocárdico que los individuos control.

Silver Katz, (1978) mencionan que la pérdida de una persona querida, desengaños, frustraciones, fracasos después de esfuerzos, han sido considerados como acontecimientos desencadenantes del infarto miocárdico en sujetos con arteroesclerosis coronaria grave preexistente.

Además señala Gildea, (1978) (citado Schneider, 1988) respecto de los enfermos cardiopáticos tienen gran necesidad de respeto por la autoridad, son trabajadores incansables, perseveran en una ocupación, son compulsivos, tienen poca conciencia de sus síntomas corporales. Tienen sentimientos de inseguridad e incapacidad, recurren o emplean como una defensa contra su ansiedad son sociables y aceptados con gusto.

4.3 La importancia de desarrollar programas de fomento, promoción y educación para la salud

La salud empieza en el hogar, en las escuelas, en las fábricas y en los campos. Es ahí, donde las personas viven y trabajan, donde la salud se construye o se rompe. Por ello, la mayoría de la gente debe comprender qué es todo aquello que se refiere a la salud, y quienes ya lo saben tienen el deber de ayudar a los demás a comprenderlo. Una vez entendido ese conocimiento, las personas estarán en una mejor situación para promover los factores que favorecen la salud y para combatir los factores que le perjudican.

Hace más de diez años que la Organización Mundial de la Salud (OMS), decidió adoptar el lema “salud para todos en el año 2000”, como la principal meta de los gobiernos y de la propia OMS para las siguientes décadas. Desde entonces, ese lema se quedó en una sana intención e imaginación de quienes la propusieron, pues en este momento ya estamos en el año 2007 y no se cumplió como se anhelaba esa meta.

Desde entonces, las dimensiones de los retos que se han de enfrentar en el campo de la salud son enormes en todo el mundo. Tanto en los países en desarrollo como los desarrollados, la salud está muy lejos de ser en la realidad un derecho humano universal. En los países en desarrollo cientos de millones de hombres, mujeres y niños, viven en carne propia la malnutrición, las enfermedades infecciosas y la pobreza. Por su parte los países desarrollados necesitarán una participación y una instrucción por la comunidad y un compromiso de los gobiernos a fin de introducir las reformas de salud necesarias para replantear los sistemas sanitarios.

Estas reformas deberán considerar medidas adecuadas para combatir el exceso de fumar, beber, comer, conducir, contaminación del ambiente, estrés, y la alienación de las personas en las enormes ciudades.

La participación de todos los profesionistas de la salud (médicos, psicólogos, psiquiatras, dentistas y enfermeros), en todo el mundo, es crucial para asegurar el éxito de éste esfuerzo, porque sino lo conseguimos, los niños de hoy y los niños que aún no han nacido no lo perdonarán.

En septiembre de 1978, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma – Ata (URSS), adoptó como declaración que pedía una acción internacional urgente a fin de alcanzar un nivel aceptable de salud para todos. El artículo VIII de esta declaración incluye estas palabras: “La atención primaria de la salud comprende la educación sobre los principales problemas de salud, y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes, exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo.

En este inciso sobre la promoción y educación para la salud se tratarán algunos aspectos de la enfermedad y su prevención, y en particular, la promoción de la salud. De esta manera será de gran valor para las personas interesadas en crear una vida sana y que merezca más la pena vivirla, tanto para las generaciones presentes como para las generaciones futuras. Mahler, (1981).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), fue fundada en 1948 para unir las fuerzas de las naciones a fin de conseguir una mejor salud y el concepto de los fundadores tenía de la salud era la siguiente: “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, como afirmaron al constituir la OMS. Más aún, la OMS ha promovido la idea de que la salud no es solo una necesidad universal sino incluso un derecho universal: “la salud es un derecho humano fundamental, y el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo socialmente importante en todo el mundo”. La realización de este objetivo será nuestro principal reto hacia el futuro. Kaprio, (1981).

Existen diversos niveles de salud para las personas. Algunas pérdidas de salud pueden repararse. Esta es la principal tarea de la medicina curativa, medicina que ha sido muy importante y que ha alcanzado una demanda y calidad espectacular.

Sin embargo, se pueden obtener mejores resultados, y a menudo más económicos, mediante la prevención de la mala salud. Hay una necesidad urgente de esta medicina preventiva. Desde la prevención de lesiones y enfermedades específicas

se puede dar aún un paso hacia delante: un paso hacia la promoción de la salud. Cada vez resulta más evidente que, a pesar de la eficacia comprobada de algunos cuidados médicos (y por supuesto, del derecho de cada individuo a recibir tales cuidados), la medicina curativa sola no puede sostener la salud de poblaciones enteras. Por eso se necesita de un enfoque ecológico total.

Una gran parte de los ajustes necesarios para promover la salud no son la naturaleza médica y caen dentro de la competencia de la comunidad (por ejemplo, el control del medio ambiente) o del individuo y de la familia.

Solo una pequeña fracción de los problemas de salud se puede solucionar mediante la medicina curativa. El resultado, inevitable, es que se deberá hacer énfasis en la prevención, en la promoción y en la educación para la salud; y esto requerirá un enfoque más sistemático de las pautas de conductas individuales, de las condiciones sociales y de la salud en relación con el desarrollo. Muchos países occidentales han alcanzado ya la meta de unos cuidados médicos en algo más amplio, más extenso, y ecológicamente más satisfactorio: en otras palabras en el cuidado de la salud.

En cuanto a la participación de la comunidad ante el reto del cuidado de la salud, toda persona tiene el derecho y el deber de participar de manera individual y colectiva en la promoción de la salud, y esa participación se consigue, mediante una adecuada labor de educación que permita a las comunidades enfrentarse, en la forma más conveniente, con sus verdaderos problemas de salud.

La cooperación de la comunidad es importante e incluso crucial en la prevención de las enfermedades y en la promoción de la salud.

Kaprio, (1981) afirmó en una Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud: “los miembros de la familia son a menudo quienes más se ocupan de los cuidados de la salud. En casi todas las sociedades, las mujeres desempeñan una función muy importante en el fomento de la salud, sobre todo por la posición central que ocupan en la familia; esto indica que puede aportar una fundamental contribución a la atención primaria de salud, en especial para aplicar medidas preventivas. En las organizaciones femeninas de la comunidad se pueden tratar problemas relativos a la nutrición, al cuidado de los niños, a la higiene del medio y a la planificación de la familia” .

Claro está que, los demás miembros de la familia pueden hacer también aportaciones importantes. Por ejemplo, se puede educar a los jóvenes para que aprecien lo que significa la salud, cómo se puede lograr y cómo puede influir al desarrollo. Los jóvenes pueden ser muy útiles para llevar estas ideas al interior de sus hogares y para

explicarles a sus familias la importancia de la salud; también pueden ser útiles para ciertos trabajos prácticos, por ejemplo, la presentación de primeros auxilios y las actividades de higiene elemental al medio ambiente.

Así mismo, los ancianos pueden encargarse de muchas tareas, que contribuyen a la salud de la comunidad y que, al mismo tiempo, son beneficiosas para ellos porque les dan un objetivo y utilidad social, y esto contribuye a su propia salud física y mental. También es importante alentar a los hombres, a que se interesen más por la salud de la comunidad y participando en diversas tareas prácticas. Su participación les permite también comprender mejor la importancia del desarrollo sanitaria de la comunidad.

La educación para la salud, en cuanto a la participación en este aspecto deberá ser asegurada mediante una difusión adecuada de información sobre todos los aspectos de la salud personal, familiar y comunitaria. Una información adecuada es la mejor forma de garantizar el decisivo papel de la familia en el cuidado de su propia salud.

Durante las últimas décadas ha habido una gran expansión en el análisis y discusión de los problemas de salud por los medios de información (Internet) en los países occidentales. Esta tendencia está produciendo cambios espectaculares en el conocimiento y comprensión de la salud y la enfermedad por parte del pueblo, y hay pruebas de que tales cambios producen resultados benéficos.

Se espera que lo propuesto por esta Tesis, también sea una nueva alternativa para la salud, educando a la gente con personalidad Tipo A, con conductas de hostilidad, ira y agresión, a través de las trece estrategias saludables para manejar el comportamiento Tipo A y sus factores de riesgo para la salud, detectado sobre todo los problemas de salud más frecuentes (cardiopatías), y sobre los métodos para identificarlos, prevenirlos y manejarlos de manera saludable o combatirlos. Esto permitiría a los individuos que producen este patrón de conducta vivir de una forma más sana, más conciente y más feliz.

En los momentos actuales de reformas de la salud y privatización de la salud en muchos países, hacen que se cuestione si la salud pública se encuentra en un momento de transición, transformación o de extinción. Sin embargo, los gobiernos, además de tener un interés práctico y económico de contar con una población saludable, tienen la obligación moral de proteger a su población, en particular de aquellas que son vulnerables, o con desventajas Bellamy, (1995), (citado en Rodríguez, Santos & Otros, 1998).

Uno de los principales componentes de la salud pública es el reconocimiento del hecho de que los seres humanos están constituidos por elementos biológicos, psicológicos, políticos, sociales y económicos y que la salud debe visualizarse tanto desde la dimensión individual y colectiva Sommer, (1995). Esta concepción del ser humano, rompe con el modelo biomédico tradicional y presenta una visión integral que requiere de un enfoque multidisciplinario en el análisis e intervención para lograr una salud óptima y mejorar la calidad de vida. Se hace necesario reconocer la importancia de incorporar en el equipo de trabajo de salud, diferentes disciplinas y a los individuos.

El foco principal de atención e intervención es la comunidad o colectivo fomentando la participación de estas en todos los asuntos relacionados con su salud. La comunidad debe establecer sus necesidades, prioridades y mecanismos para trabajar con estos. Para lograr esta meta, los profesionales de la salud deben trabajar en equipo con la comunidad. Para ser meros facilitadores en el proceso de identificar las necesidades, establecer prioridades, desarrollar, llevar a cabo y evaluar el plan de acción. Santos, (1998).

Otro aspecto importante es reconocer que en este proceso, todas las personas tienen algo que aportar y algo que aprender, eliminando la actitud de espectador, por parte de los individuos, comunidades y la de expertos profesionales. Freire, (1979). Es importante que se fomente y desarrolle la autorresponsabilidad y la autodeterminación, en los individuos, en las familias y en las comunidades.

En cuanto a la equidad y accesibilidad de la salud, se ha indicado que la salud física, mental y social es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social importante en todo el mundo. Existe un compromiso de justicia social que busca disminuir y eliminar la grave desigualdad existente entre el estado de salud de la población y el acceso a los servicios de salud. Es importante identificar las poblaciones más vulnerables y desatendidas, para crear y desarrollar estrategias y programas que atiendan las necesidades sanitarias más elementales.

Entonces, la participación social, intensifica la acción social y política pública y la asignación de recursos para lograr la salud para todos (as). Este objetivo, se logra fomentando la participación comunitaria, la de organizaciones no gubernamentales y de otros grupos interesados, así como buscando mecanismos para la creación de vínculos entre ellos y el gobierno en pro de la salud. Esto requiere de la colaboración intersectorial y el establecimiento de coaliciones y alianzas de diferentes sectores

gubernamentales, privados y comunitarios. Este principio se basa en la idea de que el pueblo tiene el derecho y la responsabilidad de participar de manera individual y colectiva en la planificación, aplicación y evaluación de las acciones que se tomen en el campo de la salud.

Para conseguir la plena participación de la comunidad en todo lo referente al proceso sanitario, y en lograr condiciones de salud óptimas, es importante estar a favor de la salud y del aumento del interés colectivo en la toma de decisiones referentes a la salud. De manera paralela, hay que capacitar a las personas con información, apoyo técnico en el desarrollo de competencias y estrategias que le permitan actuar por sí misma al trabajar por su salud o el asegurar o exigir una mejor calidad de vida. Estos esfuerzos deben dirigirse a cambiar las condiciones que determinan su salud, no solo en el aspecto sanitario, sino también en el desarrollo económico y social Kickbush y Byrne, (1995).

Es interesante señalar que muchos de estos esfuerzos se han dirigido a las mujeres en particular en la responsabilidad que se le atribuye a éstas en el cuidado de la salud y el desarrollo social, económica y política de estos Nakajima, (1995).

En la manera en que se convoque y se fortalezca la participación comunitaria y se trabaje en la organización comunal desde su propia organización y no “organizándolos desde nuestros esquemas”, se logrará un papel patológico de éstos en la toma de decisiones referente a su salud. A través de esta educación y capacitación se espera a su vez aumentar la participación ciudadana en el avance de los movimientos que influyen la adopción de política pública y leyes favorables a la salud y la concesión de recursos adecuados para un bien común sanitario.

En cuanto a la promoción de la salud y el enfoque que se le da a la Salud Pública para manejar las necesidades de salud poblacional ha variado en los últimos años. De un enfoque biomédico y de enfermedad, donde se pensaba que mediante seguros de salud nacionales, un mayor número de médicos y el caso de costosas tecnologías y servicios hospitalarios se mejoraría la salud; se pasa a un enfoque que se presume de una responsabilidad individual por la propia salud contribuirá a los cambios en estilos de vida necesarios para mantener la salud a nivel individual y colectiva.

Bajo este último enfoque se asigna la prevención de enfermedades alta prioridad para mejorar la salud del individuo con su oferta y en su comunidad. Como consecuencia de este trabajo preventivo muchos trabajadores de la salud, intentan a

través de la atención primaria, secundaria y terciaria mejorar, mantener o recuperar la salud.

Sin embargo, aunque existe un cúmulo de literatura que señalan los estilos saludables de vida y el comportamiento individual y familiar contribuyen a la salud o enfermedad individual y comunitaria, existe un grupo de profesionales de la salud que cuestionan este enfoque. Se señala que el comportamiento individual y los estilos de vida nos son los determinantes principales del estatus de la salud en una población.

El ambiente social, económico y político es presentado como uno de los principales determinantes de la salud por lo que muchos problemas de salud se visualizan más allá de la hostilidad individual para resolverlos. Por esta razón los esfuerzos de prevención a nivel individual han sido clasificados como ineficientes, poco éticos y poco productivos en términos económicos.

Los cambios individuales tienen un cambio mínimo en la salud nacional por lo que se sugiere implantar medidas de salud preventivas dirigidas a cambios sociales y económicos Carlton, (1985) (citado en Rodríguez, 1998). Se señala, que muchas veces las medidas legislativas pueden ser más eficaces en materia de prevención y en lograr cambios de conductas que el esfuerzo individual destinado a modificar el comportamiento.

Basado en estos planteamientos la meta de la Salud Pública en la actualidad va dirigida a la integración de los aspectos individuales, sociales, económicos y políticos para lograr la realización de la salud y la prevención de las enfermedades Nakagima, (1995); Palko, (1985) (citados en Rodríguez, 1998). Mediante la promoción de la salud se pretende asegurar condiciones sociales y económicas que garanticen el bienestar general, que promueva la salud y eliminen, modifique o manejen saludablemente los factores de riesgo de conductas inadecuadas de salud y a su vez condiciones sanitarias y ambientales poco apropiadas.

Para lograr esta finalidad es importante apoyar los movimientos sociales y desarrollar políticas públicas que fomenten la salud como un valor, prioridad y derecho humano, la participación activa de las personas en la modificación de condiciones sanitarias y de comportamiento, fortalece en la población las capacidades y destrezas que le permitan adoptar decisiones saludables que le proporcionen apoyo social y política a la acción sanitaria.

La promoción implica la combinación de educación para la salud y la intervención política, económica de las organizaciones, que faciliten realizar verdaderos

cambios del comportamiento humano o modificaciones del medio ambiente conducentes a fortalecer la salud y prevenir la enfermedad.

Los principios de dicho enfoque, incluyen el actuar sobre diversas determinantes de la salud, lograr un alto nivel de participación ciudadana y trabajar con una variedad de acercamientos que van más allá de la educación e intervención individual e incluyen legislación, cambio organizacional y desarrollo comunal como estrategias principales.

Este enfoque visualiza la promoción de actitudes y conductas de salud positivas, además del acceso a servicios de salud, desarrollo de un ambiente conducente a la salud, el fortalecimiento de redes sociales y apoyo social Avilés, (1996) (citado en Santos, 1998). Se enfatiza un acercamiento integrado holístico llamado en la actualidad a través de la participación de la comunidad como socio activo en la toma de decisiones, la cooperación intersectorial y el diseño e implantación de planos de acción y política pública.

Por último, lo que se refiere a la educación para la salud, que se considera un proceso interactivo y dinámico en el que los grupos y poblaciones son participantes activos y no sólo recipientes que contemplan la información. Es la combinación de experiencia y aprendizaje y acciones sociales diseñadas para que las personas adquieran control sobre su salud y detecten las condiciones que afectan su estatus de salud. Ésta debe estar basada en las necesidades y características de la población, y diseñada con éstos en forma colaborativa, ya que las personas reciben, procesan la información y actúan de manera diferente. Tomando en consideración los objetivos, es importante elegir los métodos y estrategias educativas. De este modo la educación para la salud que resulte efectiva es aquella que planifica de manera cuidadosa, independientemente del lugar donde se lleve a cabo (comunidad, lugar de trabajo, escuelas, centros de salud, hospitales, etc.) a la población que vaya dirigido.

Por lo tanto, la educación es una pieza importante en la promoción de la salud, prevención de enfermedades, cuidado, tratamiento y rehabilitación. Por ejemplo, las intenciones pueden estar dirigidas a aumentar o crear conciencia de los efectos en detrimento de un ambiente contaminado y la posterior demanda de acción correctiva para modificar y disminuir prácticas de salud o estilos de vida inadecuadas, conocer el uso de los medicamentos y sus efectos secundarios, y los cuidados específicos a seguir en una condición como la diabetes, las cardiopatías o el asma, entre otras enfermedades.

Una vez diseñada la intervención (estudio de necesidades, establecer prioridades, desarrollar un plan de acción, selección de estrategias o metodología educativa de

acuerdo con características y necesidades del grupo) es importante establecer indicadores de éxito. Estos deben ser ocupacionales y medir de manera cuantitativa y cualitativa el proceso e impacto del programa o intervención, haciendo ajustes si es necesario.

La educación para la salud contribuye a la salud de la población: facilitando a los individuos y grupos, el alcanzar metas que estos han establecido en relación con su salud; aumentando y conservando la calidad de vida, previniendo muertes innecesarias, enfermedades e incapacidades; mejorando la interacción humana y la autonomía de los pacientes en escenarios de cuidado y tratamiento.

Aquellos profesionales responsables de los programas o actividades de educación para la salud, deben utilizar tres principios o estrategias fundamentales, de manera que, se maximicen las probabilidades de mejorar la salud y la calidad de vida. Estas son: interceder – luchar por derechos; aumentar interés y conciencia pública en asuntos de salud y contribuir en las fuerzas sociales que influyen la política pública y los recursos que apoyan la salud; transferencia u otorgamiento de poderes – facilita en las personas el desarrollo de capacidades, destrezas y adquisición de conocimientos que le permitan la toma de decisiones adecuadas y la habilidad para actuar de manera individual o colectiva en el mejoramiento de la salud; apoyo – facilitar normas sociales saludables, alianzas y coaliciones, y sistemas responsables y sanitarios a las necesidades y preocupaciones de las personas.

Independientemente si el asunto es un problema de salud para una población en particular, escolar, hospitalaria o un programa comunitario de prevención de enfermedades crónicas, en todos los casos se recomienda un acercamiento responsable de educación para la salud que incluya planes para:

- Φ El aumentar la conciencia pública sobre los asuntos identificados como de interés comunitario o de situaciones que lo afecten.
- Φ Aumentar la capacidad de los líderes comunitarios o personal de los programas a través de adiestramientos.
- Φ Aumentar las alianzas y colaboración con otros sectores y grupos organizados que pueden ayudar a mejorar la salud.

Capítulo V.

Revisión de las 13 estrategias para el manejo saludable de ira, hostilidad y agresión, características de la personalidad Tipo A

Argumentación teórica y conceptual del tema de tesis

Ya se han revisado importantes investigaciones experimentales y científicas, encontrando hallazgos psicológicos, emocionales, cognitivos, conductuales y sociales, con respecto a las características de los individuos Tipo A y su relación con las enfermedades cardiovasculares. Algunos han encontrado significancia positiva, pero algunas otras veces negativa. Sin embargo se dejan de atender la prevención y la cura inmediata de dichas enfermedades.

Esta tesis tiene como objetivo contribuir a la prevención de las enfermedades cardiovasculares, aplicando las trece estrategias para el manejo saludable de la ira, la hostilidad y la agresión, características de la personalidad Tipo A que ya son consideradas como factores de riesgo para la salud del corazón.

Tres argumentos principalmente son los que motivaron a desarrollar y proponer las trece estrategias terapéuticas.

a. El aspecto psicosomático de los individuos con personalidad Tipo A

Donde se observa que tienen poca conciencia de sus síntomas corporales. De esta manera es necesario hacerles tomar conciencia de que su mente y su cuerpo (psique – soma) están interrelacionados y por lo tanto, podrán permitir escuchar aquellas partes que se declaran en rebeldía o huelga y le provocan dolor e incluso constituyen una amenaza de muerte. Es tiempo de considerar la totalidad del ser humano, por ejemplo si una persona con problemas de arritmia o presión arterial alta, se expresa de la siguiente forma de su padecimiento: “ Ahí está otra vez ese maldito corazón/cabeza, qué tiene que ponerse a reclamar ahora que me encuentro tan enojado” . La solución sería tomar conciencia de que tiene que reducir su hipertensión o su arritmia. Esto indica que el órgano o la parte enferma se comunica de muchas formas y mientras el sujeto no entienda el mensaje, éste y su órgano se vuelven enemigos hasta que la persona haga

algo que favorezca a su corazón, mientras, solo está tratando de deshacerse de una parte de sí mismo que jamás aceptó del todo.

De esta manera el enfoque psicossomático de la Gestalt, permite al individuo enfermo, tomar un poco de conciencia de su órgano afectado y dialogar con él, estando presente un terapeuta para moderar y dirigir la charla que ayude a prevenir la enfermedad.

Por tal razón se presenta un ejemplo de cómo una persona hostil y agresiva puede reducir su enojo aplicando la estrategia de dialogar con sus dos aspectos: el patógeno y el saludable.

b. El aspecto cognoscitivo.

Participa en todo momento en las trece estrategias para reducir la ira, hostilidad y agresión propuestas. Ya que el estilo cognoscitivo de cada individuo se refiere al enfoque articulado global de campo que involucra un análisis y estructuración en las actividades intelectuales y preceptuales.

Este estilo cognoscitivo se refiere a las diferencias individuales en cuanto al cómo y no el por qué del comportamiento de un sujeto en sociedad. Implica un grado de autonomía del individuo. Un individuo se conforma con un estilo cognoscitivo como el modo de acercarse al mundo y a otros individuos, es decir, con una sola percepción inmutable. Se relaciona también con los demás de la personalidad y con cuestiones sociales. Por ejemplo, los conceptos de la independencia y dependencia de campo, son dos modos en que se refleja el grado de diferenciación de la estructura psicológica de una persona.

Se presenta en la tesis las definiciones de la ira, la hostilidad y la agresión, siendo considerados como un sentimiento o una emoción, una actitud y una conducta. Así para cambiar la conducta Tipo A es necesario saber, cómo cambiar la actitud cognitiva y la emoción.

Si la hostilidad está motivada por una actitud cognoscitiva y una creencia del sujeto, entonces la hostilidad está relacionada con un estilo distinto de procesar la información social e interpretar las acciones de otros. Por ejemplo, las personas agresivas tienen más posibilidad de atribuir intenciones hostiles a las acciones de los demás y a seleccionar comportamientos agresivos como respuesta a la provocación percibida. Por lo tanto los rasgos de personalidad influyen en los procesos de valoración social, representaciones internas (esquemas y creencias) del individuo y de otras personas.

La ira, también se caracteriza por la percepción de estar sujeto a daño o a una interferencia injusta. En otras palabras, las creencias se basan en las percepciones, la percepción depende de lo que tratamos de ver, lo que tratamos de ver depende de lo que pensamos y lo que pensamos depende de lo que percibimos. Lo que se toma como verdad es la realidad. En consecuencia se puede decir que entre los individuos hostiles y los amigables hay diferencias no solo de comportamiento, sino también cognitivo al seleccionar, percibir e interpretar su ambiente social de una determinada forma y responder a las necesidades y exigencias que le demanda éste según sus creencias y percepciones.

Por estas razones es que se han propuesto las trece estrategias para cambiar esa emoción, actitud y conducta de los Tipo A.

c. La necesidad de programar y promover la educación para la salud integral

Si se toma en cuenta la definición de salud de la OMS dice que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de las afecciones o enfermedades” .

Se ha visto de sobra que la intervención de los médicos quirúrgicamente ni medicamentosa ha sido suficiente para tratar y modificar los altos índices de enfermedades crónico degenerativas como la diabetes, hipertensión, gastritis y colitis, así como las de mayor riesgo de mortalidad como el infarto al miocardio, cerebrovasculares, cáncer y sida.

Es por esto que urge la participación de los psicólogos, psiquiatras y terapeutas para incidir con sus herramientas terapéuticas y de modificación de conducta a la prevención y tratamiento de dichas enfermedades.

En consecuencia la presente tesis propone la aplicación de trece estrategias que intentarán acercarse a modificar las actitudes, emociones y conductas de los individuos con patrón de comportamiento Tipo A. de esta manera ser parte de un programa de educación y promoción de la salud integral del individuo, su familia y su comunidad.

Finalmente si queremos cambiar las muertes causadas por infartos, hay que empezar por cambiar las conductas Tipo A así como los proceso y rasgos que la componen.

5.1 Estrategias físicas, biológicas alimentarias

Las muertes, a consecuencia de las enfermedades crónicas, siguen ocupando el primer lugar en el mundo. Aumentando las cifras, durante las fiestas navideñas, con el

consumo de alcohol y platillos festivos de la época que conllevan factores desencadenantes como un elevado consumo de colesterol, las depresiones, así como por un descuido en tratamientos medicinales en quienes padecen alguna enfermedad.

Este trabajo de tesis está preocupado por este problema de salud pública, y prefirió elegir una serie de estrategias que apoyen la salud del corazón de los individuos que padecen problemas de estrés crónico, hipertensión, diabetes y personalidad Tipo A, con sus características más importantes: la hostilidad, la ira y la agresividad para prevenir un posible infarto al miocardio y además tener un estilo y calidad de vida empobrecidos.

Los médicos han querido alertar a la comunidad por diferentes vías, desde la consulta externa hasta las campañas y los programas de salud, en cuanto a que las enfermedades coronarias son prevenibles, y corregibles cuando ya se detectan las lesiones, con un tratamiento médico dietético.

Así que el consumo del colesterol (lípidos que provienen de grasa animal: carnes rojas, la leche entera, los embutidos, la mantequilla y los huevos), es un factor de riesgo alimentarios para las enfermedades cardíacas.

Se sabe que, los huevos son un alimento de excelente proteína, sin embargo, una sola yema contiene de 250 a 300 miligramos de colesterol, por eso, un adulto no debe comer más de dos huevos a la semana. En el caso de los niños, si no tienen familiares de alto riesgo, pueden consumir de 3 a 4 huevos a la semana. Se explica por parte de los médicos y nutriólogos que, a una mayor ingesta de colesterol diaria, existirá una mayor concentración de colesterol en la sangre, puesto que de lo que se consume, solo se absorbe el 40% y el resto se sintetiza por el organismo. Durante la época navideña se consumen mayores cantidades de alcohol con la falsa creencia de que si se toman bebidas alcohólicas no hacen falta los medicamentos, suprimiendo la ingesta de éstos y poniéndose en riesgo de tener mayores problemas de salud aparte de su propia enfermedad.

Existen otras grasas parecidas al colesterol, pero aún más dañinas, que son los triglicéridos, que el cuerpo sintetiza con harinas y que se encuentran con frecuencia en dulces y en el alcohol, las cuales ocasionan hipertensión y en consecuencia pueden generar derrames cerebrales y embolias.

Insistiendo en la labor de prevención, se recomienda un examen de sangre donde se mida los niveles tanto de colesterol como de los triglicéridos por lo menos dos veces al día, sobre todo para una persona con antecedentes coronarios familiares. Sobre todo

hay que cambiar los hábitos alimenticios por unos más saludables y practicar la caminata simple o algún ejercicio físico particular. Se recomienda la Gimnasia Psicofísica Pre-Yoga y en sí la Yoga.

Es importante considerar que, la psicología de la salud se caracteriza, entre otras disciplinas científicas, por concebir al ser humano como una unidad interdisciplinaria en la que no existe una separación de la mente y el cuerpo. Por lo tanto la Gimnasia Psicofísica Pre – Yoga, que es una estrategia de ejercitación física, coincide con esta forma de ver de la psicología de la salud.

Por tal razón se recomienda practicar la Gimnasia Psicofísica (Pre – Yoga) relajadora, ya que proporciona beneficios no sólo a los músculos y articulaciones, sino al organismo en su totalidad, favoreciendo la función de los órganos, aumentando su resistencia y mejorando todo el sistema funcional del organismo, manteniendo a la persona que la practica con una capacidad de reacción integral ante las posibles enfermedades. Los criterios médicos respecto al descanso físico se han modificado en los últimos años, pues, tras un infarto de miocardio o en una intervención quirúrgica, el médico recomendaba descanso y reposo absoluto. En la actualidad se pretende movilizar lo antes posible al cuerpo.

Se ha observado que con la práctica constante de la Gimnasia Psicofísica (Pre – Yoga) relajadora se evitan los accidentes vasculares, los problemas circulatorios y hormonales, consiguiendo a la vez mantener relajado y en buen funcionamiento a todo el organismo en general. Por lo que se puede tomar hoy en día la práctica de la Gimnasia Psicofísica como una alternativa de medicina preventiva. Se llama Psicofísica porque no solo atiende el estado físico del individuo, sino que también contribuye al equilibrio psíquico y afectivo ya que ofrece un mayor estímulo al comportamiento en sus diferentes fases biológicas, psicológicas y sociales.

De la Ferriere, (1989) con base en los métodos de la Yoga oriental milenaria, se inspiró en la concepción de la Pre – Yoga que sería la Gimnasia Psicofísica relajadora y que fuera constituida como un método de vida sana con las siguientes características:

- Φ Representante de una Gimnasia especializada.
- Φ La enseñanza de la Pre – Yoga desde un punto de vista científico y filosófico.
- Φ Con el objetivo de desarrollar la educación física, intelectual y espiritual.
- Φ Prepara individuos sanos, que funcionen socialmente dentro de su comunidad.
- Φ Mantener relaciones culturales y académicas con otros organismos e instituciones educativas.

En su aspecto integral, la Gimnasia Psicofísica (Pre – Yoga) relajadora, está basada en su mayor parte en flexibilizaciones, automasajes y respiración diafragmática, además de la atención y relajación en la realización de cada ejercicio. Esta gimnasia asegura la salud del corazón y vasos, aumentando y disminuyendo la presión sobre ellos. El flujo y reflujo ocasionado por la contracción y estiramiento muscular proporcionan una activación en la circulación sanguínea intensificando los cambios a nivel celular.

A través de sus secreciones internas, las glándulas endocrinas alcanzan las más diversas y escondidas partes del cuerpo, promoviendo conjuntamente con el sistema nervioso, la homeostasis y la unidad orgánica saludable.

Asegura De la Ferriere (1989), que todo lo referente a las posiciones del cuerpo está basado en el hecho de que las glándulas necesitan ser puestas en movimiento para que tengan un perfecto equilibrio que se manifiesta en primer lugar en la salud física y posteriormente en el plano psíquico y emocional, así como el social.

La Gimnasia Psicofísica (Pre – Yoga) es relajadora pues se concentra su objetivo en esta frase: “el pensamiento es el maestro de los sentidos (percepción) y el movimiento respiratorio (respiración consiente) es el maestro del pensamiento”, por lo que se hace evidente que el proceso de la respiración es una actividad importante y fundamental en la relajación y el control de las percepciones. Bucio y Vega, (1997).

5.2 Estrategias cognitivas, emocionales y conductuales para el manejo de la ira, la hostilidad y la agresión en individuos con personalidad Tipo A

Para sugerir estas estrategias terapéuticas es necesario explicar cuál es la motivación para considerarlas parte de un tratamiento a) cognitivo, b) emocional y c) conductual para la probable modificación de la conducta hostil, de la ira y la agresión, características de la personalidad Tipo A.

El factor más importante que modela la reacción de un individuo ante determinado estímulo, es la mediación cognitiva. Esta evaluación cognitiva es el proceso mediante el cual una persona evalúa cuál es la incidencia del problema al que se está enfrentando. Existen tres clases de evaluación cognitiva: la primaria, la secundaria y la reevaluación.

Evaluación primaria	Evaluación secundaria	Reevaluación de la situación
Consta de la percepción de la persona sobre la gravedad del problema, y de las implicaciones en su bienestar, estos serán catalogados como relevantes o irrelevantes, según le causen mayor o menor daño.	La persona determina cuáles operaciones y recursos tiene disponibles en ese momento para manejar la situación. Corresponde a las posibles respuestas destinadas a orientar las demandas psicológicas y ambientales de tal encuentro.	Consiste en una nueva evaluación primaria o secundaria, que hace la persona a partir de la nueva información que obtiene del ambiente durante el proceso. Por tanto la evolución que haga un individuo, estará influenciada por factores de personalidad, como de sus compromisos, creencias, valores y todo lo que le sea significativo, que determinarán la forma como entienda las cosas y como se explique el significado personal que le dé, también por la propia presencia de los factores situacionales.

Los factores situacionales, están constituidos por las características particulares del acontecimiento, es decir, la novedad, que podrá ser amenazante solo si los aspectos que alguna vez le hayan causado perjuicios al individuo. Keith y Newstrom, (2001).

También cuando el acontecimiento es o no padecible, por lo tanto, la incertidumbre que produzca el acontecimiento, será proporcional a la amenaza. Por tanto, el estrés se define como la relación de una persona con su ambiente, que es experimentado como conflictiva, o sentida con desagrado o malestar.

El individuo, primero, evaluará la situación, dependiendo de esta evaluación, pasará de la pasividad a la actividad, eligiendo la estrategia adecuada para enfrentar esta situación amenazante.

Una estrategia sería la respuesta conductual aprendida, que permite disminuir el grado de activación producida por ella misma, mediante la neutralización de una situación estresante. El aprendizaje de esta respuesta se realiza por un reforzamiento positivo al disminuir la tensión en sí.

Lazarus y Folkman, (1986) hace énfasis en el papel de la cognición y de la racionalización, que la persona tiene de su entorno, que es conjunto de pensamientos y

actos realistas, flexibles que pueden contribuir a solucionar los problemas y a reducir el estrés, dejando en segundo plano la conducta.

Otras opiniones como las de Orlandini, Pérez y De Macedo, (1999) respecto del valor y significado de las consecuencias que acarrear afrontar situaciones de manera evitativa, es decir retirándose, no enfrentándola. Las estrategias de evitación o negación pueden tener consecuencias positivas:

- Φ Disminuyen el nivel de perturbación producido por una experiencia estresante, sin que esto produzca más daño, en circunstancias que no se puede hacer nada significativo para contrarrestar la amenaza.
- Φ La negación positiva, cuando solo se niega parte de las situaciones. por ejemplo, es mejor negar que el diagnóstico de cáncer implica la muerte inminente, mientras que negar la enfermedad puede llevar a consecuencias negativas para la salud del individuo.

Lazarus y Folkman, (1986) proponen la definición de estrés como sigue: “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas e internas que exceden o desbordan los recursos del individuo” .

Las estrategias dirigidas al problema, se dividen según se orienten al individuo o al entorno. Las que se dirigen al individuo, intentan cambiar la motivación o la cognición del sujeto, el despliegue de pautas de acción, la búsqueda de más alternativas de gratificación el aprendizaje de recursos nuevos y la disminución de la intervención del yo. En cuanto a las estrategias dirigidas al entorno, intentan modificar las tensiones que se producen en el ambiente, los recursos y los obstáculos con los que tropieza el individuo.

Por otro lado, la percepción de un medio ambiente hostil, la frustración, la impotencia ante un afrontamiento activo negativo, donde el individuo se centra en sus emociones, y se desahoga con negación, mostrando un distanciamiento conductual y mental, con consumo de alcohol y drogas, trata de un afrontamiento desadaptativo, no fructífero, que lo lleva a no poder controlar con eficacia y de manera saludable al estímulo estresor amenazante.

Por último, cuando se habla de respuestas conductuales ante situaciones de estrés o ansiedad, estas coinciden en parte con las reacciones psicológicas. Una persona bajo ansiedad muestra una conducta diferente a la habitual expresando:

- Φ “Conducta en contra”, se refiere a una conducta defensiva, donde la persona toma acciones que le sirven para contrarrestar la ansiedad y el estrés.
- Φ “Conducta disfuncional”, donde la persona muestra una conducta incompetente o anormal, resultado de un nivel bajo en su habilidad de desempeño del que refleja comúnmente.
- Φ “Conducta abierta o expresiva”, que implica algunas reacciones, como expresiones faciales deformadas, tics, contracciones nerviosas, morderse los labios.

Es bien sabido, que toda persona necesita de cierto nivel de estrés, sino se encontraría aburrida o enferma o hasta cierto punto infeliz, el nivel difiere de una persona a otra y varía en términos del tipo de estrés requerido.

Walter Cannon, (1920) introdujo el término homeostasis que se refiere “al mantenimiento del medio interno”. Luego identificó los “niveles críticos de estrés” como aquellos que pueden provocar algún debilitamiento en los mecanismos homeostáticos, que también tienen impacto a nivel social.

En todos los seres vivos, el estrés es sinónimo de peligro, que amenaza al bienestar y la supervivencia. El resultado es que todo ser vivo que padece esta amenaza, hace lo posible por adaptarse y ajustarse a estas condiciones cambiantes del medio ambiente y, tiende a actuar en contra de los estímulos estresantes. Cada individuo tiene una historia ante el enfrentamiento o afrontamiento de esa experiencia amenazante, que puede terminar en adaptación y ajuste, o se generaliza a otras situaciones y condiciones parecidas.

El estado de alarma, tiene como propósito preparar al organismo ante una situación estresante, se produce a través del sistema simpático – adrenal, que se encarga de mantener la estabilidad en el medio interno y facilitar las respuestas de pelea o huida Valdés, (1990).

En el estado de alarma, las glándulas suprarrenales liberan una gran cantidad de hormonas, produciendo la activación del sistema nervioso simpático, por lo que la persona:

- Φ Aumenta la frecuencia cardíaca y la presión sanguínea en extremidades, piernas y brazos que es donde más la requiere el organismo para la respuesta pelea o huida.
- Φ Las glándulas sudoríparas aumentan su aporte.
- Φ Las pupilas se dilatan.

Φ La sangre se concentra en el área cutánea y visceral, para concentrarse finalmente en los músculos, los estimula los hace más eficientes y provoca que se contraigan con mayor intensidad.

La adrenalina actúa principalmente en el corazón y, por medio de éste acelera el ritmo del pulso, eleva el nivel de glucosa en la sangre y dota al organismo de energía para que la utilice de inmediato para pelear o huir.

Los desórdenes psicológicos, físicos, emocionales y conductuales, relacionados con el estrés, tienen un lugar importante en la aparición de problemas de salud, como los siguientes: enfermedades cardiopáticas, hipertensión arterial, diabetes mellitus, cirrosis hepática, colon irritable, úlcera péptica, herpes, cáncer, alteraciones del funcionamiento inmunológico, enfermedades de la piel entre otros. La respuesta al estrés o la ansiedad es una consecuencia del esfuerzo del organismo para adaptarse y protegerse de un ambiente amenazador.

En el aspecto fisiológico se nota que cuando una persona percibe un estresor real o imaginario, el sistema nervioso autónomo, bajo la estimulación del hipotálamo, inicia una serie de movimientos de adaptación y/o defensa, esto se logra a través de dos vías:

Φ El sistema nervioso simpático que despierta los sistemas de alarma en el individuo, se manifiesta a través del pulso y la respiración acelerados, sudor, vacío en el estómago y otras sensaciones asociadas con amenaza de algún tipo.

Φ El sistema nervioso parasimpático que se encarga de regular las funciones digestivas y en general de calmar, frenar y relajar al organismo.

Por qué si hay un mecanismo saludable para cada situación amenazante o estresante, el que acelera o el que frena, en algunos individuos llega a descomponerse y casi todo el tiempo de su vida se quedan instalados en la aceleración y pocas veces en la quietud.

Esto indica que solo aquellas personas que poseen ciertos rasgos de personalidad Tipo A como la ira, la hostilidad y la agresión, están frecuentemente relacionadas con las reacciones hacia el estrés y la ansiedad y, por consecuencia, en alerta permanente hasta formar las enfermedades isquémicas, cardiovasculares, hipertensión o diabetes.

A estas personas que nunca están en paz y que no son felices con su vida es que van dirigidas las trece estrategias saludables para manejar la ira, la hostilidad y la agresión, características de la personalidad Tipo A.

Las estrategias que se mencionan son de un nivel preventivo para las enfermedades cardiovasculares, ya que trabajan en los tres aspectos del individuo más importantes en el cognitivo, emocional y conductual para modificar o reducir las consecuencias en el sistema nervioso autónomo. Ya que si este influye a la conducta, la conducta, a su vez, influye a este.

De esta manera las personas de comportamiento Tipo A, podrían manejar saludablemente sus rasgos de personalidad y obtener una calidad de vida mejor.

5.3 13 Estrategias para controlar la hostilidad que puede dañar su salud

Por muchos años el Dr. Redford Williams fue el único en la investigación entre la relación de la hostilidad y la enfermedad coronaria (trombosis), de hecho fue el pionero. Él en compañía de Virginia Williams dice obtener evidencia acerca de que la hostilidad, el cinismo y la agresión pueden dañar tu salud. La práctica de sus estrategias para entender y reducir la ira puede ayudar ó mejorar no sólo la extensión de la vida sino también la calidad de ésta.

Trombosis: formación de coágulos en los vasos sanguíneos. Oclusión de un vaso por un coágulo.

Introducción

No se esta hablando de la ira que induce a las personas a matar a tiros, o a puñaladas o incluso a causar desgracias en sus semejantes. Se hace referencia a la clase de ira, de enojo, de irritación de cada día y que fluye a través de las mentes y los cuerpos de mucha gente normal.

- Φ Si su impulso inmediato al enfrentarse a los retrasos y frustraciones de cada día (ejemplo: elevadores que no llegan de inmediato a su piso, filas que avanzan lento en el supermercado, conductores que hacen perder el tiempo, adolescentes groseros, maquinas despachadoras descompuestas) es culpar a alguien;
- Φ Si esta culpa arroja su ira hacia el defensor;
- Φ Si su ira se manifiesta con frecuencia en una acción agresiva;

Entonces para usted, enojarse es como tomar una pequeña dosis de un veneno de lenta acción (ejemplo: arsénico) cada día de su vida. Y el resultado es el mismo. No mañana, quizás, o el día después pero más pronto de lo que algunos pudieran desear, su

hostilidad puede ser que dañe más su salud de lo que sería el caso de otra persona cuya personalidad no este teñida por tendencias al cinismo, la ira, y a la agresión antes descritas.

Para una persona no hostil, enojarse cuando es maltratado por otros es inofensivo, se disgusta cuando es maltratada y, aun así no se dispara su presión sanguínea. Pero para una persona hostil, el enojo es un constante compañero cada día de su vida, y cada arranque emocional es acompañado por un gran aumento en la presión sanguínea. Y ese es solo una consecuencia de su enojo relacionado con la salud. El enojo es una toxina para su cuerpo.

El conocimiento sobre las consecuencias de la hostilidad en la salud y sobre lo que se puede hacer para disminuir los riesgos a los que podemos estar expuestos, proviene de dos fuentes:

Φ La investigación realizada por Redford y muchos otros, y la experiencia de un poco más de 30 años.

Redford ha dedicado toda su vida profesional en la búsqueda de la investigación dirigida a entender cómo el impacto de la mente y las emociones sobre el cuerpo, puede llevar a una seria enfermedad médica, incluso a la muerte.

Durante las dos últimas décadas, la investigación de Redford se ha centrado en la conducta Tipo A (que manifiesta personas tensas, impulsivas, competitivas y hostiles).

En 1989 describió la investigación sobre la hostilidad como una seria amenaza para la salud en el "*The Trusting Herat: Great News about Type A Behaviour*". En adición a esto y para dar evidencia científica de la hostilidad perjudica la salud, Redford esbozó en "*The Trusting Herat*" una serie de estrategias diseñadas para ayudara a ablandar las tendencias hostiles.

Otras investigaciones mencionan que las personas hostiles tienden a fumar, beber y comer más que son hábitos que pueden dañar su salud.

Gracias a su investigación, Redford se dio cuenta que también era personalidad Tipo A, al igual que si esposa Virginia, por lo cual dedujeron que su hostilidad podría provocarles daños de salud e incluso la muerte. La psicoterapia los ayudó a los dos, cambiando su conducta asertiva para tratar a una persona hostil.

Existen algunos mitos de cómo se disipa la ira que Carol Tabriz, en su estudio de la comprensión, "*Ira: La Emoción Malentendida*" (Anger: The Misunderstood Emotion), corrige algunas falsas concepciones comunes:

MITO # 1: "La agresión es la catarsis insistiva para la ira"

REALIDAD: La agresión es un hábito catártico adquirido, una reacción aprendida practicada por personas que piensan que pueden escaparse al comportarse de esta manera.

MITO # 2: "Hablar sobre la ira le hace deshacer (o cuando menos le hace sentir menos enojado)"

REALIDAD: Una serie de estudios indica que una expresión manifiesta puede enfocar o aún aumentar la ira. Travis sugiere que antes de hablar sobre el tema, hay que evaluar si se quiere permanecer enojado o no.

MITO # 3: "Los berrinches y otros corajes de la infancia son expresiones saludables de ira que previenen la neurosis".

REALIDAD: los berrinches, con picos a los dos o tres años de edad, empiezan a menguar a los cuatro años, a menos que el niño aprenda a controlar a los demás a través de esta conducta. Como Travis dice: "las emociones están tan sujetas a las leyes del aprendizaje como cualquier otra conducta".

Otro mito es que conquistar la hostilidad requiere una destrucción de la personalidad. Para conquistar la hostilidad se requiere de compromiso, la adquisición de habilidades y práctica.

Φ Usted puede aprender a comportarse amable con otras personas y predisponerlos a que lo traten mejor.

Φ Domine su ira antes de perder el control, para acortar la lista de situaciones que provocan su ira.

Φ Cambie sus percepciones cínicas de los demás.

Primero usted necesita determinar si usted está en riesgo, para lo cual se presenta un cuestionario para poder medir los niveles de hostilidad.

Después se presentará la evidencia científica que soporta nuestra afirmación de que la ira mata.

La mayoría de las estrategias se enfocan a la conquista de la hostilidad, sabiendo cómo pensar de manera eficaz, como razonar con usted mismo. Utilizará métodos para convencerse a sí mismo de salir de su enojo, de que su ira es insignificante e injustificada.

Las estrategias de detener el pensamiento, distracción y meditación, le ayudarán a lidiar con situaciones en las que usted se enoja, aunque no quiera hacerlo. Son estrategias para desviar sus pensamientos cínicos y para reducir su ira, para de ese modo reducir la intensidad de su respuesta “pelea o huida”. También se recomiendan formas para evitar la sobre estimulación.

La afirmación le enseñará a actuar con eficacia cuando sea maltratado por otra persona hostil.

También se muestran las estrategias de cuidar mascotas, escuchar, practicar la confianza involucrarse con la comunidad, incrementar la empatía, ser tolerante, perdonar, tener un confidente; que tienen como propósito mejorar las interrelaciones y de este modo incrementar su soporte social. En lugar de enseñarle cómo reducir sus tendencias a responder de modo agresivo hacia otros, estas estrategias están diseñadas para incrementar su “conectividad” con otros.

El último grupo de estrategias es usando el humor, ser religioso y pretendiendo que hoy es el último día, le ayudarán a adoptar actitudes positivas y de ese modo reducir su hostilidad al crear un enfoque filosófico más positivo en su vida.

La aplicación de estas estrategias le beneficiará en tres puntos fundamentales:

- Φ Disminuir el número de ocasiones en que su ira lo molesta, reducirá el estrés en su sistema cardiovascular.
- Φ Considerando sus diferentes opciones de respuesta y eligiendo la más apropiada cuando se encuentre en una situación estresante, reducirá el número de ocasiones en que irrite a otros. Al enfocar sus energías, también tendrá más posibilidades de salir adelante.
- Φ Hará que su vida sea más feliz usando las estrategias que incrementen su apoyo social y orienten hacia afirmaciones de la vida.

Para algunas de las personas el problema no radica en el nivel de hostilidad que tienen, sino en el de alguien cercano a la persona. También se trata estas situaciones y cómo manejarlas.

Para usted o para algún ser querido, estas estrategias pueden ser un equipo de supervivencia lleno de estrategias diseñadas para ayudar en el control de la hostilidad. Al dominar estas técnicas, podrá ganar el control sobre el resto de su vida.

¿Estoy en riesgo?

“Hervimos a distintos grados”

Ralph Waldo Emerson, filósofo norteamericano del S. XIX

Usted se preguntará: “La ira mata. Pero ¿me matará a mí?”

Cerca del 20% de la población posee niveles de hostilidad elevados como para ser perjudiciales para la salud. Otro 20% posee niveles bajos, y el resto cae en un porcentaje medio de éstos.

Existe un cuestionario que pareciera ser el más válido en cuanto a su habilidad para predecir el riesgo mayor de enfermedad y muerte en varios estudios, es la escala de “Hostilidad” (“Ho”), compuesta por 50 preguntas del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI) una prueba psicológica muy utilizada. Sin embargo no todos los estudios han encontrado que la puntuación de la Ho prediga problemas de salud. Un estudio dirigido por John Barefoot, uno de los colegas de Redford en Duke, muestra que 27 de las 50 preguntas de la escala de Ho contaban para predecir el incremento en la tasa de mortandad en un grupo de abogados a quienes se les dio seguimiento por 25 años después de haber tomado la MMPI en la escuela de leyes.

Redford y sus colegas han agrupado, de acuerdo a su contenido, las 27 preguntas de la escala Ho que predijeron tasas de mortandad mayores en el estudio de los abogados. Esto arrojó la información de tres categorías de preguntas que se relacionaban con actitudes hostiles, emociones y acciones. Además se añadieron más preguntas de otras escalas y cuestionarios, así como de la propia experiencia, para desarrollar un conjunto de preguntas que abarquen cada una de estas categorías. El resultado fue el nuevo Cuestionario de Hostilidad que se presenta en el anexo de esta tesis. Este cuestionario de Redford, debe ser tan válido como la escala de Hostilidad, su fuente principal.

Algunas aportaciones sobre las estrategias para controlar la ira

William & William (1993), sugieren las siguientes aportaciones sobre las estrategias para el control de la ira:

- Φ Reexaminar su propio comportamiento y considerar nuevas formas para responder ante situaciones de estrés.
- Φ La hostilidad puede ser controlada a través de un número finito de diferentes estrategias, de las cuales: algunas ayudarán a controlar la hostilidad a través de deshacerse de los estímulos negativos, las personas o situaciones que le hagan estallar en primer lugar.
- Φ Usando sus poderes de razonamiento, será capaz de redefinir la situación de invocación de furia de una amenaza no tan importante.
- Φ El humor puede ayudarte a adoptar una filosofía más positiva.
- Φ Escuchando, incrementando la empatía, practicando la tolerancia, el perdón y pretender que este día es el último, puede ayudar a improvisar sus relaciones con otros, pero también a razonar consigo mismo y deshacerse del enojo.
- Φ Cada estrategia tiene la descripción completa de cuando debe ser usada, cómo usarla y el porqué de su funcionalidad.
- Φ Conquistar su hostilidad envuelve cambios básicos en sus pensamientos y sus acciones, debes tener un compromiso de practicar una y otra vez los nuevos patrones de comportamiento.
- Φ Disminuir la hostilidad no significa que todos sus pensamientos y actitudes desaparezcan, pero reemplazarán este patrón de comportamiento con uno más saludable.
- Φ Cuales son los problemas más frecuentes a los que se enfrentas.
 - ¿Sus flojos e incompetentes compañeros de trabajo?
 - ¿El modo en que otra gente trata a sus hijos?
 - ¿Su inconsiderado jefe?
 - ¿Oficiales de Gobierno?
 - ¿Otros países?
 - ¿Las personas incompetentes?
 - ¿Los individuos flojos?

- ¿El modo en que se gasta su dinero?

A continuación se presentan las estrategias terapéuticas preventivas para el manejo saludable y reducir el enojo, la ira, la hostilidad y la agresión.

5.3.1 Estrategia para reducir el enojo

Existen dos reglas para sobrevivir con una buena calidad de vida:

Φ No preocuparse por cosas que son pequeñas y sin sentido.

Φ El mayor problema son las cosas pequeñas.

“Realidad es aquello que tomamos por cierto. Lo que tomamos por cierto es aquello en que creemos. Nuestras creencias se basan en nuestras percepciones. Lo que percibimos depende de lo que tratamos de ver. Lo que tratamos de ver depende de lo que pensamos. Lo que pensamos depende de lo que percibimos. Lo que percibimos depende de lo que creemos. Lo que creemos determina, a su vez, lo que tomamos por verdad. Y lo que tomamos por verdad es nuestra realidad”. Gay Zukau.

El ejercicio de la estrategia *cómo reducir el enojo*, que a continuación se desarrolla, trata de hacer conciente a la persona con inclinación Tipo A del peligro en que se encuentra su salud cardiovascular cada vez que expresa su enojo con ira, hostilidad y agresión, a través de profundizar y evaluar su situación en un diálogo breve, consigo mismo, para que pueda vivenciar y conocer de un modo diferente sus opiniones en contraste con otras antagónicas y así contribuir en la transformación de sus creencias y percepciones.

La persona no puede ni debe tratar de engañarse. Es la visión del yo auténtico. Cuando responda al significado apartándose de apariencias y máscaras, así el nuevo sentido también será auténtico. Al descubrir otra verdad sobre sí mismo.

La dinámica que se usará al aplicar la estrategia es la llamada “diálogos entre dos posturas”. Schnake, (1995).

Es importante señalar que hay siempre más de un personaje en las personas, sin que eso las diagnostique como esquizofrenias. El ejercicio consiste en establecer un diálogo con otro Yo, al que se le reconoce presencia por haberlo asumido en alguna acción. Schnake, (1995).

R. La persona Tipo A se le llama riesgo y aparece con la letra (R), se define como una persona hostil, iracunda y agresiva.

S. La persona Tipo A con cambios en su conducta y por lo tanto en su salud transformando sus pensamientos, emociones y creencias a otras más saludables.

En un consultorio se acondicionan dos lugares para que el paciente ocupe alternativamente el lugar de la persona Tipo A (R) hostil, desconfiado, agresivo, iracundo, aislado y de la persona (S) que desea buscar un nuevo sentido a sus pensamientos, creencias, actitudes saludables.

Ambos sostendrán un diálogo que le permitirá mayor autoconocimiento y conciencia de su propia situación con dos facetas.

Terapeuta (T). Para reforzar uno u otro de los lados que dialogan, el psicoterapeuta actuará como auxiliar, cada vez que sea necesario. Sánchez, (2001).

La mayoría de los problemas de las personas hostiles comienzan con pensamientos inapropiados, muchas de las veces irracionales y negativos, acerca de otras personas o situaciones que no pueden ser cambiadas. Aprendiendo a razonar con usted mismo, usted puede disuadirse a si mismo de pensamientos cínicos, de sentimientos de enojo y comportamientos hostiles y agresivos.

Primer paso

Razonar consigo mismo

¡Estoy dispuesto a buscar y experimentar un nuevo sentido a sus emociones, percepciones, creencias y pensamientos! Si la respuesta es afirmativa, continuar con el segundo paso.

Segundo paso

S.: ¿Qué te ocurre? Te ves sin ánimo, como desesperado.

R.: Me siento peor de lo que me ves, mi vida no tiene sentido, cada vez estoy más enfermo.

S.: A mi también me ha sucedido muchas veces, pero no puedo estar pensando como tú. Porque si así fuera ya no sería capaz ni de moverme.

R.: Tú estas bien. Lo enfrentas todo de manera positiva, eres capaz de todo. Yo me siento desesperado e irritado, es como si poco a poco me fuera anulando. Será mejor morir.

T. (como el S.): ¡Mírate! No lo soporto, no se como puedes ser tan hostil y negativo. No serías capaz de intentar hacer algo.

R.: Es que siento enojo cada vez que las cosas no salen como yo lo esperaba, sin lograrlo no se que será de mi.

S.: Tú solo ves los impedimentos y los obstáculos, sin atreverte a ver algo diferente y decidirte a hacer algo al respecto.

R.: Es que quiero que veas la realidad. Te aborrezco. En realidad me gustaría deshacerme de ti.

S.: Yo te considero. No quiero estar con alguien como tú. Sin embargo tolero y doy una solución.

R.: Yo tengo que ser el activo, el enérgico, el que corre riesgos en toda la vida.

S.: Sin mí no estarías vivo. No harías nada. Recuerda somos uno, y tú me haces a un lado.

R.: Lo sé, pero no me quites el tiempo, yo necesito continuar con mi vida acelerada y tú me estorbas.

S.: Yo te ayudo a tolerar y a tomar las mejores decisiones. Me detengo, reflexiono y no soy impulsivo.

R.: A ti te moldean las exigencias y expectativas ajenas, eres como una marioneta. Yo siempre quiero controlar mi realidad y mi vida.

S.: Tú eres la parte nuestra que sale adelante, pero quieres esconderme, por eso al verte en riesgo de un infarto salgo con tanta fuerza cada vez que me lo permites, para impedir tu caos. Yo me siento pequeño y con límites. A ti te siento un sónico iluso.

R.: Tienes envidia y eres débil, pero me gustaría que solo me dieras toquecitos de tu realidad.

S.: Se que me tienes coraje y miedo, por eso me encierras y no quieres que salga. Ambos nos necesitamos, porque sin mi no vez a tiempo los problemas y los peligros y yo sin ti no salgo adelante.

R.: Me has convencido. Pues ahora quiero intentar algo nuevo. Dime como puedo controlar mi enojo.

T.: Estos diálogos les darán a los dos personajes del paciente con enojo una nueva visión de los hechos y vivencias más significativas de la situación que el paciente esté experimentando. Debe ser más conciente y tolerante cada día, lo que le permitirá cambiar su actitud, su pensamiento, su personalidad, su salud y su destino.

T.: las situaciones que no se pueden cambiar, tenemos la opción de cambiar la actitud, y considerar una lista de probabilidades, aún las más improbables.

En este tratamiento de buscar un nuevo sentido, se trata de ampliar el campo de visión del paciente para que perciba la gama de significados y valores que puede

realizar. Requiere descubrir sus capacidades latentes y posibilidades de opción dentro de un horizonte amplio en el que puede realizar valores de creación, de experiencia o de actitud, en respuesta a las exigencias concretas de la vida.

¿Cuándo usar esta estrategia?

Tu pequeño deja las huellas de sus zapatos en todo el piso que acabas de limpiar. Al verlo, quieres gritar. En casi todas estas situaciones, la mejor estrategia primordial es razonar consigo mismo. Muchas veces vas a disuadirte de tu enojo. Si necesita tomar una acción para sobrellevar su hostilidad o bien actuar de manera efectiva, tendrá suficiente información adquirida para elegir otras estrategias.

¿Cómo usar esta estrategia?

Tratará de disuadirte de estar molesto, si su examinación racional de la situación le lleva a la conclusión que su pensamiento cínico inicial, sentimiento de furia o actitud agresiva, era inapropiada. Tan pronto disuada su enojo, déjalo ir.

Nota: imagina que esta en un restaurante y la recepcionista le pregunta “¿Sección de enojo o no enojo?”, ya que el enojo es mucho peor para la salud que fumar.

Para empezar, entre en un diálogo interno consigo mismo en el cual considere hechos objetivos de la situación que estimula el pensamiento, sentimiento o acción principal de hostilidad.

En este diálogo considere aquello que pueda observar, no aquello que deduzca acerca de los motivos de alguien más. Después de esta examinación objetiva, tome como referencia el siguiente mapa, para decidir si la situación vale la pena para continuar prestando atención. Con cuidado y usando la lógica, intente en su diálogo interno convencerse que la reacción a su enojo no va a cambiar a la otra persona.

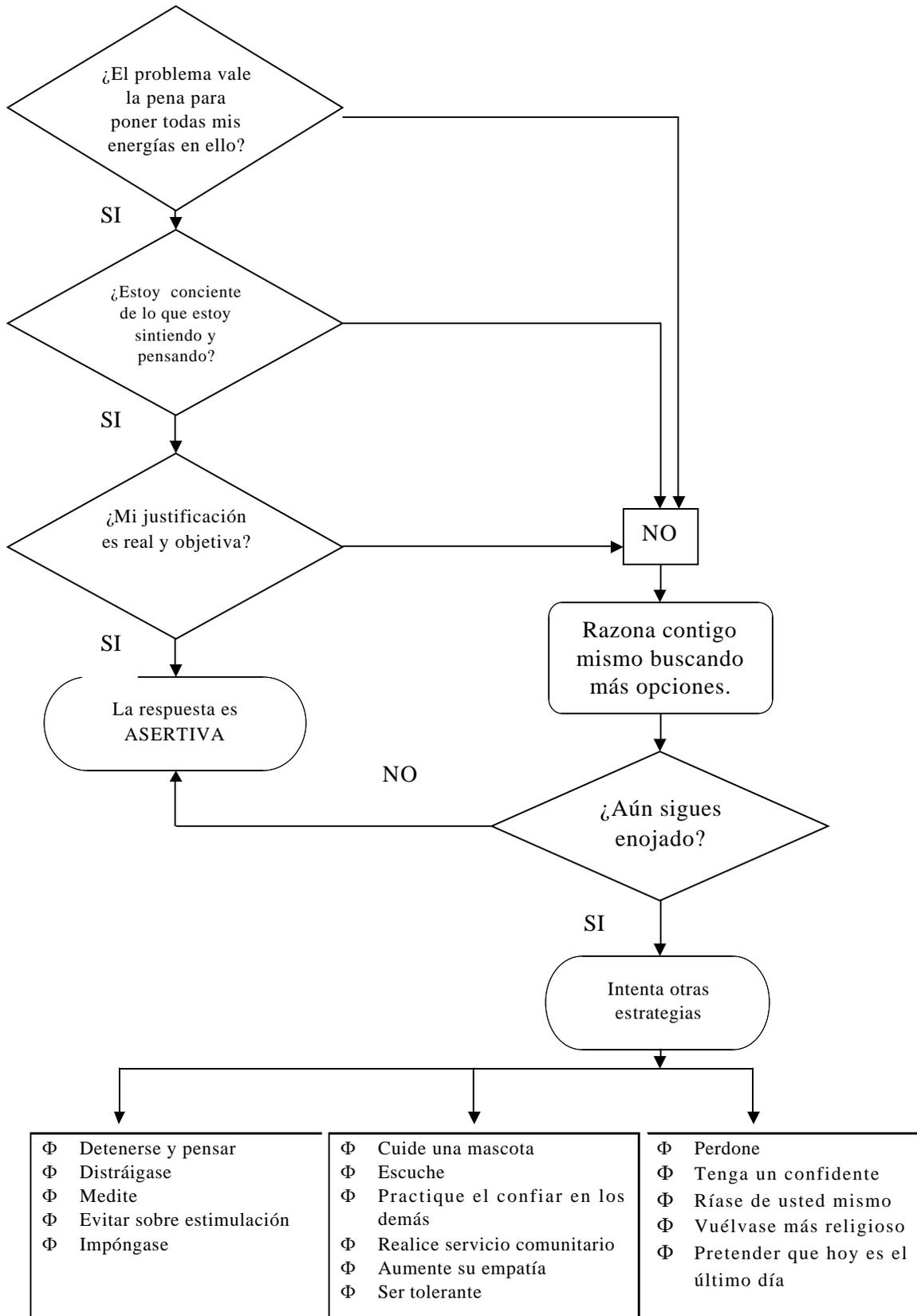
¿Por qué funciona esta estrategia?

Una vez que se de cuenta de la falta de potencial para poder cambiar una situación, su hostilidad irá desapareciendo. Su repetitivo diálogo interno, ayudará con frecuencia a que las partes racionales de su mente tengan dominio sobre las partes más antiguas.

Otro ejemplo de ¿cómo es que funciona esta estrategia?

José está viajando en carro por la noche. Tiene sueño y está sediento y desearía tomar un refresco de cola. Finalmente encuentra una máquina frente a una estación de servicio desierta. Se baja del carro y espera encontrar su refresco preferido, “¡que suerte!” busca cambio en sus bolsillos y por fin encuentra unas monedas y las deposita de inmediato en la máquina, pero la sorpresa es que ningún refresco desciende de la máquina, José insiste apretando los botones y entonces se da cuenta que hay un letrero que dice: “fuera de servicio” “¡Demonios!” dice José. La estación de servicio está cerrada y desierta. Él comienza a sentir como le hierve la sangre.

Mi pensamiento y sentimiento son de enojo, furia y pretendiendo una acción agresiva.



Es tiempo de considerar los hechos objetivos de la situación son que José no vio el letrero de “fuera de servicio”, perdió sus últimas monedas en una máquina descompuesta y no hay alguien que le devuelva su dinero. Además, la estación no abrirá hasta la siguiente mañana.

Él no puede determinar con certeza si el propietario había puesto el letrero en lo oscuro, o si cualquier señal había sido difícil de ver en la oscuridad. Y, la verdad, había estado ansioso de su refresco favorito y había omitido el letrero, por estar buscando el cambio en su bolsillo.

Ahora bien, se ejercitará un diálogo con los personajes de Riesgoso (R) Tipo A y el Saludable (S). Convenciendo este último al primero de que no son tan valiosas ni las monedas, ni su refresco de cola preferido como la salud de su corazón y su cerebro, ya que con la expresión de tal enojo, podría venirle un infarto al miocardio o una embolia cerebral, y que mejor para otra vez tenga más calma y ponga más atención.

A pesar de todo lo anterior, seguirá insistiendo:

¿Es un problema trivial? Bueno, tal vez la mayoría de la gente lo encontraría así. José concluye que el problema es importante para él, porque el necesitaba la cafeína para mantenerse despierto.

¿Se justifica el enojo de José? Sí, ya que ha perdido sus últimas monedas. Pero aún sigue con mucha sed.

¿Acaso él obtiene una respuesta efectiva? Él podría escribir una nota desagradable al dueño de la estación de servicio demandando un reembolso. Pero el no tiene papel ni pluma. Y para conseguirlo se tardaría y perdería 15 minutos más. Aún cuando lo hiciera, la nota podría volar con el aire. Él podría escribir una carta después, pero para eso necesitaría una dirección y no es seguro que el dueño le haga caso y le reembolse su dinero. Si después de 15 minutos o más de esfuerzo, José no obtiene su dinero de vuelta, él estaría aún más molesto de lo que está ahora. Tiene algunas opciones, pero no son atractivas para merecer el esfuerzo extra y la posible frustración extra. Así que José decide aceptar su pérdida y olvidarse del asunto.

Todos empezamos con un pensamiento y si lo detenemos para analizarlo, estamos usando la técnica más rápida para borrar pensamientos hostiles. Si esta técnica falla, hay que intentar distraerse a si mismo. La meditación es la otra estrategia para desviar el enojo. Todas estas estrategias para desviar el enojo funcionan mejor cuando se eliminan los estimulantes y se hace ejercicio de modo frecuente.

5.3.2 Detener pensamientos hostiles, sentimientos y acciones

¿Cuándo usar esta estrategia?

Ya que ha transcurrido las etapas del mapa mental (esto puede proceder rápido una vez que se ha familiarizado con la técnica). Ya que ha decidido que un pensamiento, sentimiento o acción hostil es injustificado, o que usted no tenga una respuesta efectiva.

¿Cómo usar esta estrategia?

Detener el pensamiento es tan simple como el mismo. Cuando se da cuenta de su actitud o pensamiento hostil, grita: “detente”. Si se encuentra acompañado, querrá gritar lo menos posible. Por el otro lado, si se encuentra solo, tal vez escuchando el último discurso de un político en las noticias de las 6:00, entonces hágalo y grite: “detente” tan fuerte como usted quiera.

Si diciendo esa palabra no le funciona los primeros minutos, trata de usar la otra técnica de artes de darse por vencido.

Para iniciarse, pide a alguien que le ayude. Establezca una señal de tal modo que cualquier otra persona grite “detente” cuando usted comience a enojarse. Al principio, su amigo le grita fuerte para romper su respuesta a cualquier cosa que le este molestando. Después de que haya experimentado esto algunos días o semanas, cambia y grítese a usted mismo “detente”. El siguiente paso será cuando usted pueda detenerse sin tener que gritarlo.

¿Por qué funciona esta estrategia?

Detener el pensamiento, es una técnica modificada de conducta cognitiva (es solo otro término para el cambio del pensamiento) que ha sido probada para ayudar a las personas a detener sus obsesiones.

Tal vez le sorprenda lo frecuente que esta técnica le funcione para controlarse a si mismo de sus pensamientos, sentimientos y acciones hostiles. En aquellas situaciones cotidianas y triviales.

En este sentido, “ponerse el alto” es una extensión de la estrategia “razona con tigo mismo”. En su concepto de “mente múltiple”, Robert Ornstein, un psicólogo, adopta la perspectiva de que nuestra mente no es una sola entidad, más bien se refleja la historia de la evolución de nuestras especies. En lugar de tener el concepto de la mente

compuesta por una sola, la mente es vista como un mosaico de herencias todas coexistiendo dentro de nuestras cabezas.

De acuerdo con la perspectiva de la “mente múltiple”, la mayoría de los cerebros deben adaptarse a sobrevivir en un mundo muy diferente. Nuestra primera consideración es siempre sobrevivencia, nuestra conciencia de prioridad a la información reciente, lo inesperado o extraordinario, si algo luce mejor que otras opciones, y como las otras personas se estén comportando.

Esto es porque nuestro característico biológico, nuestras grandes metas son conservar el cuerpo tibio y seguro, y organizando nuestras acciones alrededor de nuestro entorno de “contingencias de término corto”. Según Robert Ornstein, las emociones son los componentes más importantes de nuestra mente.

Veamos un ejemplo de “ponerse el alto” en acción:

Una hija Alejandra tiene 20 años y su hermano Francisco es un joven adolescente. Ambos son muy buenas personas, pero como jóvenes adolescentes, como la mayoría de la gente a esa edad necesitan separarse de sus papas para madurar y tener una vida más fácil en casa.

Primero Alejandra, seguida unos años después por Francisco, le gustaba lo que se servía para cenar, la tarea de casa y la forma de manejar las cosas. Alejandra ha madurado, convirtiéndose en una ciudadana productiva, está feliz y casada. Cuando ella estaba abriendo camino, encontramos que la técnica de “ponerse el alto” era un modo efectivo para evadir sus exageraciones y sus críticas.

5.3.3 Distráigase

¿Cuándo utilizar esta estrategia?

Utilice el mapa de de la Hostilidad para determinar, cada vez que se encuentre en una situación en donde se le despierten impulsos, sentimientos o pensamientos hostiles. Cuando el resultado de la evaluación concluya en que su ira es justificada o injustificada o de que carece de una respuesta efectiva, distráigase a usted mismo, puede resultar eficaz sacar sus pensamientos de este estado de ira.

¿Cómo utilizar esta estrategia?

Identifique otro foco de atención diferente al que lo mantiene enojado. Por ejemplo, si se siente molesto en la fila del supermercado, desvíe su atención leyendo una revista, tal vez la termine de leer ¡gratis! Si se encuentra frustrado en un

embotellamiento ponga su canción favorita y cántela a todo pulmón. Imagínese una comida ideal, o que está haciendo el amor o que está de vacaciones en una isla de fantasía.

¿Por qué esta estrategia funciona?

A su conciencia le cuesta trabajo enfocarse en dos temas al mismo tiempo, si usted comienza a pensar en algo nuevo, usted para de pensar en lo que le está haciendo enojar, dando como resultado que la hostilidad y las hormonas del estrés disminuyan antes de que exista daño alguno.

Por ejemplo, si se encuentra atorado en el tráfico puede llevar consigo un periódico que le permita distraer su atención mientras avanza en el tráfico. Si se encuentra en la oficina muy atareado, puede tener un mapa cerrar sus ojos y deslizar su dedo por todos los estados del país y detener su dedo en alguno de ellos y si usted ya visitó el lugar trate de recordar sus experiencias y sino es así imagine como sería el lugar.

Los beneficios potenciales de la estrategia de distracción se demostraron en la producción “Mrs. Cage” de *American Playhouse*, Cage es una mujer mayor que se vuelve loca en el estacionamiento de un supermercado durante un intento de robo. De alguna manera, ella termina con la pistola del ladrón en sus manos y le dispara a otra clienta que gritaba porque le habían robado su bolso mientras un empacador moría en el piso. Cuando Mrs. Cage les dijo a los policías: “Ella se formó en la caja rápida llevando consigo 27 artículos, sin cupones, ella no tenía cupones, así que hizo un cheque. Fundamentos para un asesinato, ¿no lo creen así?”.

Con el uso de esta estrategia, Mrs. Cage hubiera escogido la revista en lugar de la pistola.

EJERCICIOS

1. Piense en tres distractores que pueda utilizar en cada una de las siguientes situaciones:

- a. Se encuentra en una conferencia pero no puede escuchar al orador debido a que hay un niño que distrae en otra sección del auditorio. Usted se empieza a sentir molesto por ello.
- b. Usted está conduciendo rumbo al aeropuerto pero le obligan a esperar a que pase un tren de carga. Siente como surge la frustración.

c. Es casi la hora para su descanso matutino (lunch), pero se encuentra haciendo fila en el correo. El viejito delante de usted va a comprar cinco estampillas especiales de una larga lista que le entrega la persona en ventanilla y la comienza a leer. ¿Quién quiere este fastidio adicional?

2. Mire su Registro de Hostilidad y busque situaciones en las cuales la estrategia de la distracción hubiera sido eficaz. Considere algunos focos de atención que pudiese haber sustituido.

5.3.4 Medite

¿Cuándo utilizar esta estrategia?

Usted ya decidió que su pensamiento, sentimiento o impulso hostil esta injustificado o que no posee una respuesta efectiva. Ha tratado de razonar con usted mismo. Ha utilizado dos de las estrategias más rápidas y sencillas (detener sus pensamientos y/o distraerse) pero no le ha servido de nada.

La estrategia de meditación le indica retirarse de la situación y calmar su mente para detener esos pensamientos maliciosos, su cuerpo se calmará y la oleada de adrenalina llamada por la ira descenderá.

¿Cómo utilizar esta estrategia?

La estrategia de la meditación es sencilla. La parte difícil es desarrollar las habilidades que le permitirán aferrarse a usted mismo aún en medio de la situación que le provoque hostilidad.

Como con cualquier otra destreza, su habilidad para meditar aumentará con la práctica. Esto significa que usted debe practicarla 'fuera de las horas de juego'. Su habilidad para meditar en situaciones estresantes también aumenta con la práctica.

Practique durante quince minutos diarios en un lugar tranquilo para que se vuelva un adepto de liberar a su mente de todo pensamiento. Entonces, cuando le insulten o cuando se retrase por la incompetencia de alguien más, estará mejor equipado para aplicar habilidades de meditación en ese momento para detener sus pensamientos suspicaces, sofocar su ira y suavizar su impulso agresivo.

Esto es lo que debe hacer:

1. Tome una posición confortable. Sólo siéntese en una silla o sillón o crúcese de piernas en el suelo o recuéstese.
2. Relaje, lo más que pueda, todos los músculos de su cuerpo. Puede intentar primero una "relajación progresiva", tensando primero sus músculos y luego relajándolos; comenzando por sus pies y tobillos y subiendo por todo su cuerpo hasta su cara.
3. Enfóquese en su respiración. Sea consciente de sus inhalaciones y exhalaciones. Ponga atención en cómo pasa el aire a través de las membranas de su nariz. Enfóquese si lo prefiere en cómo su abdomen o su pecho sube y baja con el paso del aire. Permita que el aire llene sus pulmones. Exhale despacio permitiendo que salga todo el aire dentro de sus pulmones. Trate de respirar de manera natural y permita que el aire entre a través de sus fosas nasales y salga por su boca.
4. Ahora, cada vez que usted exhale, repita una palabra o frase (mantra) que evoque el estado que desea alcanzar, intente decir "cálmate" o "paz".
5. Mientras hace esto, tal vez algunos pensamientos 'intrusos' quieran venir a su mente. Esto es normal, así que no permita que le preocupe. Continúe prestando atención a su respiración y repitiendo la palabra o frase con cada exhalación. Mientras más lleve a cabo la meditación, más fácil le será apagar esos pensamientos intrusos, y cada vez tendrá menos de ellos.
6. Continúe practicando esta meditación con respiraciones por un periodo fijo de tiempo, recordamos quince minutos diarios. Tenga cuidado de eliminar potenciales interrupciones, como llamadas telefónicas. De ser posible, no agende su práctica después de comer o antes de acostarse, ya que necesita estar o más alerta posible. El objetivo es calmarle, no dormirle.

Si las respiraciones no le funcionan, sustitúyalas por la concentración visual.

1. Concéntrese en una imagen. Esta puede ser imaginaria o algo que esté viendo en ese momento.
2. Intente repetir una palabra asociada con dicha imagen mientras inhala y exhala. Si su imagen es un árbol, por ejemplo, puede decir "verde".

Practique en un lugar tranquilo para ayudarse a perfeccionar la meditación como una destreza. Después, intente meditar en público cada vez que le obliguen a esperar. ¡Esto no significa que asuma la posición de 'yoga' en la fila del supermercado! Todo lo

que necesita es comenzar con una inhalación profunda, después fijar su vista en un punto distante (un reloj en la pared, por ejemplo) y después comenzar a repetir su mantra de manera inaudible mientras exhala. Usted estará ahí, meditando en público, y nadie lo notará excepto usted.

Finalmente, medite al comienzo de cada pensamiento, impulso y sentimiento hostil que esté injustificado o sea insignificante o cuando carezca de una respuesta efectiva. Piense en la meditación como una estrategia para tener un “tiempo fuera” de situaciones que hagan surgir sus sentimientos, acciones y pensamientos hostiles.

¿Por qué esta estrategia funciona?

Al enfocarse en su respiración y repetir una palabra que le traiga relajación, usted aleja los pensamientos de recelo de su mente. La meditación puede ser más efectiva que la detención del pensamiento o la distracción para alejar al pensamiento hostil.

La meditación tiene un efecto calmante en las respuestas de pelea huida. Su reparación y frecuencia cardiaca se hacen más lentas, el consumo de oxígeno disminuye, la presión sanguínea se estabiliza, hay una disminución en la habilidad de la piel para conducir la corriente eléctrica, y se refleja en una reducción del sudor. Los niveles de la hormona del estrés en su cuerpo caen. Además las ondas cerebrales cambian a un patrón de alerta menor, según se pudo constatar por medio de un electroencefalograma.

Las personas que meditan tienen mayor estabilidad fisiológica y psicológica, son poco ansiosas y experimentan un sentido de control en el mundo en lugar de sentirse víctimas pasivas. La meditación fortalece su salud, en cuerpo y mente.

A pesar de que estos pacientes con personalidad Tipo A, se resistían a la idea de la meditación, después de la práctica vieron los beneficios. La negación es debida a que creen que perderán el control en sus trabajos, sin embargo fueron capaces de librarse de sus dolores de cabeza y de funcionar mejor en sus trabajos.

EJERCICIOS

1. Medite por un periodo fijo de tiempo cada día.

5.3.5 Evite la sobreestimulación

¿Cómo utilizar esta estrategia?

Las personas hostiles deben poner especial atención al cuidado de sus cuerpos, ya que mantener la compostura es más fácil con un sistema nervioso calmado. Para ayudarle a llegar a este estado de no agitación, disminuya el consumo de nicotina o suspéndalo, cafeína, azúcar, lo más que pueda. Haga ejercicio con regularidad.

Algunas sustancias son por naturaleza estimulantes de los sistemas nervioso y cardiovascular. La nicotina, la cafeína (presente en el café, té, refrescos de cola, chocolate y algunas medicinas) y en menor cantidad el azúcar, son los tres estimulantes más utilizados en nuestra cultura. El estado de sobreestimulación es temporal, seguido por un efecto contrario al estímulo.

Las personas hostiles poseen un sistema nervioso que reacciona de manera inmediata, aún sin haber ingerido estimulantes.

Aún es más importante que las personas hostiles carecen de la habilidad para apagar sus reacciones al usar su sistema nervioso parasimpático para volverse a calmar pronto. En lugar de ello, permanecen muy estimulados. Cuando una persona hostil ha ingerido nicotina, cafeína o azúcar le resulta más difícil de lo usual poder calmarse. Por lo tanto, la ingesta de estos tres estimulantes puede añadir más estrés y tensión a un cuerpo de por sí agravado. El ejercicio promueve el efecto contrario.

¿Cuándo utilizar esta estrategia?

Las personas hostiles tienen mucho más dificultad para dejar estos estimulantes. Entre menor sea su dependencia de la nicotina, cafeína y azúcar, mayores serán sus oportunidades de conquistar la hostilidad. Viceversa, entre menos reaccione usted con hostilidad ante los sucesos del diario vivir, menor será su necesidad de relajantes y estimulantes.

Iniciar un programa de ejercicio es fácil para algunas personas y le puede ayudar a aliviar la sobreindulgencia a las sustancias con la hostilidad. Sin embargo hay que hacerse un examen médico para saber si existe alguna enfermedad cardiovascular y controlar el ejercicio.

Hágase el propósito de hacer ejercicio aeróbico ligero varias veces a la semana. Los rangos de presión recomendados varían de una edad a otra, así que necesita conocer cual es el suyo y monitorearlo durante la sesión de ejercicio para asegurarse que se encuentra dentro de los límites seguros.

Los deportes recomendados son nadar, trotar, andar en bicicleta, una caminata vigorosa, ya que aumentarán el ritmo cardiaco. No sea muy competitivo, trate de relajarse y divertirse.

¿Por qué esta estrategia funciona?

La mayoría de las personas de las ciudades tienen la costumbre de sobreestimularse, pues en la mañana toman café, cigarros, azúcar, y mucha comida., para calmar su sistema nervioso que se alteró la noche anterior con alcohol; sin embargo esto solo daña más a su organismo, lo cual los lleva a seguir consumiendo estimulantes en mayor cantidad y con mayores efectos dañinos en su salud.

EJERCICIOS

1. Considere sus hábitos de consumo de sustancias. Si toma mucho de alguno(s) de los estimulantes o relajantes antes mencionados, anote durante una semana las ocasiones en las cuales fue indulgente con usted mismo en su Registro de Hostilidad. Vea si puede notar cualquier correlación entre su ira/agresividad/susplicacia y la ingesta de dichas sustancias. (Si usted está intentando dejar un hábito, puede que esté más irritable, esto es temporal y disminuirá poco a poco).
2. Anote en su Registro de Hostilidad, las veces que hace ejercicio para determinar cómo se correlaciona éste con su hostilidad.

5.3.6 Impóngase

¿Cuándo utilizar esta estrategia?

Controlar su ira no significa ignorar cuando es víctima de una injusticia. Al poseer una serie de estrategias de afirmación y de desviación, usted puede evitar que cosas insignificantes le irriten y a la vez permanecer enfocado en sus derechos legítimos y en los de los demás. La meta es aprender a controlar su hostilidad sin ser insensible a las injusticias.

A diferencia que en la meditación, donde usted se retira, mantenerse firme, haciendo valer sus derechos, lo proyectará dentro de la situación. Ser firme, opuesto a ser agresivo, implica demandar a otros un cambio de actitud. Usted limita su petición a ese punto específico, debe pedirlo con respeto y de manera calmada.

¿Cómo utilizar esta estrategia?

Primero, decida con el Mapa de Hostilidad si vale la pena pedirle un cambio de actitud al responsable. Después, decida si usted o la persona que desea proteger es maltratada. Si la respuesta fue afirmativa proceda a evaluar si posee una respuesta efectiva. Si la parte ofensora es un compañero de trabajo que siempre lo está interrumpiendo, usted puede decidir que sí posee una respuesta eficaz. Cuando usted responda de modo afirmativo a todas las preguntas del Mapa, necesita la estrategia de imponerse (hacer valer sus derechos).

En contactos cara a cara, recuerde que mucho de su mensaje es no verbal; la manera en que se para, su expresión facial, etc. Por lo tanto, es muy importante que se le perciba como una persona no hostil. Su meta es ser escuchado, no provocar que la otra persona le ignore. Así que, entregue sus demandas en un tono respetuoso de voz y trate de evitar hablar y/o gritar. Las comunicaciones de tipo no verbal —fruncir el ceño, sonrisa sarcástica o burlona, etc.- transmite la información más confiable sobre el verdadero nivel de hostilidad de la persona. Aún la petición más cordial, pedida por una persona con el ceño fruncido, no tendrá la atención respetuosa del oyente. Adopte una actitud optimista y solemne, con la expresión facial y gestos de las manos apropiados. ¡Sea lo más relajado que pueda! Si usted desea comunicarse por escrito, haga su petición respetuosa y razone antes de escribir.

Usted querrá 'confeccionar' su respuesta ante tal o cual situación. Estudie las distintas clases de opciones para hacer valer sus derechos enlistados aquí, pues las necesitará tener en su repertorio. Cada una se construye a partir de la anterior.

Φ Formule su petición

A veces una corta petición es todo lo que se requiere. Usted dice lo que quiere y con eso basta. "Perdón, deja que termine de decir lo que tengo que decir".

Φ Describa la mala conducta

Si es apropiado, usted querrá hacer una introducción a su petición mediante una descripción explícita de lo que usted percibe como la mala conducta de la otra persona. Siempre sea muy específico sobre cuál conducta quiere que se cambie. "Siempre acaparas las botanas y no me dejas ninguna" es mejor que "¿Quieres intentar ser más considerado?"

Evite las frases categóricas como: "usted siempre" o "usted nunca". Cámbielas por "Justo ahora (en este, ése momento) usted hizo X". Debido a que se sentirá molesto y tendrá sentimientos desagradables al estar ante tales situaciones, puede ayudar hacer una meditación previa o tomar unas respiraciones lentas y profundas antes de hablar. Es más probable que una voz calmada obtenga una respuesta similar que una voz cargada de emoción.

Además de incidentes que lo 'prenden' usted puede enojarse por maltrato racial, orientación sexual, clase social, grupo étnico, etc. Tales insultos pueden ser un estímulo para desatar una ira justificada.

Harriet Lerner, -una psicoterapeuta familiar- ve la ira de la mujer como una señal potencial que les puede preservar su integridad. El consejo que les da a las mujeres es un buen consejo para todos nosotros quienes hemos experimentado discriminación:

- Φ Si usted está enojada por una buena razón, su ira siempre merece su respeto y atención.
- Φ Diga lo que quiere en lugar de 'echar la bilis'. Sus objetivos deben ser claros primero para usted misma. Esto significa que debe saber 'quién es usted', 'qué desea usted' y 'que se merece'
- Φ Si está enojada con alguien, se lo debe decir a esa persona.
- Φ Si usted quiere quejarse siguiendo alguna jerarquía, hágalo de manera abierta siguiendo los canales adecuados.
- Φ Evite los secretos.

¿Por qué esta estrategia funciona?

Las palabras y gestos ásperos casi siempre provocan respuestas similares. Al practicar la firmeza (hacer valer sus derechos) usted se concentra en lo que quiere y en lo que necesita, no en lo que le irrite a usted o a su contraparte.

El mantenerse firme cambia su anticipada respuesta fisiológica ante algún peligro por conductas orientadas a metas específicas.

EJERCICIOS

1. Imagine cómo respondería con firmeza (haciendo valer sus derechos) en cada una de las siguientes situaciones:
 - a. Usted está haciendo una presentación -entregando un reporte- y la misma persona le interrumpe a propósito por tercera vez.

- b. Alguien se 'mete' en la fila del baño frente a usted y usted ya no aguanta más.
- c. Su hijo 'olvida' entregarle una nota de la maestra acerca de una tarea que no hizo.
- d. A pesar de su petición del día anterior, su hijo aún no recoge la ropa tirada en el piso de su recámara.
- e. El servicio adonde llevó su aparato a reparar no le quiere dar una hora exacta en la cual pasará a su casa.

5.3.7 Cuide una mascota

¿Cuándo utilizar esta estrategia?

Unas encuestas muestran que en Estados Unidos del 48 al 80% de las personas describen a sus mascotas como parte de sus familias. Los dueños de perros, pasan en promedio 150 minutos al día con ellos; los dueños de gatos, 86 minutos. El tener una mascota puede prever la oportunidad de aprender como ser un participante activo en una relación de confianza cariñosa y comprensiva que pedirá muy poco de usted.

¿Cómo utilizar esta estrategia?

El primer paso es elegir la mascota. Perros, gatos, peces, cuyos, pájaros, roedores, etc. Con los perros o gatos se tiene una mayor interacción.

Una vez que haya elegido la mascota, no se apresure, puede comenzar cuidando la mascota de algún amigo o vecino. Es recomendable hacerlo pues los pacientes se sintieron más fastidiados que calmados al tener la mascota.

¿Por qué esta estrategia funciona?

Las mascotas demandan muy poco de usted, demandan cuidados y comida. Al mismo tiempo le dan una enorme satisfacción. Ya que las mascotas poseen una inteligencia y constitución emocional más simple que los seres humanos, la parte racional de nuestros cerebros encuentra más sencillo saber que no actúa por motivos egoístas, motivos que tan a menudo vemos en nuestros prójimos humanos.

Tener cuidado de una mascota es una buena práctica para tener un mejor cuidado de nuestros prójimos humanos.

El tener una mascota involucra un contacto físico de ambos. Esto es reconfortante, así como un buen entrenamiento para relacionarse con otros de manera física. También, el contacto con un animal ayuda a restablecer el lazo entre los seres humanos con el mundo natural, que se ha debilitado en esta era moderna.

Además de todas estas razones lógicas, algunas investigaciones sugieren que las personas que poseen mascotas tienen un bienestar físico y emocional mayor que aquellas que no las tienen. En un estudio efectuado por Lynch, grabaron la presión sanguínea de 36 niños entre los nueve y dieciséis años mientras leían y en reposo. Ésta se elevaba cada vez que los niños leían, pero descendía en presencia de un amistoso y desconocido perro. Este efecto tranquilizante se daba con mayor fuerza si se le presentaba al perro antes de comenzar a grabar sus niveles.

Los geriátricos alrededor del país han descubierto que animar a las personas mayores a cuidar y amar a una mascota eleva su espíritu.

Los animales también se benefician del contacto humano positivo. El ritmo cardíaco de un perro desciende en presencia de los seres humanos, en particular si se le acaricia. El flujo sanguíneo de las arterias coronarias del perro aumenta cuando una persona entra a la habitación.

EJERCICIO

1. Si usted ya tiene una mascota, trate de relacionarse mejor con ella.

5.3.8 ¡Escuche!

¿Cuándo utilizar esta estrategia?

La mayoría de las personas hostiles desconfían de otras personas y procuran tener el control de cualquier situación. Esta situación provoca que la persona hostil preste poca atención a lo que los demás están haciendo o diciendo.

Conversar con personas hostiles es frustrante, ya que por lo general se concentran sólo en sus propias ideas en lugar de intentar aprender de los demás, interrumpen a la otra persona antes de que ésta haya tenido la oportunidad de completar su frase o idea.

Aún cuando la respuesta se relaciona con lo que la otra persona está diciendo, sirve para reenfocar la conversación en la persona hostil.

Para reducir el aumento de las respuestas irritables, así como para animar más intercambios positivos, se sugiere aprender a escuchar.

¿Cómo utilizar esta estrategia?

En un principio, sólo se tiene que escuchar. Mientras otra persona esté hablando, se debe mirar siempre a los ojos y poner una expresión de interés, no se debe interrumpir.

Al principio, será difícil, la persona hostil tratará de poner atención a sus propios pensamientos y asociaciones con lo que sea que la otra persona esté diciendo.

Al utilizar esta estrategia, se desarrollará la habilidad de comprender no solo el contenido superficial de una plática sino el interno, es decir, se entenderá lo que la otra persona quiere decir.

Se recomienda no juzgar o criticar mientras se sostiene una conversación. Cada vez que se quiera juzgar, debe ser consciente y detenerse.

Después de que la persona haya terminado de hablar, se sugiere reflexionar en lo que se acaba de escuchar. La mejor manera de hacer esto, es repetir con palabras propias lo que la otra persona mencionó.

¿Por qué esta estrategia funciona?

Larry Scherwitz, un psicólogo, ha encontrado que las personas que están más preocupadas por sí mismas, poseen mayores enfermedades coronarias que aquellas que se preocupan por lo demás. Efectuó un estudio con 150 pacientes hospitalizados que se sospechaba sufrían del corazón o después de un ataque al corazón y se monitoreó la frecuencia con la que utilizaban las palabras mi, mío, yo o a mí mismo durante una entrevista estructurada diseñada para evaluar si eran de personalidad del Tipo A. Encontró que los pacientes con mayor daño coronario daban respuestas más largas y por lo tanto mayores referencias a sí mismos. Los hallazgos de Scherwitz, se mantuvieron significativos aún cuando agrupó a los pacientes por edad, presión sanguínea, colesterol y comportamiento Tipo A. Scherwitz fue capaz de desechar a la enfermedad en sí misma como una explicación, ya que sus correlaciones eran más fuertes en pacientes sin ningún ataque al corazón previo y sin angina.

Se dice que escuchar, es una estrategia a prueba de tontos. Al principio, la persona hostil se forzará a mantener su boca cerrada, a inclinarse hacia su interlocutor y a mirarlo a los ojos. Con el paso del tiempo, este cambio de comportamiento de la persona hostil, permitirá expandir su habilidad de escuchar no sólo las palabras, sino a entender el mensaje que conllevan éstas.

Esta estrategia sirve como un auto-reforzador, ya que hará que los demás busquen la compañía de aquella persona que sabe escuchar.

Hace más de dos mil años, los sabios judíos escribieron: *"El silencio es bueno para los sabios,' cuánto más lo es para el necio...Aun el necio, cuando calla, es contado por sabio,' el que cierra sus labios es entendido"* Proverbios 17:28. Y Confucio dijo: *"Un caballero (un buen hombre) codicia la reputación de ser lento en sus palabras pero rápido en hazañas"*. Analectas IV: 24 Al guardar silencio mientras otra persona está hablando, demuestra que se valora lo que está diciendo y se permite recibir su sabiduría.

Ejercicios

1. Cuando se practique la estrategia de escuchar, se recomienda conversar con una de las siguientes personas:
 - a. Un extraño
 - b. Un amigo o colega
 - c. Un niño o pariente
 - d. Su cónyuge u otro buen amigo(a)

5.3.9 Practique el confiar en los demás

¿Cuándo utilizar esta estrategia?

Uno de los mayores obstáculos a los que se enfrentan las personas hostiles es la falta de confianza en los demás. Debido a que las personas hostiles creen que las personas son egoístas, malvadas e incapaces, por lo general, dependen de si mismos en cualquier situación que se les presente en la vida, aún en los asuntos más triviales.

Ahora bien, si la persona hostil aprende a confiar en los demás, podría dejar de estar alerta. Esto reducirá el número de arrebatos de ira. Conquistar su desconfianza en los demás es una manera de controlar su hostilidad.

¿Cómo utilizar esta estrategia?

Las personas hostiles deben renunciar al control. Pueden comenzar por identificar situaciones sin consecuencia y no relevantes. Se recomienda que en lugar de hacerse cargo de todo, se debe pedir (o dejar) a otra persona que tome el control de cualquier situación tal como escoger el la marca de queso, conducir el auto o lo que sea.

Al utilizar esta estrategia, se adquiere un sentimiento de liberación, ya que la persona hostil logra quitarse una carga pesada de sus hombros al no tener que estar a cargo en cada situación de cada minuto de su vida.

Sin embargo, dicha sensación no llega de manera fácil. Es seguro que la persona hostil permanezca hipercrítico de los demás y muy ansioso cada vez que renuncie a tener el control. La ansiedad disminuirá a medida que se exponga con mayor frecuencia.

Como siguiente paso, se debe confiar en otra persona en situaciones que le den miedo. Por ejemplo, debe permitir que otra persona elija su regalo de cumpleaños o que elija a qué restaurante irán.

La experiencia de confiar en otra persona y darse cuenta que está bien hacerlo, permite liberar a las personas hostiles.

¿Por qué esta estrategia funciona?

Las personas hostiles pueden ser catalogadas como personas que tienen fobia a confiar en los demás. Un tratamiento hace mucho establecido para tratar las fobias es la técnica de modificación del comportamiento de desensibilización sistemática. Al exponer a una persona hostil a situaciones que le provocan temor, comenzando con asuntos triviales hasta circunstancias relevantes, verá por si mismo que a lo que tanto teme no sucederá.

Jim Henry de la Universidad de Loma Linda, es uno de los principales investigadores de la relación entre el cerebro y la conducta.

Jim especuló que algunos patrones de conducta tales como el temor, la ira y la desesperación, dependían del tallo cerebral y el sistema límbico. Estas son las bases de las conductas de auto-preservación.

Después vienen las conductas de auto preservación de los mamíferos más recientes y evolucionados: cariño, lazo madre-hijo, el habla y el juego. La extensión de la hostilidad puede ser una expresión del grado de inseguridad y de cómo le trataron. Jim dice que esto parece ser un estado en donde se tiene un sentimiento alexitímico de pérdida y los patrones representativos de las especies del hemisferio derecho son suprimidos. Dentro del marco de las especulaciones de Jim y Virginia los esfuerzos exitosos para confiar en otros cuando el impulso es hacer lo contrario se convierte en una decisión malintencionada el no sentirse amenazado e inseguro y por lo tanto a merced de la parte reptiliana del cerebro (tallo cerebral y el sistema límbico).

Algunos de los beneficios de confiar en los demás requieren de no hacer especulaciones. La mayor parte del tiempo, las consecuencias de renunciar al control no son tan malas como se teme. Con el paso del tiempo, podrá confiar en las personas.

Por ejemplo, la pareja del corredor Ross Perot en el año 1992 y Comandante Naval James Bond Stockdale, fue prisionero de guerra en Vietnam durante siete años. Ahora un destacado investigador en el Instituto Hoover de Stanford, sostiene que deben aprender a confiar en otros cautivos para sobrevivir al encarcelamiento. *"El rasgo número uno de personalidad que traía el desastre y fallar y que te rompía el corazón era el no confiar en tus (compañeros cautivos)...El mayor valor en prisión no es Dios o tu patria, es tu compañero de al lado. Tienes que mantenerte unido. Es todo lo que tienes"*.

Ejercicios

1. Se recomienda hacer una lista de cosas que se prefiera atender por si mismo. Después, se debe observar la lista y decidir si alguna cosa puede ser atendida por su cónyuge, un amigo, un colaborador o sus hijos.

5.3.10 Sea tolerante

¿Cuándo utilizar esta estrategia?

La estrategia de la tolerancia es para las personas que siempre creen estar en lo correcto.

Cuando las personas son intolerantes, perciben la conducta de los demás como incorrectas. Y la mayor parte del tiempo, cuando esto sucede, se enojan.

A veces la tolerancia es inapropiada. La ira justificada funciona como una herramienta poderosa para la justicia personal y social.

Por otra parte, la tolerancia (aceptación sin juzgar) es la acción que debe tomar. Las personas que son juiciosas se sienten virtuosas, pero sus cuerpos (y sus almas) pagan un precio muy alto. Cada vez que se desapruaba la mala conducta de alguien más, se aíslan de esa persona. Entre más frecuente sea la desaprobación, mayor será el distanciamiento. El resultado es un aislamiento social, que, como ya se mencionó con anterioridad, pone en riesgo la salud de esa persona.

¿Cómo utilizar esta estrategia?

Para practicar la tolerancia, es necesario aceptar a los demás como son y no como se desea que sean. Permita a otra persona ser diferente. En otras palabras, acéptelos como son.

En ocasiones cuando se cree estar en lo correcto, otros observadores más objetivos pueden no estar seguros de ello. El Rey Salomón con toda su sabiduría debía pensarlo mucho antes de tomar una decisión y aún así no estar seguro de que ésta fuese la correcta, dada la diferencia de perspectivas y la complejidad de los temas a resolver.

La tolerancia entonces es algo sabio, ya sea porque la situación es banal o porque puede ser la solución para encontrar un buen resultado para todos.

¿Por qué esta estrategia funciona?

Cada vez que las personas hostiles permitan a otros ser diferentes a ellos, ¡habrán disipado su ira!

Pero si al final no pueden aceptar a la otra persona de la manera que es, se recomienda repetir el proceso.

Por ejemplo, Antígona, la tragedia griega de Sófocles, comienza con la muerte de dos hermanos, los hijos de la familia maldita del Rey Edipo. Se mataron el uno al otro en combate en el cual uno defendía a Tebas en contra del ataque del otro. Su tío, Creonte, era el gobernante de Tebas y deseaba gobernarla con sabiduría y justicia. Creonte ordena ritos fúnebres para el defensor de Tebas y decreta que el otro hermano sea dejado sin sepultura y que no se llore por él, ya que osó atacar la ciudad. Cualquiera que traspasara este decreto debía morir.

Una hermana suya, Antígona, desafía el decreto de Creonte y le da sepultura a su hermano. Desde su perspectiva, al salvar a su hermano de la ignominia de ser devorado por los buitres y perros, está obedeciendo las leyes superiores de los dioses. Los oficiales de Tebas la arrestan por su desobediencia. Creonte ordena que la maten a pesar de estar comprometida con su hijo. Una vez más, Creonte justifica su ira, pues como gobernante de Tebas no acepta ninguna otra perspectiva más que la suya.

El hijo de Creonte, (prometido de Antígona) con el fin de abogar por su prometida, le muestra a su padre otra perspectiva y le pide clemencia dadas las circunstancias. Le dice que ninguna persona de Tebas desea su muerte, pero que temen decirlo... *"La ciudad llora por esta joven... Ninguna mujer merece esa muerte... Qué brutal destino para una acción tan gloriosa..."*

Creonte podría haber abierto su corazón a lo que su hijo le decía, después sentir empatía por la acción de Antígona y por el sentir del pueblo de Tebas y tolerar la diferencia entre su perspectiva y la de los demás. Esto le hubiese habilitado para otorgar su clemencia. En palabras que presagian lo que la investigación sobre la hostilidad enseña, su hijo le aconsejó que tomara ése camino

*".. .ahora, por favor,
no seas tan de un solo pensar, tan ensimismado,
o asume que el mundo se equivoca y que tu estás en lo correcto.
Quien sea que piense que sólo él posee la inteligencia,
el don de la elocuencia, él y sólo él,
y que posee el carácter también... tal hombre, digo yo,
ábranlo - encontrarán que está vacío.
No, no es ninguna desgracia para el hombre, incluso para un hombre sabio,
aprender muchas cosas y no ser tan rígido.
Tu has visto a los árboles bajo el embravecido torrente de invierno
muchos se balancean con la inundación y salvan cada rama,
no así los testarudos — son cortados de tajo, con todo y su raíz.
Doblegarse o romperse.
Es lo mismo con el navegante-'
Si tensa muy fuerte sus velas, no las suelta ni una pulgada,
el tal zozobrará, estará volteada su embarcación el resto del viaje
con los remos por debajo.
Oh, entrégate a ti mismo. Relaja tu ira... ¡cambia!
Yo soy joven, lo sé, pero permíteme ofrecer esto'-
sería mucho mejor, lo admito,
si los hombres nacieran infalibles, rectos por naturaleza.
Si no -y las cosas no siempre son así-
es mejor aprender de aquéllos que nos dan un buen consejo."*

En lugar de atender/considerar la petición de su hijo, Creonte se enfurece aún más con este mensaje. Como castigo, Creonte ordena que traigan a Antígona de la cueva donde la habían desterrado para que muriese de inanición y que la maten delante de su hijo quien huye lanzando amenazas de venganza.

Un profeta le advierte a Creonte sobre una inminente fatalidad sobre su casa si no perdona a Antígona y le da sepultura al otro hermano también. Como este profeta siempre ha estado en lo correcto en el pasado, Creonte decide que sería sabio seguir su consejo. Se apresura a ir a la cueva, pero Antígona ya se había ahorcado. El hijo de Creonte le escupe y falla cuando arremete contra él con su espada desenvainada. El hijo se suicida mientras Creonte huye de la cueva. La esposa de Creonte, al escuchar las noticias sobre su hijo, se suicida también.

Creonte regresa a Tebas con el cuerpo de su hijo sólo para escuchar sobre la muerte de su esposa. Con todo lo que amaba ahora desaparecido, se somete él mismo al exilio.

Estar en lo correcto sin permitirle al pueblo y a Antígona tener una perspectiva distinta, le costó todo.

En la actualidad, se ha encontrado que la tolerancia es la mejor estrategia a utilizar al tratar de calmar nuestra reacción ante algunos 'estándares'

Ejercicios

1. Se recomienda pensar en cualquier persona importante en su vida que le moleste su falta de ambición, su ineptitud, su insensibilidad, su mala educación o lo que sea que le desagrade. Debe tratar de ver sus acciones desde el punto de vista de esa persona y examinar las características que le molestan desde esta otra perspectiva. De ser posible, acéptela como es.

2. Identifique los grupos que le disgustan o desagradan del siguiente listado:

- Φ Las mujeres que hablan sin parar
- Φ Ciudadanos que queman sus banderas
- Φ Artistas que crean arte obscuro
- Φ Comunistas
- Φ Políticos mentirosos
- Φ Mujeres con blusas transparentes
- Φ Cabezas rapadas
- Φ Dependientes de la caridad
- Φ Abogados, doctores, empresarios o corredores de bolsa que ganan mucho dinero

5.3.11 Tenga un confidente

¿Cuándo utilizar esta estrategia?

Todas las personas deberían cultivar cuando menos una relación íntima. El confidente puede ser el cónyuge o un buen amigo. Se debe alcanzar un punto tan alto de intimidad con esa persona que pueda llegar a telefonarle sin que exista algún propósito en particular, sin sentir que está desperdiciando su tiempo o el de esa persona. La persona se debe sentir cómodo al confiar en esa otra persona cada vez que necesite ayuda física o emocional, y viceversa.

¿Cómo utilizar esta estrategia?

Si se está casado, se sugiere dedicar tiempo y energía para que la vida en común con la pareja sea tan agradable y compasiva como sea posible para ambos. Si no se está casado -y aún si lo está- un muy buen amigo puede también proveer el fuerte e íntimo apoyo social que usted necesita.

Para que una amistad desarrolle la intimidad sincera requerida, se debe reservar tiempo para que puedan pasar tiempo juntos, de manera que los vínculos puedan fortalecerse e intensificarse. Si con frecuencia transcurre más de un día sin que usted pase tiempo con su confidente, necesita hacer un esfuerzo para construir su relación.

Cuando se está con un confidente, se deben utilizar las habilidades de escucha. Una vez que los vínculos de apoyo mutuo con un confidente empiecen a intensificarse, trate de compartir con esa personas más y más de si mismo. ¿A qué le tiene miedo? ¿Qué lo hace sentir cómodo? ¿Qué es lo que le desagrada? ¿Cuáles son sus gustos especiales también? ¿Cuáles han sido las peores experiencias que ha vivido? ¿Las mejores? ¿Cuáles son sus más pequeño y grande deseos secretos para su vida en el futuro? ¿Cuáles son sus sueños?

Lo más difícil será confiar en que esa persona le seguirá amando y cuidando, cuando él o ella lo conozcan con ese grado de intimidad. Siempre se enfrenta el riesgo de rechazo o de traición. Sin embargo, las recompensas son incluso mayores. Por lo tanto, se debe tomar el riesgo

¿Por qué esta estrategia funciona?

Un confidente puede dar apoyo práctico, desde luego (un aventón al consultorio del doctor, un respiro en el cuidado de los hijos, etc.). Tener un confidente tiene

beneficios intangibles también. Se sabe que la alta estima mejora la salud, y las amistades íntimas nos ayudan a sentirnos bien con nosotros mismos. "Juntos contra el mundo" vence a "Yo solo contra el mundo".

En asuntos importantes, el confidente puede dar un útil y sabio consejo con opciones efectivas.

Puede ser que él o ella tengan una perspectiva más objetiva que la suya.

Un amigo especial puede confortarle como nadie más cuando se siente deprimido o lastimado.

El psicólogo James Pennebaker, estudió a la pareja sobreviviente durante el año siguiente a la muerte accidental o suicidio del cónyuge. La manera en cómo el sobreviviente sobrellevó la tragedia, no dependió de cómo el compañero murió, sino de qué tanto el cónyuge sobreviviente habló con alguien acerca de sus pensamientos y sentimientos durante el año siguiente a la muerte de su pareja.

En un estudio hecho con estudiantes de preparatoria inscritos en un curso propedéutico de psicología, Pennebaker les pidió que escribieran acerca de traumas molestos que hubieran vivido en el pasado. Comparado con un grupo de control, estos estudiantes visitaron con menor frecuencia los servicios de salud para estudiantes, en los siguientes cuatro meses.

Pennebaker también entrevistó a sobrevivientes del Holocausto. Aquellos individuos que manifestaron signos biológicos de mayor inhibición y tensión cuando hablaban acerca del Holocausto, tuvieron una mayor probabilidad de visitar a un médico en el año siguiente a la entrevista que la que tenían antes de ésta.

La razón exacta por la cual compartir o incluso solo escribir pensamientos o sentimientos sea benéfico para la salud, solo es conocida en parte. Pennebaker especula que las inhibiciones en compartir las preocupaciones, pueden afectar la función inmunitaria, el sistema cardiovascular, y el funcionamiento bioquímico del cerebro. También los traumas molestos que no son expresados, pueden ser almacenados en el cerebro en una forma no verbal. Al traducir una experiencia al lenguaje, podemos alterar la forma en cómo está representada y comprendida en nuestra mente.

Diecinueve sobrevivientes de campos de concentración Nazis fueron entrevistados por un psiquiatra, Joel Dimsdale, en los años 70's. El identificarse a sí mismos como parte de un grupo fue una de las múltiples maneras en cómo estas personas sobrellevaron su horrible situación. Esto les permitió conseguir información y protección. Formar parte de un grupo también les ayudó a reforzar su sentido de valía

individual. Los grupos a los que estos sobrevivientes pertenecieron, iban desde políticos, nacionalistas, hasta del tipo familia. El tamaño del grupo fue un elemento clave; la simple amistad entre dos personas era muy común y efectiva para aliviar el estrés. De acuerdo a los prisioneros que sobrevivieron, aquellos que no eran capaces de afiliarse de alguna manera a algún grupo dentro de los siguientes días a la reclusión, tenían muy pocas probabilidades de sobrevivir. Escuche las palabras de Sarah, una de los sobrevivientes del Holocausto entrevistada por Dimsdale:

"Teníamos un grupo en Auschwitz que cantaba operas y actuaba. No siempre estábamos de humor para hacerlo, pero a veces en un momento de quietud hablábamos acerca del pasado y cada quien interpretaba una parte del papel de una representación. En Auschwitz funcionaban los hornos, día y noche, y nos dijeron que nos iban a quemar- pero mi hermana y yo nos consolábamos la una a la otra".

La evidencia de la ciencia, la historia, y la literatura converge en una conclusión. Las amistades profundas ayudan a sobrevivir, le dan significado a la vida, y sacan lo mejor de cada uno de nosotros.

Huckleberry Finn, uno de los más grandes personajes de la literatura Americana, no tenía familia. Su ebrio y malvado padre está interesado en él, solo por la caja de oro que Huck encontró en una cueva de ladrones. Huck tiene dos magníficos amigos en sus camaradas Tom Sawyer y Jim, el esclavo fugitivo que recogió.

Jim y Huck se convierten en confidentes mientras van descendiendo por el Río Misisipi en una balsa al ir ambos huyendo. Cuando Jim es capturado y atrapado por un caza recompensas, Huck se enfrenta a un dilema moral acerca de que si debe contactar al anterior dueño de Jim o no (como último recurso), pecado que Huck piensa que lo condenará al infierno. Al principio, Huck escribe una nota al anterior dueño, pero entonces empieza a meditar:

"...puse la hoja de papel a un lado y me quedé allí pensando'- pensando lo bien que estaba que todo hubiera ocurrido así y lo cerca que había estado yo de perderme y de ir al infierno. Y seguí pensando. Y me puse a pensar en nuestro viaje río abajo y vi a Jim delante de mí todo el tiempo'- de día y de noche, a veces a la luz de la luna, otras veces en medio de tormentas, y cuando bajábamos flotando, charlando y cantando y riéndonos. Pero no sé por qué parecía que no encontraba nada que me endureciese en contra de él, sino todo lo contrario. Le vi hacer mi guardia además de la suya, en lugar de despertarme, para que yo pudiera dormir más, y vi cómo se alegró cuando yo volví

en medio de la niebla, y cuando volvimos a encontrarnos otra vez en el pantano, allá lejos donde la venganza de sangre, y todos aquellos momentos, y cómo siempre me llamaba su niño y me acariciaba y hacía todo lo que podía por mí, y lo bueno que había sido siempre, hasta que llegué al momento en que lo había salvado cuando les dije a los hombres que teníamos la viruela a bordo y lo agradecido que estuvo y que había dicho que yo era el mejor amigo que tenía en el mundo el viejo Jim, y el único que tiene ahora, y después, cuando miraba al azar de un lado para el otro, vi la hoja de papel.

Me costó trabajo decidirme. Agarré el papel y lo sostuve en la mano. Estaba temblando, porque tenía que decidir para siempre entre dos cosas, y lo sabía. Lo miré un minuto, como conteniendo el aliento, y después me dije'- « ¡Pues vale, iré al infierno!», y lo rompí.

Eran ideas y palabras terribles, pero ya estaba hecho. Así lo dejé, y no volví a pensar más en lo de reformarme. Me lo quité todo de la cabeza y dije que volvería a ser malo, que era lo mío, porque así me habían criado, y que lo otro no me iba.

Para empezar, iba a hacerlo necesario para sacar a Jim de la esclavitud... "

No podemos decir si tener a Jim como confidente ayudó a Huck a vivir por más tiempo. La bondad de Jim, su lealtad, y amabilidad contó lo suficiente como para permitir a Huck trascender los valores de su sociedad y vivir mejor.

Ejercicios

1. Se recomienda pensar en todos los buenos amigos que se tuvieron en el pasado. Si se conoce su paradero, debe llamarlos por teléfono solo para saludarlos. Si llamarlos es demasiado costoso, envíe una nota.
2. Haga una lista de personas que aprecie y decida conscientemente quienes son considerados para desarrollar relaciones de amistad con ellas.

5.3.12 Ríase de usted mismo

¿Cuándo utilizar esta estrategia?

Esta estrategia debe ser usada en el supuesto de que el Mapa de Hostilidad de alguna persona le lleva a la conclusión de que su hostilidad es insignificante, injustificada o que no posee una respuesta eficaz.

No todas las formas de humor encajan para esta estrategia. Cuando las personas hostiles 'usan' el humor, por lo general lo hacen de manera negativa y en forma de ataque, ridiculizan a los demás. La persona hostil se ríe a expensas de los fracasos del otro.

El humor 'de cama', las bromas antirreligiosas, bromas dirigidas a un grupo étnico, chistes de machos o de feministas, etc. no es el humor que le pedimos que cultive.

Se recomienda hacer bromas de sus propias debilidades o de las circunstancias que le parecen insoportables. Si se encuentra en una situación comprometedora, debe tratar de reírse de su propio sentido de auto importancia y de lo ridículo que esto se oye. Si el problema involucra a otros, debe tratar de percibir como chistosas a las personas y circunstancias molestas con que se podría enfrentar día con día. Ver el lado gracioso a dichas situaciones le ayudará a escapar de aquellas fronteras auto impuestas y de los problemas.

En general, el enojo es por cosas que no valen la pena e injustificado, las personas hostiles se pierden de muchas oportunidades de reír y disfrutar de cosas chistosas. Cabe resaltar que la risa es un placer, es una emoción positiva; y como tal, es un antídoto efectivo para todas éstas emociones negativas- ira, irritación, resentimiento, frustración, furia, cólera, indignación, etc. que son el pan diario de las personas hostiles.

¿Cómo utilizar esta estrategia?

Al darse cuenta de la insignificancia de su ira, las personas hostiles se encuentran en la posición de reírse de si mismas, usando una variedad de estrategias de inducción del humor.

Por ejemplo, cuando se comienza a molestar con la mujer de edad avanzada frente a usted en la fila del banco, que al parecer se encuentra haciendo un sin fin de operaciones, es preferible reírse de aquel pensamiento “todo el banco debería estar a su disposición”.

"Sí, seguro estas pequeñas andamias son furtivas. Tienen una organización que les da una lista de personas las cuales deben venir al banco todos los días y esperar afuera, y cuando nos ven que venimos corren a formarse delante de nosotros. Se aseguran de que las veamos para hacernos enojar. Tienen todo el tiempo del mundo para llenar sus fichas, pero justo lo hacen cuando llegan a la ventanilla. Apuesto a que

les pagan una comisión por cada persona que hacen esperar más de 10 minutos en la fila. "

Debe permitir a su imaginación crear todas las situaciones malvadas que planean estas viejecillas de aspecto y mirada dulce. Otra forma de dramatizar, es cambiar las circunstancias que pueden ser molestas comparándolas con cosas importantes

Otra forma de humor muy útil que podría ser aplicada es la ironía. Es decir, puede reírse de una situación describiéndola como lo opuesto de lo que es. Por ejemplo, al estar en al fila de un banco, usted quizás querrá responder a alguien que le pregunte si la fila está avanzando rápido, *"bueno, sí estaba avanzando rápido hasta que llegué y me formé en ella" o intente algo como "esta fila es más rápida que un círculo, ¿le alcanzan 45 minutos para llenar su ficha?"*.

En el primer ejemplo, al asumir que se posee el poder de hacer que la fila deje de avanzar, se da cuenta de lo absurdo que es tomar en forma personal el hecho de que la fila deje de avanzar. En el segundo ejemplo, se eligió reírse.

No importa la forma de humor que se adopte, ya que el objetivo es invertir en ella la energía que antes se invertía en enojo. La meta de esta estrategia del humor es cambiar aquellos gestos de irritación en sonrisas.

¿Por qué esta estrategia funciona?

Antes que nada, al ver el lado bueno (humorístico) de las malas situaciones y reírse de si mismo, se elimina la ira y los efectos psicológicos dañinos que la acompañan de su cerebro y su cuerpo. ¡La ira y el buen humor no pueden estar en la misma mente al mismo tiempo! En *Anatomy of the Illness*, Norman Cousins, transmitía la idea del "humor restaurador" usando episodios de programas de tipo cámara escondida y películas de los hermanos Marx así como libros de chistes, en particular, *The enjoyment of' Laughter* de Mark Eastman. Cousins mantenía su humor y sus deseos de vivir los cuales le ayudaron a vencer su fatal enfermedad.

Estudios realizados sobre la psicología del humor sugieren que es buen para la salud. Al principio se correlaciona con el ritmo cardiaco, aumento de la conductividad eléctrica de la piel y altera la respiración, la hace más profunda y rápida, incluyendo inhalación y exhalaciones más rápidas.

Este efecto calmante de emociones positivas se demostró en un estudio llevado a cabo por los psicólogos Bárbara Fredrickson y Robert Levenson de la Universidad de

California. Se les mostró a algunos de los sujetos del estudio una película de terror, en la cual un hombre trastabilló por la cornisa de un edificio muy alto y al caer se alcanzó a agarrar de una esquina luchando por no caer al vacío. Todos los sujetos reportaron un aumento de temor después de hacer visto esta película. A continuación, algunos de los sujetos observaron una película de un cachorro jugando con una flor, la cual todos catalogaron como divertida, otros sujetos vieron un clip que mostraba olas rompiendo contra la playa; otros observaron una triste película de un hijo llorando por su padre moribundo; y otros observaron una película neutral (en el sentido emocional) de barras de colores apilándose una sobre otra.

No fue sorprendente saber que todos los sujetos que vieron la película de terror mostraron un aumento en su ritmo cardiaco y una constricción en los vasos sanguíneos de su piel, los sujetos que vieron al cachorro mostraron una recuperación cardiovascular más rápida a sus niveles de línea de base.

Este es uno de los primeros estudios que documentó los potenciales beneficios psicológicos que se obtienen tras experimentar emociones positivas como el entretenimiento. Nos hace recordar el viejo dicho: *"la risa es la mejor medicina"*.

A pesar de que las personas hostiles pueden tener dificultad en tomar en serio el ser graciosos, les puede ser muy útil.

Ejercicios

1. La próxima vez que se encuentre en un embotellamiento mire discretamente al conductor detrás de usted. Invente la historia más graciosa que pueda sobre el lugar de donde él o ella acaban de estar. Invente un resultado gracioso sobre lo que este retraso por el tráfico le traerá como consecuencia.

5.3.13 Imagine que hoy es el último día sobre la Tierra

¿Cuándo utilizar esta estrategia?

¿Es necesario sufrir un ataque al corazón para ser menos hostil? Una de las frases escuchadas por Redford en su práctica es: "Bueno, antes de sufrir mi ataque al corazón me solía enojar mucho. Pero desde que me sucedió, decidí que era mejor no enojarme".

De alguna forma al estar frente a frente con su propia mortalidad hace que se tome conciencia de lo que es importante, lo que vale la pena. Por tanto, cuando sienta

que se le dificulta practicar alguna(s) estrategia(s) que se han descrito y se pregunta si valen la pena el esfuerzo, se le sugiere intentar esto: pretenda que hoy es su último día sobre, la tierra.

¿Cómo utilizar esta estrategia?

Imagine que recién ha recibido de su doctor la terrible noticia de que tiene una enfermedad mortal y que sólo le quedan unos días o semanas de vida. La vida es una enfermedad fatal que siempre termina con la muerte, la única diferencia entre la mayoría de las personas y aquéllos que saben que tienen una enfermedad mortal es que no se esta informado del tiempo que queda.

Ahora, se debe valorar si el vivir ese día a través de los ojos de alguien que sabe que es de sus últimos días, le hace estar más dispuesto a aplicar las estrategias descritas en este libro, en particular aquéllas que le orientan a ser más positivo con respecto a los demás.

Filosofía vacuna

"Caminaría por el bosque. Dependiendo de la estación del año buscaría hongos o flores silvestres".

"Pasaría ese tiempo con mis hijos".

"Haría el amor, comería jugosos cortes de carne y bebería un fino vino".

“Inmediatamente me comunicaría con mi hermana. Ella y yo junto con nuestras amigas iríamos a la playa”.

Si se intenta vivir cada día de esta manera, la probabilidad de renunciar a impulsos hostiles tenderá a uno.

¿Por qué esta estrategia funciona?

Las cosas que las personas hagan, sientan y piensen ahora se convertirán en recuerdos en su futuro.

Por otra parte, se puede pasar más tiempo relacionándose en maneras positivas con su prójimo, sus hijos, sus parientes y demás personas, incluyendose a si mismo. Esos recuerdos serán lo que tenga en su futuro y éstos pueden ser felices o llenos de resentimiento.

También se obtendrán resultados inmediatos, ya que al enfocarse en el presente, se eliminarán muchas fuentes de estrés y ansiedad. Y ahorrará mucho tiempo desperdiciado en lamentarse con la frase "si hubiera..."

La vida miserable del Sr. Scrooge del cuento de Charles Dickens A Christmas Carol, se debió a que creció sin amigos, era un niño solitario. Su padre lo envió a un internado. Su amada hermana murió de manera prematura y su novia se casó con otro pues se dio cuenta que él amaba más a su dinero.

La miseria es lo que caracteriza a este personaje. Scrooge es un malhumorado con sus empleados, escatima en la compra de combustible para calentarse y nunca acepta la invitación que le hace su sobrino de cenar con su familia en la cena de Nochebuena.

Algunas personas le pidieron que donara algo para los desamparados pero él se niega. Para Scrooge, las cárceles, los hospicios, los orfanatos son instituciones inútiles. "Ésos no son mis negocios... le basta a un hombre ocuparse de negocios y no interferir con los de los demás. El mío ocupa todo mi tiempo (y mi dinero)".

Esa noche, al llegar Scrooge a su casa le visita el fantasma de su socio fallecido, quien debe vagar por el mundo cargado de llaves, escrituras de hipotecas, candados y pesadas bolsas forjadas en acero, cadenas que forjó en su vida mortal.

Molesto con el espectro miserable, Scrooge le grita: "Pero siempre fuiste un hombre exitoso en los negocios". "¿Negocios?" respondió el fantasma estrujándose las manos "la humanidad era mi negocio, el bienestar social era mi negocio, la caridad, la misericordia, la abstención y la benevolencia estaban en mi negocio. Los manejos de mi comercio no eran sino una gota de agua en el comprensivo océano de mi negocio!"

Su ex-socio le informa a Scrooge que será visitado por los tres fantasmas de la Navidad pasada, presente y futura. Con ayuda de ellos, el Sr. Scrooge es forzado a confrontar el ensimismamiento que tiene, así como su mortalidad.

Scrooge ve por primera vez lo triste de su propia historia, su falta de espíritu, su soledad y su muerte sin trascendencia alguna de continuar con su 'estilo' de vida. Esta reveladora información es suficiente para que Scrooge se transforme en un hombre generoso quien a partir de ese momento vive la vida como si cada día fuese su último.

Ese mismo día de Navidad, Scrooge regala un pavo gordo, pasa tiempo en casa de su sobrino y hace una contribución para la caridad. El siguiente día, compra suficiente combustible como para calentar su oficina y les da un aumento de sueldo a sus empleados.

Se convirtió en "un buen amigo, un buen jefe y tan bueno como cualquier hombre bueno en ésta o en cualquier otra ciudad en este mundo bueno".

Antes de que fuese demasiado tarde, Scrooge aprendió a vivir bien cada día.

Usted también puede.

Ejercicios

1. Describa cómo el hecho de pretender que hoy es el último día de su vida cambiaría su respuesta ante los siguientes escenarios:

a) Su hijo(a) adolescente se levantó con el pie izquierdo. Sus ojos semiabiertos y su comunicación monosilábica transmiten su mal genio.

b) Su cónyuge acaba de decir la última palabra, dejándole sin derecho de réplica.

Parte II El fondo científico. Características de la hostilidad

Un cuento revolucionario: Martín se topa con sus enemigos en el camino. Martín tuvo por lo menos 3 razones para sentirse satisfecho al salirse del auto después de haber quedado atrapado por otros autos. El iba manejando el coche de la compañía, llevaba puesto el aire acondicionado, pues era un mes caluroso y se dirigía a Carolina del Norte a trabajar haciendo sus ventas alrededor del hospital del condado. Tuvo que convencer al supervisor de operación de los 10 monitores automáticos de la presión sanguínea para que lo pusiera por encima de su cuota trimestral. El bono podría ser oportuno si se lo dieran, cuando Betty tiene que comprar los uniformes a los niños. Y con un poco de suerte el podría recorrer los límites de la capital de Carolina del Norte (Raleigh) antes de la hora pico, regresando a casa a tiempo para la cena con su familia. El buen humor de Martín duró hasta que estuvo cerca de las afueras del pueblo. El camino tenía dos carriles con chapopote estrechándose por 40 millas hasta que el ancho se hizo de 4 carriles en el este de Raleigh. Martín maldijo los arreglos en el camino.

Él aceleró y disfrutó del ruido del motor de 8 cilindros subiendo la velocidad de 6 a 7 millas por hora más de las 55 permitidas. Todo estuvo bien en las primeras 15 millas, hasta que un camión cargado con madera lo hizo bajar de velocidad ya que son muy comunes en esta parte del camino.

"Por lo menos está un solo carro tras el maldito camión, ahora si este carro rebasa" Martín meditó " yo puedo correr y no quedar bloqueado tras otra fila."

Pero el otro coche, un viejo sedán le impedía ver hacia adelante, y por lo tanto rebasar, Martín pensaba que si el sedán no le tapara podría ver un claro camino delante del camión, "imbécil muévete" Martín gritó al conductor.

Aunque Martín estaba muy cerca. El sedán continuó atrás del camión, feliz por andar despacio a lo largo de 53 millas por hora. Martín encendió sus luces, muchas veces, incitando al otro conductor: ¡vamos, pasa ahora!

Incapaz de esperar por más tiempo Martín rebasó por la izquierda, vio abierto el camino y rebasó tanto al sedán como al camión y aunque logró rebasar cometió un error, porque estaba muy próxima la curva teniendo que girar a la derecha habiendo muy poco espacio pues el camión que cargaba madera venía muy próximo.

Pero el tipo del camión no bajó la velocidad para permitirle entrar al carril, sino subió la velocidad así que Martín tuvo que frenar y dejarlo pasar, apenas maniobró a la derecha antes de estrellarse con el coche que venía en sentido contrario y le encendió las luces y tocó el claxon. Martín rabioso gritó ¡imbécil!, ¡estúpido!

Aunque el había sido capaz de mantener su promesa a Betty de dejar de fumar, se dio cuenta que estaba buscando en la guantera una cajetilla de reserva que guardaba y fumó. Como llenó sus pulmones de humo, su rabia empezó a disminuir, estuvo tentado a tomar el número de placas del conductor lento y quejarse por su imprudencia.

Estos pensamientos se posesionaron de la mente de Martín en algún lugar de la corteza cerebral. Los pensamientos mandaron un llamado al grupo de células nerviosas del hipotálamo que a su vez mandan el mensaje a la parte más baja de la base de su cerebro donde dan el llamado nervioso para comunicar las glándulas de adrenalina, situadas en cada uno de los riñones y bombear grandes dosis tanto de adrenalina como de cortisona al torrente sanguíneo.

“Asesino” Martín dijo furioso, esto es lo que es el conductor. Como la adrenalina llegó al corazón, comenzó a palpar más fuerte y más rápido. Si los doctores tomaran su presión sanguínea tan alta, le darían pastillas como medicamento. “Ese estúpido debe ir a la cárcel” dijo Martín.

Cuando se activa el hipotálamo de emergencia, hay una estimulación de los nervios simpáticos, que aprietan las arterias y por consecuencia el torrente sanguíneo del hígado e intestinos baja, mientras que la adrenalina hace que la sangre llegue más a los músculos, donde ahora las arterias están más dilatadas.

El excedente de cortisona en el torrente sanguíneo de Martín prolonga los efectos de la adrenalina en su corazón y en sus arterias. Que es muy útil cuando nos encontramos en situaciones de peligro.

El flujo de las células del hipotálamo fue bloqueado por el sistema parasimpático que aumenta la presión sanguínea y otros efectos de la adrenalina que no fueron concluidos por el parasimpático, pero continúa trabajando su sistema circulatorio sin parar.

Los sentimientos y pensamientos de enojo de Martín continuaron y su corazón también siguió bombeando sangre en exceso. Los mensajes del cerebro y este al cuerpo fueron físicos como palpitación rápida del corazón, manos sudorosas, respiración profunda y agitada, etc. Su presión sanguínea incrementó, las células del endotelio fueron desgastadas por el rápido correr de la sangre.

Las plaquetas son diminutos elementos coagulantes circulando en la sangre, que en el caso de una cortadura reparan el daño. En este caso no hubo ninguna ruptura, sin embargo la adrenalina estimuló las plaquetas pisando la superficie de la arteria rasgada donde estas liberan químicos, que estimulan las células de los músculos en la pared de la arteria que viaja al interior donde crecerá y multiplicará. Los macrófagos tienen la función de reparar si es necesario.

La adrenalina también estimula las células de grasa para vaciar el contenido al torrente sanguíneo y proveer de energía si llega a necesitar esforzarse de más por alguna emergencia, pero él no quemó esta grasa, pues no hubo actividad física, pero sentado en su automóvil, esa grasa se convierte en colesterol. Este exceso de colesterol fue absorbido por el grupo de plaquetas en la arteria.

Cada vez que esto pase la parte marcada y más sensible a lastimarse en la arteria coronaria será dañada de nuevo y el colesterol formado de grasa que se vierte en el torrente sanguíneo se va acumulando en los macrófagos y en las células de los músculos lisos que están dañados. Después de muchos años, el tapón de las plaquetas será tan grande que tal vez solo deje una cobertura muy pequeña en la arteria. Se formará un coágulo y la sustancia viva de la sangre no durará tanto como para ser capaz de alimentar al corazón de Martín. El corazón siente la necesidad de ser alimentado por sangre y si esto no sucede la porción que no es alimentada muere.

Cuando Martín llegó a casa, le gritó a uno de sus hijos por dejar la bicicleta fuera de su lugar, se sentó a comer dos porciones de lasaña y helado, luego se fue a dormir.

Esta historia está basada en estudios científicos de más de 2 décadas sobre el estrés y la enfermedad. Los pensamientos, sentimientos y acciones como fumar, comer en exceso y beber de Martín se conocen como el síndrome de hostilidad.

Redford Williams estuvo muy involucrado en este estudio de la hostilidad y la salud.

Al principio fue una personalidad Tipo A

En la universidad de Harvard (1959), el doctor George Goethals' s que impartió el seminario "Las ciencias de la conducta" nos dejó escribir en un papel el problema mente-cuerpo. Estudié la conducta Tipo A y su relación con la enfermedad del corazón, esta conducta fue descrita por Meyer Friedman y Ray Rosenman, dos cardiólogos de san Francisco, consiste en un conjunto de muchas características psicológicas como el estar siempre apresurado, y altos niveles de competitividad y ambición; observada con mucha frecuencia en los pacientes con enfermedad coronaria.

Basados en sus observaciones asociaron la conducta Tipo A con la enfermedad coronaria y así investigaron a más de 3 mil hombres sanos con características Tipo A y encontraron si estos eran más propensos a desarrollar enfermedad coronaria que los hombres sin personalidad Tipo A. a esta última conducta la llamaron Tipo B. el Estudio de Grupo Colaborativo Occidental (WCGS) encontró que en más de ocho años y medio, hubo el doble de hombres que desarrollaron enfermedad coronaria con conducta Tipo A que con conducta Tipo B. los factores que influyeron fue el fumar, el colesterol, y la alta presión sanguínea de cada uno.

Todos sabemos que es malo el estrés para la salud, recordado por la Biblia donde dice que Ananias y su esposa Sapphira murieron de un paro cardiaco debido al estrés cuando fueron castigados por Pedro, por quedarse con las ganancias de una venta.

Gracias a Friedman y Rosenman se supo que hay riesgo de la enfermedad coronaria cuando la conducta es Tipo A y que los rasgos psicológicos son importantes para predecir y también para considerar en estudios posteriores.

El famoso estudio Framingham probó que el colesterol alto, el fumar y la presión arterial alta son factores de riesgo para padecer enfermedades coronarias. El papel del estrés entonces es también un factor causante en la hipertensión. Los pacientes estresados elevan su presión sanguínea.

Para poder valorar o diagnosticar la conducta Tipo A se necesita más que atender lo que una persona dice, es más importante saber cómo lo está diciendo. Por

ejemplo una persona entrevistada se le pregunta “¿haces las cosas de manera apresurada?” y contesta tambaleante “¿por qué?, mmm, algunas veces”, el contenido de la respuesta es Tipo A pero el tono pacífico es respuesta Tipo B.

Por otro lado, si la persona contesta “no ¿yo?, oh! No para nada eh!”, la respuesta es Tipo B pero el tono es Tipo A.

Cuando se practicaron las autopsias a los hombres muertos en WCGS Friedman y Rosenman encontraron que los hombres que ellos habían categorizado como personalidad Tipo A tenían muchas más obstrucciones arterioscleróticas en sus arterias coronarias que en los categorizados como Tipo B.

Jim Blumenthal, encontró que de 142 pacientes programados para hacerles angiografías coronarias, de los pacientes con obstrucciones mínimas en los angiogramas, encontró proporciones iguales en Tipo A y Tipo B; en pacientes con obstrucciones moderadas y severas más del 70% eran Tipo A. Y en pacientes con obstrucciones muy severas, por lo menos 2 arterias estaban bloqueadas por placas arterioscleróticas, más del 90% eran Tipo A.

Se concluye que el colesterol elevado, la presión sanguínea alta y la conducta de fumar junto a la personalidad Tipo A son factores importantes de presentar enfermedad coronaria.

Una investigación realizando entrevistas y reuniendo otros datos psicológicos de personas con conducta Tipo A como lo obtenido de la aplicación del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota; realizada a una muestra de cerca de 2,300 pacientes, demostró que la conducta Tipo A fue asociada con un incremento en la arteriosclerosis pero solo en pacientes jóvenes.

Una segunda investigación realizada por el Dr. Richard Shekelle y sus colegas, en el cual se observó a más de 3 millones de hombres sanos al inicio y se valoraron como Tipo A o B, después de 7 años no hubo incremento de eventos coronarios. Este estudio se llamó prueba de investigación de riesgo multifactorial (MRFIT) y utilizó el estándar óptimo.

El tercer punto en contra de esta teoría fue la observación que no todos los rasgos de la conducta Tipo A son malos para el corazón. En el estudio realizado por Jim Blumenthal tuvo la necesidad de obtener una media de hostilidad como un aspecto de la conducta Tipo A que podía ser dañina. Larry Thompson le proporcionó a Jim la escala de Hostilidad (Ho) sacada del MMPI. Después de aplicar el cuestionario de Ho los

resultados fueron claros: no solo la gente con altos puntajes en Ho tiene más arteriosclerosis, pero los puntajes fueron asociados con arteriosclerosis más severas.

La historia de la hostilidad

Gracias a la bondad Grant Dalhstrom es un coleccionista

Serendipia es definida como la acción de hacer descubrimientos agradables por accidente. Esto fue lo que pasó cuando Jim Blumenthal descubrió la investigación de la escala de Ho. La primera aplicación del MMPI se realizó por el Dr. Richard Shekelle a 1,600 empleados de la “Western Electric” en Chicago, la segunda hecha por John Barefoot, hizo una investigación a 255 doctores en la Universidad de Carolina del Norte (UNC).

En ambos casos el puntaje de Ho predijo serios problemas de salud de más en los hombres de más de 20 a 25 años de Western Electric y los doctores de la UNC que contestaron el MMPI, de entre 25 y 50 años con puntajes de la media hacia arriba fueron de 4 a 5 veces más propensos a desarrollar enfermedad coronaria que los que tuvieron porcentajes bajos. Para los trabajadores de la Western Electric el porcentaje fue menor atribuido por la edad adulta de 45 años. En el estudio los doctores de la UNC los que murieron tenían 45 años, los que pasaban de los 45 años eran resistentes a los efectos dañinos de la hostilidad. El incremento de la edad es consistente con otros factores como el fumar y el colesterol elevado, pues son predictores de problemas de salud.

Otro descubrimiento en Western Electric fue un incremento en la mortandad por cáncer entre hombres con puntajes elevados en Ho.

En otro estudio realizado a abogados, donde se identificaron preguntas de la escala de Ho acerca de la desconfianza cínica de los otros, la frecuente experiencia de sentimientos de ira y la expresión manifiesta de este cinismo e ira.

Estos aspectos de hostilidad, enfocado al caso de Martín, su cínica desconfianza le hizo protegerse de la incompetencia del doctor, el pesimismo le hizo reaccionar y fue cuando se enojó y expresó su ira con su conducta agresiva como gritarle y encenderle la luz una y otra vez.

Hay estudios que rechazan la idea de que la hostilidad pueda predecir problemas de salud. Estos estudios fueron realizados por el Dr. Edgard Mc Craine, la psicóloga Gloria León y la Dra. Marcia Davis.

Si tomamos los estudios que han utilizado la escala de Ho hay suficiente evidencia de que la hostilidad es un rasgo que daña la salud. Sin embargo otros estudios no encontraron esta correlación lo que sólo sugiere que esta escala no es la mejor medida.

Sin embargo la escala Ho muestra rasgos de personalidad que tienen algunas personas con riesgos altos de tener problemas de salud, que cuando son puntajes altos tienen correlación con características biológicas y conductas de salud que son potenciales en daño de la salud. Existen otros cuestionarios que miden la hostilidad y el cinismo que correlacionan la arteriosclerosis coronaria y la predicción de riesgo de muerte por enfermedad al corazón.

El tono de la respuesta manifiesta si una persona es hostil o no, por ejemplo si se le pregunta “¿cuando estás enojado/a lo expresas?”, ¡por supuesto que no! ¿Porqué me tomas?” el contenido no es hostil, pero la respuesta sí. Esto marca la importancia que tiene el lenguaje no verbal y el verbal.

¿La hostilidad predice problemas de salud también en las mujeres? Las mujeres hostiles con arteriosclerosis severas, tienen también un elevado porcentaje de muerte.

Dentro de los daños que ocasiona la hostilidad no solo se encuentran los físicos, sino también los psicológicos, como la infelicidad, menor tolerancia social, menor satisfacción marital y más conflictos.

Los resultados reportados por David Mace y su esposa Vera, fundadores de la Asociación para enriquecer la vida marital de pareja (ACME), dicen que los problemas de ira destruye la intimidad desatando muchos conflictos. Mace dice que después de algunos meses o años de intercambios crueles va creciendo un miedo a la intimidad con esa persona, pues se siente vulnerable pues ha revelado todas sus inseguridades y frustraciones con lo que su vida sexual es menos satisfactoria y la pareja se divorcia de manera legal mas no emocional.

Mace reporta que algunos matrimonios, donde la ira casi nunca se expresa por parte de alguno y le toca aguantar las exposiciones crueles de ira del otro siempre insistiendo en su argumento, pues uno de los dos se retira en el sentido emocional más no físico con nada de ganas de comunicarse

Los efectos psicológicos de la hostilidad van más allá de la individualidad, en ocasiones llegan a incluir a otros miembros de la familia. De acuerdo con Smith la hostilidad que percibe la gente le atrae más conflictos incluso dentro de su familia.

Las personalidades hostiles también reportan más dificultades en el trabajo. Un estudio realizado a 75 gerentes financieros indica que entre más estrés experimenten en el trabajo, menor la satisfacción laboral y tendrán un punto de vista negativo en sus relaciones laborales.

Otro estudio realizado a mujeres de Kansas, dice que los altos niveles de hostilidad donde reportan experiencias laborales llenas de estrés sus habilidades se ven mermadas y caen más en la rutina.

Smith cree que la gente hostil además de afectarse a si mismos afectan a los que les rodean a través de sus conductas agresivas y con esto exacerbando sus conflictos. A las personas hostiles les resulta más difícil confiar en los demás, piensan que son los únicos que hacen bien determinada tarea. Esto explica porque los puestos de medias gerencias tienen muchas personas hostiles y porque los puestos de gerencias altas tienen líderes no hostiles pues su habilidad para motivar e inspirar a los demás es mayor.

Mayer Friedman, entrevistó a 106 líderes por 8 años y encontró más conducta Tipo A que Tipo B. Friedman encontró que algunos de la muestra Tipo A podrían no ser hostiles.

La hostilidad puede dañar la salud, pero todavía se esta lejos de una consideración social, biológica y conductual activos entre personas hostiles.

La historia de la hostilidad: Heridas que deja el aislamiento social

Las personas hostiles influyen en la gente que los rodea para satisfacer sus expectativas pesimistas y cínicas. Por ejemplo el cinismo de Martín provocó en el otro conductor la ira.

El Dr. Kaplan y sus colegas descubrieron que las personas con pocos lazos sociales tienen altos índices de mortandad. El Dr. Dan Blazer encontró que los residentes con más relaciones sociales reportaron más satisfacción con sus contactos sociales.

El aislamiento social incrementa el estrés lo que puede tener consecuencias biológicas. Andrew Baum encontró que a menor nivel de convivencia social, existen altos niveles de estrés, y que estos van relacionados con cambios en nuestro cuerpo. Por lo anterior se formuló la siguiente pregunta: ¿son las características biológicas de las personas hostiles las que cuentan para considerar un incremento en sus problemas de salud?

La historia de la hostilidad: Biológicamente necesitamos compaginar con el mundo moderno

Los primates como humanos han estado alrededor de dos millones de años por todas partes y con la habilidad de movilizar el cuerpo para pelear ante una oportunidad de supervivencia y de procreación para mantener la especie. Es más probable dañar nuestra salud que ayudarnos a funcionar en el mundo de hoy. La persona hostil, incluyendo también a las mujeres, así como lo veremos en el mundo moderno tal vez estén en un riesgo más alto de morir como resultado de muchas respuestas de pelea innecesarias.

La primera investigación fue del mecanismo biológico de estrés en una enfermedad del corazón enfocado a la respuesta biológica de hombres Tipo A contra Tipo B. Estos estudios fueron publicados en 1985 comparando a los hombre Tipo B muestra que mientras ellos realizan operaciones aritméticas, los Tipo A muestran incrementos más grandes en el flujo sanguíneo a sus músculos así como un incremento de sus niveles de sangre y varias hormonas de estrés como adrenalina, noradrenalina y cortisona. Significando que el Tipo A tuvo más respuestas biológicas ante el estrés de la que podría provocar un incremento coronario.

En la investigación se descubrió que los puntajes de Ho no estaban relacionados con la reactividad biológica de la tarea aritmética en este estudio.

Otro estudio realizado por el Dr. Ed Suárez, demostró que la reactividad biológica del estrés entre personas hostiles, aumenta solo cuando se encontraban enojados. Desarrolló un método de hostigamiento alto y bajo. En el estudio un paciente es sometido a unas pruebas, donde el asistente entra y le comunica al experimentador algo pero de manera abrupta, más tarde se le pone el monitor en donde ve su presión sanguínea mientras responde problemas aritméticos, el paciente trata de ganarse el premio que le ofrecieron y el asistente te recuerda cada dos minutos que solo tienes poco tiempo para terminar la tarea y en ocasiones critica tus respuestas. Aunque sea solo un experimento, el paciente tiene que lidiar con gente ruda, como en el supermercado, en el tráfico, en la oficina, etc., y sus sentimientos son de sorpresa, ira, enojo, etc. Los sentimientos que experimentó la gente en el estudio de Ed fueron reales, como en la vida cotidiana.

Cuando los hombres con puntajes altos en Ho fueron acosados por el asistente ellos reportaron mayores niveles de ira e irritación que los que no fueron acosados, en conjunto la presión sanguínea, el flujo sanguíneo a los músculos y la secreción de las hormonas relacionadas con el estrés incrementaron en respuesta al acoso. Sin embargo

no hubo una asociación entre la ira y la reactividad psicológica en quienes puntaron bajo en Ho, lo cual nos dice que sólo para las personas hostiles el experimentar ira es un veneno.

El Dr. Ed también hizo un estudio incluyendo mujeres y encontró que al igual que los hombres quienes puntaron alto, mostraban gran reactividad psicológica cuando eran acosados y en las mujeres que puntaban bajo y que además estaban tomando pastillas anticonceptivas había una hiperreacción al acoso, esto confirma que los anticonceptivos quitan algo de la protección de que disfrutaban las mujeres no hostiles. La correlación entre la ira y la reactividad psicológica en estudios de laboratorio, incrementó en la reacción de adrenalina más pronunciada en hombres que reportaron incremento en los niveles de irritación durante el día.

Otros factores de riesgo como el colesterol en la sangre, en altos niveles empeora la situación, entre los hombres de mediana edad con puntajes altos de colesterol segregan más adrenalina mientras hacen sus tareas mentales.

Muchos efectos de la adrenalina y la noradrenalina, podrían ser responsables de sus efectos de arteriosclerosis, causando aumento en la presión sanguínea y el corazón bombea más rápido, ambos efectos pueden incrementar el riesgo de dañar el delicado interior de las arterias. Estas hormonas, causan que las células de grasa liberen grasa dentro del torrente sanguíneo y si la persona no hace ejercicio, se convierte en colesterol y la adrenalina y noradrenalina hacen que las plaquetas circulantes en la sangre sean más pegajosas.

Las personas hostiles tienen al menos dos características biológicas que los demás no tienen y que podrían ser dañinas para la salud: un sistema nervioso parasimpático débil y un sistema inmune débil.

El sistema nervioso de las personas hostiles es diferente al de las personas no hostiles. El sistema nervioso simpático se activa ante la menor provocación en la persona hostil, mientras que en la persona no hostil esto no sucede y cuando estas últimas tienen una respuesta fuerte por parte del SNS actúa el sistema nervioso parasimpático y termina esos efectos, los efectos de esa fuerza relativa del SNS y la debilidad del SNP en las personas normales incrementa la activación cardiovascular y la movilización de colesterol en la sangre y disminuyen las funciones del sistema inmune.

¿Qué nos hace hostiles?

Algunas especulaciones de la base neuroquímica del síndrome de hostilidad

Las personas con puntajes altos de Ho reportan mayor ira y más tendencias agresivas, comen más, beben más y fuman más, exhiben sus respuestas del sistema nervioso simpático, encargado de mediar la conducta de pelea y el sistema nervioso parasimpático las respuestas débiles. A este grupo de características se le conoce como síndrome de hostilidad.

COMPONENTES DEL SINDROME DE HOSTILIDAD	EFECTOS DE LA DISMINUCIÓN DE SEROTONINA EN EL CEREBRO
Alta irritabilidad y agresión	Incremento en la conducta agresiva
Incremento en la actividad del sistema nervioso simpático	Incremento en la actividad del sistema nervioso simpático
Decremento en la actividad del sistema nervioso parasimpático	Decremento en la actividad del sistema nervioso parasimpático
incremento en la conducta de fumar	Posible incremento en efectos placenteros de fumar
Incremento en la ingesta de comida y ganancia de peso	Incremento en la ingesta de comida y ganancia de peso
Incremento en el consumo de alcohol	Incremento en el consumo de alcohol

En la tabla se enlistan los componentes del síndrome de hostilidad, la segunda columna es la evidencia de un gran rango de estudios en psiquiatría biológica mostrando cada componente en la columna de la izquierda, podría ser el resultado de la deficiencia de serotonina (un neurotransmisor).

El aumento de serotonina en el cerebro causa a los sujetos que coman menos y que pierdan peso, mientras que la disminución de serotonina hace que coman más y que ganen peso.

Hay evidencia que sugieren que el acto de comer libera serotonina en el cerebro, si es así explica porqué Martín después de haber comido tanto se calma, debido a un incremento en la dosis de serotonina.

Un grupo de ratas determinadas de manera genética a la preferencia del alcohol sobre el agua que son tratadas con aumento de serotonina y fluoxetina (prozac) beben

menos alcohol, pero no menos agua, podría ser como las conductas de comer y fumar que tienen las personas con altos puntajes de Ho, el consumo del alcohol es causado por bajos niveles de serotonina en el cerebro.

¿Es posible reducir la hostilidad y mejorar mi salud?

Cardiólogos consternados acerca de las enfermedades coronarias, han dedicado mucho tiempo y atención en estudiar los factores de riesgo como el fumar, el elevado colesterol y la alta presión sanguínea, no es sorprendente la evidencia de que el síndrome de hostilidad es malo para la salud, no obstante hay muchas buenas razones para cambiar conductas y actitudes hostiles.

El Dr. Friedman en resumen mostró que la conducta Tipo A predice riesgo coronario y tiene una investigación llamada: proyecto de prevención de enfermedad coronaria en el cual él y sus colegas inscribieron 1,000 hombres que han sufrido ataques al corazón, después de 4 años el grupo recibió entrenamiento en modificación conductual para reducir la conducta Tipo A ha sufrido menos problemas del corazón.

El Dr. Ornish concluyó un ambicioso estudio que produjo resultados similares al anterior, fueron 41 pacientes con obstrucciones severas en la arteria coronaria, suficientes para causar que los músculos del corazón necesitaran sangre de inmediato, a estos pacientes se les asignó una rutina cardiológica o un programa de tratamiento comprensivo que incluía una dieta baja en grasas, ejercicios de relajación y sesiones designadas. Se encontró un encogimiento de las lesiones coronarias y una mejoría en las funciones del corazón, en suma los beneficios de la dieta, el ejercicio y la meditación, mejoraron en su habilidad para manejar el estrés.

Consideraciones finales

Puntos a tomar en cuenta:

- Φ Las personas hostiles, aquellas con altos niveles de cinismo, ira y agresión tienen altos riesgos de desarrollar enfermedades más que las personas no hostiles.
- Φ Por no darse cuenta del apoyo que pueden brindar en sus relaciones sociales y que estas pueden brindarles a las personas hostiles, estas últimas se privan de la salud aumentando el estrés.
- Φ Una rápida activación de la respuesta de pelea combinada con una relativa debilidad en las respuestas del sistema parasimpático es un mecanismo biológico que podría contribuir a marcar los problemas de salud que suelen atacar a las personas hostiles.

- Φ Las personas hostiles son más propensas a caer en conductas riesgosas como fumar, comer y beber en exceso lo que puede dañar su salud.
- Φ En el futuro se podrá lograr un mejor entendimiento de las bases genéticas y neuroquímicas del síndrome de hostilidad, este entendimiento se podría enfocar en el papel que juega la serotonina en el cerebro. Aunque ya hay disponibles algunos acercamientos que parecen efectivos para disminuir los efectos dañinos.

6 Alcances y Limitaciones

En la naturaleza de los factores de riesgo fijos no modificables que incluyen características fijas del sujeto, son la edad, el género, la raza y la historia familiar, afectan al sujeto. A medida que un sujeto se va haciendo mayor (50 y 65 años) incrementa la probabilidad de sufrir una cardiopatía isquémica.

En cuanto al género del sujeto, parece ser que los estrógenos tienen un papel protector para las mujeres, aunque solamente retardando la aparición de la enfermedad. Respecto a la raza se puede añadir que a pesar de que siempre se ha considerado que las personas de color tenían menor incidencia en padecer una enfermedad cardiovascular, actualmente los índices de mortalidad, indican un aumento de la misma; aunque probablemente es mayor la influencia del ambiente que rodea al sujeto que su propia raza.

Parece lógico que la historia familiar del sujeto también influya en la probabilidad de padecer una enfermedad cardiovascular, puesto que estamos hablando de factores endógenos del sujeto que son casi imposibles de modificar.

Por tanto, es posible que un sujeto tenga mayor riesgo de sufrir una enfermedad coronaria si algún progenitor posee un historial de enfermedad cardiovascular a una edad temprana. De cualquier forma, aunque se puedan controlar los factores de riesgo que puede padecer este sujeto por herencia de los antecesores, resulta muy compleja la influencia de los factores externos del ambiente en donde los factores genéticos interactúan determinando la mayor o menor probabilidad de padecer una enfermedad cardiovascular.

Por otra parte, los factores de riesgo modificables primarios son: dislipemia (alteración metabólica de lípidos), el tabaco (hábito de fumar), la hipertensión arterial, la diabetes (enfermedad metabólica).

Dentro de los factores de riesgo modificables secundarios está la obesidad, el sedentarismo, patrón de conducta Tipo A (ira, hostilidad y agresión principalmente), y los anticonceptivos orales.

En la actualidad, la prueba de la personalidad Tipo A evalúa en los individuos las conductas con factores de riesgo para desarrollar las cardiopatías. Un alcance de la presente tesis fue analizar, resaltar y explicar las características de la personalidad Tipo A, la importancia del diagnóstico que va a dirigir al tratamiento, en el cual el presente trabajo tuvo incidencia al sugerir trece estrategias para el manejo saludable de la ira,

hostilidad y la agresión que son considerados como los factores de riesgo tóxicos que influyen en la aparición de las cardiopatías, además de coadyuvar a la reducción de las estadísticas de enfermedades cardiovasculares y también es una mejora en la calidad de vida del individuo que padece la personalidad Tipo A o bien que ya ha sufrido uno o dos infartos.

Por último, la presente Tesis contribuye a los aspectos económicos, sociales de los humanos, ya que las trece estrategias terapéuticas propuestas no requieren de una costosa tecnología, aparatos, medicamentos ni hospitalización.

Estas estrategias pueden ser aplicadas a otras enfermedades que se encuentran dentro de los primeros lugares de causas de muerte en el mundo como son: el cáncer, la diabetes, la artritis y/o enfermedades denominadas psicosomáticas.

En cuanto a las limitantes, como es bien sabido el apoyo financiero para las investigaciones empíricas cada vez es más precario y escaso en nuestro país. Sin embargo, los estudiosos en temas de salud están avanzando con sus propios recursos para generar más conocimientos y hallazgos que nos permitan conocer más y mejor la problemática de salud física, emocional y psicológica que padecemos los seres humanos.

Por todo lo expuesto, se puede decir que así como las enfermedades cardiovasculares recibieron influencia explicativa por los factores clásicos de riesgo que posteriormente resultaron insuficientes para explicar la elevada incidencia observada en este tipo de enfermedades. A consecuencia de esto, resulta necesario investigar más sobre los nuevos factores de riesgo, donde cobra una suma importancia el patrón de conducta Tipo A. Pero posteriormente se averiguó cuáles eran los elementos más tóxicos relacionados con las cardiopatías en esta línea de investigación. Y se comenzó a dar mayor relevancia a la hostilidad como factor clave dentro de la personalidad Tipo A y se han llevado a cabo numerosas investigaciones acerca del “ complejo Ira – Hostilidad” y el “ síndrome AIH (hostilidad, ira y agresión) como posibles indicadores de mayor probabilidad de padecer un infarto al miocardio.

Con base a todos los argumentos anteriores, la presente Tesis recibe respaldo científico, para ofrecer un apoyo psicoemocional conductual por medio de las Estrategias terapéuticas que se sugieren, convirtiéndose en un apoyo social en el manejo de los factores de riesgo de las enfermedades coronarias, ya sea como modulador paliativo de los efectos negativos del estrés o el efecto directo sobre la conducta

perceptiva del objeto estresor en el sujeto. Todo esto con la finalidad de prevenir las enfermedades cardiovasculares o bien ofrecer una rehabilitación a quienes ya la sufren. Los alcances y limitaciones del trabajo expuesto en esta tesis documental, son los siguientes:

- Φ En cuanto a la preocupación por conocer e identificar más ampliamente las características de la personalidad Tipo A siendo un factor de riesgo importante en las cardiopatías.
- Φ Comparar con otros enfoques como psicosomático, psicoanalítico, encontrando sumamente interesante la interpretación de los afectos que se transforman inconscientemente en afecciones o enfermedades. La explicación de una lava, con sangre (infarto al miocardio) antes que enfrentar una ignominia, una vergüenza y una mancha o ataque a su honor.
- Φ Además de considerar los aspectos psicosociales determinantes que influyen en el contexto donde se dan las enfermedades cardiovasculares y la personalidad Tipo A.
- Φ Por otra parte el alcance probable a futuro con las aplicaciones y sugerencias de las trece estrategias terapéuticas y preventivas que van llevando de la mano a aquellos individuos que viven un infierno con sus emociones, actitudes y conductas negativas para modificar sus comportamientos Tipo A.
- Φ En última instancia esta propuesta de las estrategias viene a ser una contribución en dos sentidos, por una parte hacia el individuo para que mejore su calidad de vida hacia la salud; y por el otro promover programas para la educación hacia la salud y detener así en la comunidad social las enormes cantidades de muertes por enfermedades cardiacas.
- Φ También se pueden aplicar las estrategias a otros individuos con otros padecimientos como: hipertensos, obesos, enfermos psicosomáticos, personas que sufrieron por primera vez un infarto o recurrentes, etc.
- Φ Con respecto a las limitaciones, además de las expuestas, existe la problemática de acceder a las poblaciones de gerentes, ejecutivos y políticos para evaluar la personalidad, con la prueba (GFP120 y GFP43, Fernández, G. innovador) que detecta el Tipo A y posteriormente invitar y participar en los programas de salud donde se apliquen las estrategias.
- Φ Otra limitante es el apoyo financiero y tecnológico que requeriría futuras investigaciones que además llevan un tiempo prolongado ya que hay que dar seguimiento a los cambios de la conducta, actitudes y emociones de los individuos.

7 Conclusiones

Esta investigación documental, con propuesta, encontró las múltiples variables que se relacionan con la personalidad Tipo A, sus características de ira, hostilidad y agresión y, con las cardiopatías. Estas variables van desde las psicológicas, físicas, demográficas, familiares, escolares y ocupacionales. En diversos hallazgos de investigaciones recientes se ha encontrado que los factores físicos tales como: el género masculino, una edad mayor de 50 años, una estatura alta y la obesidad se relacionan con la cardiopatía isquémica, así como los hábitos de alto consumo de tabaco y los efectos negativos de una vida sedentaria.

En la revisión de los hallazgos de diferentes investigaciones de la personalidad Tipo A y su relación con las enfermedades cardiovasculares, se encontró literatura sobresaliente y por demás interesante, demostrando que los pacientes isquémicos e hipertensos son inteligentes, que los hipertensos son más emotivos que los otros cardiopatas, y que los isquémicos son sutiles y flexibles en sus puntos de vista, ansiosos, responsables, dominantes, audaces, desinhibidos socialmente, aventureros, agresivos, ambiciosos, confiados de sí mismos, pero no de los demás, impulsivos y vigorosos tanto en su lenguaje, como en su actitud y conducta, y que los pre – isquémicos no son otra cosa que la patente de los hipertensos.

Se explicaron, también, las características de los pacientes cardiopatas en cuanto a su personalidad, pero desde otros puntos de vista, como el enfoque fisiológico, psicoanalítico y social. Siendo otras concepciones y otros métodos para averiguar los factores de personalidad y su asociación con las cardiopatías.

Se enfatizó la importancia de las características sobresalientes de la personalidad Tipo A, la ira, la hostilidad y la agresión, distinciones adecuadas y eficaces entre las tres expresiones, que se identifican como emoción, cognición y comportamiento. Así la ira se refiere a una emoción desagradable que varía en intensidad desde la irritación o la molestia hasta la furia o la cólera.

De esta manera la ira puede ser vista como un estado temporal, como una disposición o como rasgo permanente. La descripción e clasificación de las emociones que se identifican con otras emociones negativas similares a la ira, son: el miedo, la tristeza o la culpa. De manera similar, el sufrimiento se refiere a sentir indignación o mala voluntad en consecuencia de percibir un maltrato.

Por otro lado la hostilidad es catalogada como una cognición, es multifácico y difícil de definir. Sin embargo se ha llegado a asociar, como una tendencia de desear daño a otros o sentir ira hacia otros. La hostilidad se compone de una actitud negativa hacia otros, que consiste en enemistad, denigración y mala voluntad. El cinismo es una creencia relacionada a personas, que están motivados por el egoísmo, más que por un interés en otros. Como rasgo general la hostilidad connota una devaluación del valor y los motivos de otros, una expectativa de que los demás son fuente probable de ofensas, con una visión relacional de estar en oposición hacia otros, y un deseo de dañar o de ver a otros recibir daño.

Por último, la agresión se refiere a una conducta manifiesta, definida como acciones de ataque, destructivas o dañinas. Por ejemplo, la agresión podría reflejar una respuesta impulsiva luego de una frustración y la excitación debido a la ira, o un intento de influir en otros y obtener los resultados deseados. El daño puede ser verbal o físico. La agresión física puede ser directa y activa (ataque o indirecta (chisme, hacer ruidos intrusitos) y pasiva (no llegar a una cita). De manera similar, la agresión verbal puede consistir en insultos odiosos, oposición, discusión, groserías o sarcasmos.

Está demostrado, que estas emociones, cogniciones y comportamientos así como el enojo, estudiado últimamente, son característicos de personalidad Tipo A, que son un factor de riesgo para la salud cardiaca que mata en todo el mundo (México, E.U., Cuba, etc.).

Por lo anteriormente expuesto es que la presente tesis documental se centró en analizar y meditar, estas consecuencias sociales, económicas y de salud que conlleva la personalidad Tipo A con sus características como factor de riesgo en las enfermedades cardiovasculares y propuso trece estrategias terapéuticas y preventivas para manejar saludablemente la ira, la hostilidad y la agresión, intentado probablemente modificar o disminuir las emociones, las cogniciones y las conductas negativas y así contribuir a la promoción y la educación para una mejor calidad de vida, donde se pondere la salud del individuo y en consecuencia disminuir las muertes innecesarias y las estadísticas de las enfermedades cardiovasculares.

8 Anexo

El cuestionario de la Hostilidad

Las respuestas en conjunto deberán proveer un perfil razonable y acertado de sus actitudes y comportamiento, si se tiene cuidado al responderlo.

Evite la tentación de escoger la respuesta que cree que debe escoger, o la que usted cree que suena bien para las demás personas. Conteste de la forma más espontánea que pueda. De lo contrario solo se estará engañando a usted mismo. Aquí no existen respuestas correctas o incorrectas. Lo que usted sienta es lo correcto en su caso, esa será su respuesta correcta.

Cada pregunta describe una situación específica o general en la cual tal vez usted ya se haya encontrado. En caso contrario, imagínela lo más vívidamente posible y cómo reaccionaría en tal situación.

Después de cada descripción, se le presentarán dos respuestas, A o B, que describen cómo dicha situación le afectó, o cómo usted podría haberse comportado bajo tales circunstancias. En algunos casos, ninguna respuesta parecerá ajustarse a lo que usted respondería o tal vez las dos se ajusten. Esto es normal: conteste de todas formas escogiendo la mejor que pueda, una sola respuesta que sea lo más parecida a lo que haría en esa situación.

Elija solo una respuesta para cada una de las situaciones descritas.

Tómese todo el tiempo que necesite para elegir una, en promedio deberá tomar unos quince minutos pueden ser los que le ayuden a decidir si necesita hacer cambios fundamentales en su forma de pensar, sentir y actuar.

1. Un adolescente conduce por el frente de mi casa con el estéreo a todo volumen tocando música de rap.

- a. Me digo a mí mismo que con razón los adolescentes no oyen bien.
- b. Siento como se me sube la presión sanguínea.

2. La persona que me corta el cabello, me lo corta más de lo que quería.

- a. Le digo en su cara que hizo un pésimo trabajo.
- b. Pienso que ya crecerá y me propongo decir lo que quiero la próxima vez de manera más enérgica.

3. Me encuentro en el supermercado en la caja rápida, donde se encuentra el letrero:
“POR FAVOR, NO MAS DE 10 ARTÍCULOS”.
 - a. Tomo una revista para matar el tiempo.
 - b. Me pongo a revisar los demás carritos para ver si alguno lleva más de 10 artículos.
4. Muchas grandes ciudades tienen cada vez más indigentes.
 - a. Creo que están arrumados porque tales personas carecen de ambición.
 - b. Los indigentes son víctimas del infortunio o la enfermedad.
5. Ha habido veces en las cuales he estado muy enojado con alguien.
 - a. Siempre me he contenido para no golpearles.
 - b. En alguna ocasión les he golpeado o empujado.
6. El periódico contiene una noticia prominente sobre un crimen relacionado con drogas.
 - a. Desearía que el gobierno tuviese mejores programas de educación con respecto a las drogas, incluso para los traficantes.
 - b. Desearía que pudiésemos encerrar de por vida a cada traficante de drogas.
7. La prevalencia del SIDA ha alcanzado proporciones epidémicas.
 - a. Es el resultado del comportamiento irresponsable por parte de una pequeña parte de la población.
 - b. El SIDA es una gran tragedia
8. A veces discuto con un amigo(a) o pariente.
 - a. Encuentro que la irreverencia es una herramienta muy efectiva.
 - b. Casi nunca hago uso de la irreverencia.
9. Estoy atrapado en un embotellamiento.
 - a. Por lo general, no me irrito.
 - b. De inmediato me comienzo a irritar y a fastidiar.
10. Hay un trabajo importante que requiere realizarse.
 - a. Prefiero hacerlo yo solo.

- b. De manera oportuna llamo a mis colaboradores o amigos para que me ayuden.
11. A veces mantengo mis sentimientos de enojo para mí mismo.
- a. Al hacerlo así, puedo prevenir con frecuencia hacer una montaña de un granito de arena.
 - b. Hacer esto por lo general es una mala idea.
12. Otro conductor se me atraviesa desde el otro extremo del carril.
- a. Por lo general, le toco el claxon o le 'echo' las luces.
 - b. Mantengo mi distancia de semejante conductor.
13. Alguien me trata de manera injusta.
- a. Por lo general se me olvida rápido.
 - b. Pienso en ello durante horas.
14. Los automóviles que van delante de mí por una carretera que no me es familiar comienzan a ir más despacio y a detenerse mientras se aproximan a una curva.
- a. Asumo que puede ser que haya algún sitio de construcción más adelante.
 - b. Asumo que alguno de los coches dio/le dieron un 'llegue' (ligero choqucito).
15. Una persona expresa una creencia ignorante.
- a. Lo trato de corregir.
 - b. No le tomo importancia.
16. Estoy atrapado en un banco o supermercado donde la fila avanza lento.
- a. Comienzo a irritarme con las personas lentas que pierden el tiempo delante de mí.
 - b. Casi ni noto el tiempo de espera.
17. Alguien está siendo grosero o fastidioso.
- a. Evito a esa persona en el futuro.
 - b. Puede que me tenga que poner brusco.
18. Es un año de elecciones.
- a. De nuevo aprendo que no se debe confiar en los políticos.

- b. Estoy muy emocionado y apoyo a mi candidato.
19. El elevador se detiene por mucho tiempo un piso arriba de donde me encuentro.
- a. Comienzo a sentirme irritado y fastidiado.
 - b. Comienzo a planear para lo que queda del día.
20. Estoy con una persona que no me cae bien.
- a. Intento ponerle fin a dicho encuentro lo más pronto posible.
 - b. Encuentro difícil no ser áspero con ella o él.
21. Veo a una persona muy obesa caminando por la calle.
- a. Me pregunto el porqué tendrá esa persona tan poco dominio propio.
 - b. Pienso que él o ella tal vez sufra de algún defecto metabólico o tenga algún problema psicológico.
22. Me encuentro en el asiento del pasajero en un automóvil.
- a. Aprovecho la oportunidad y disfruto del paisaje.
 - b. Me mantengo alerta por si hay algún obstáculo adelante.
23. Alguien criticó algo que yo hice.
- a. Me enojo.
 - b. Intento decidir si la crítica estuvo justificada.
24. Me encuentro inmerso en una discusión.
- a. Me concentro para que mi punto prevalezca.
 - b. Siento como late fuerte mi corazón y respiro más fuerte.
25. Un amigo o compañero de trabajo no está de acuerdo conmigo.
- a. Intento explicarle más mi posición.
 - b. Me siento apto para iniciar una discusión con él o ella.
26. Alguien está conversando conmigo muy despacio.
- a. Termino sus oraciones.

b. Puedo escucharle hasta que termine sus oraciones por sí solo.

27. Si se les pusiera el *sistema de honor, la mayoría de las personas no se 'colarían' sin pagar en el cine.

a. No lo hacen porque tienen miedo de que los 'cachen'.

b. No lo hacen porque está mal hacerlo.

28. Creo en las prácticas de crianza de niños.

a. Intento recompensar a mis hijos cuando se portan bien.

b. Me aseguro de que sepan cuáles son las reglas.

29. Escuché noticias acerca de otro ataque terrorista.

a. Siento que estallo.

b. Me pregunto cómo la gente puede ser tan cruel.

* Filosofía basada en la confianza, honor y honestidad.

30. Estoy platicando con mi cónyuge, novio(a).

a. A menudo estoy pensando en lo que planeo decir a continuación.

b. Pongo atención a lo que el otro me está diciendo.

31. Han habido ocasiones en el pasado en las cuales me he sentido enojado.

a. Nunca he arrojado cosas o azotado la puerta.

b. Algunas veces he arrojado cosas o azotado la puerta.

32. La vida está llena de pequeñas molestias.

a. A menudo se me meten bajo la piel.

b. Se me resbalan y ni las noto.

33. No apruebo algo que un amigo(a) ha hecho.

a. Me guardo mis comentarios.

b. Le digo lo que pienso.

34. Estoy pidiendo un asiento en una aerolínea.

- a. Usualmente pido un asiento en un área específica del avión.
 - b. Dejo que el agente elija mi asiento.
35. Me siento de cierta manera casi todos los días de la semana.
- a. Me siento gruñón(a) algunas veces.
 - b. Me mantengo estable.
36. Alguien se tropieza conmigo en una tienda.
- a. Pienso que fue un accidente.
 - b. Me irrita la torpeza de la persona.
37. Mi cónyuge, novia(o) está preparando la comida.
- a. Echo un ojo para asegurarme de que nada se queme o se cueza de más.
 - b. Le platico mientras está lista de cómo estuvo mi día o leo el periódico.
38. Mi novio(a) llama en el último minuto para decirme que "está muy cansado(a) como para salir" y me quedo con unos boletos que me costaron 15 dólares.
- a. Intento encontrar a alguien más que quiera salir.
 - b. Le digo a mi novio(a) lo desconsiderado que es.
39. Recuerdo algo que me hizo enojar previamente.
- a. Me vuelvo a enojar.
 - b. El recuerdo no me molesta casi ni como me molestó el evento en sí.
40. Veo a las personas caminar por los centros comerciales.
- a. Muchos de ellos están haciendo ejercicio o comprando.
 - b. Muchos de ellos sólo están perdiendo el tiempo.
41. Alguien está acaparando la conversación en una fiesta.
- a. Busco la oportunidad de pararle el tren.
 - b. Me cambio de grupo.
42. Algunas veces, tengo que trabajar con personas incompetentes.
- a. Me concentro en la parte que me tocó.

- b. Tener que lidiar con ellos me exaspera.
43. Mi cónyuge, novio(a) me va a comprar mi regalo de cumpleaños.
- a. Prefiero escogerlo yo mismo.
- b. Prefiero que sea una sorpresa.
44. Tengo una pobre opinión de alguien.
- a. Me lo guardo para mí mismo.
- b. Le digo lo que pienso.
45. En la mayoría de las discusiones que he tenido, los roles son consistentes.
- a. Soy el más enojado.
- b. La otra persona está más enojada que yo.
46. A menudo, se pueden encontrar filas que avanzan muy despacio en los bancos y supermercados.
- a. Son una parte inevitable de la vida moderna.
- b. Existen por la incompetencia de alguien.

Puntuación	
Cinismo	_____
Ira	_____
Agresión	_____
.....	_____
Hostilidad total	_____

El cinismo, la ira y la agresión son las tres categorías que midieron acertadamente la hostilidad dañina en la escala Ho.

- Φ Cinismo: es la actitud de recelo con respecto a los motivos de las personas en general, llevando a la persona a estar en guardia contra la “mala conducta” de los demás.
- Φ Ira: la emoción a menudo engendrada por la expectativa de la persona cínica de la conducta inaceptable por parte de otros.
- Φ Agresión: la conducta hacia la cual la mayoría de las personas hostiles se ven atraídas por las emociones negativas de ira, irritabilidad y similares.

Ésta prueba está diseñada para revelar qué actitud experimenta más, la hostilidad que la investigación ha mostrado predice las tasas de mortandad más altas.

Para sacar la puntuación del nivel de cinismo, vea las siguientes respuestas: 3(B), 4(A), 7(A), 10(A), 14(B), 18(A), 21(A), 22(B), 27(A), 30(A), 34(A), 37(A), 40(B), 43(A) y 46(B). Sume un punto por cada respuesta que sea igual a la letra dentro del paréntesis junto al número de pregunta. La suma de los puntos de las respuestas iguales será su puntuación.

Estas quince preguntas examinan el grado en el cual usted cree que las personas en general son egoístas y buscan lo suyo, que no puede confiar en que harán lo correcto la mayoría de las veces, y usted es la única persona en quien puede confiar. Por ejemplo si usted eligió la respuesta “Me pongo a revisar los demás carritos para ver si alguno lleva más de 10 artículos “ en lugar de “Tomo una revista para matar el tiempo” en la situación de contraste en la fila de supermercado (reactivo 3), indica que su nivel de confianza en las demás personas es tan bajo que espera que intenten pasar más de 10 artículos.

Marcadores:

- Φ Si su puntuación fue de 0 a 3, su nivel de Cinismo es muy bajo.
- Φ Si su puntuación fue de 4 a 6, su nivel de Cinismo es probablemente lo suficientemente alto como para preocuparse.
- Φ Si su puntuación fue de 7 o más, su nivel de Cinismo es muy alto.

Para sacar su puntuación de nivel de ira, sume un punto por cada respuesta que sea igual a la letra dentro del paréntesis junto al número de pregunta: 1(B), 6(B), 9(B), 13(B), 16(A), 19(A), 23(A), 24(B), 29(A), 32(A), 35(A), 36(B), 39(A), 42(B) y 45(A). Ponga su total en la línea marcada para Ira.

Estos reactivos cuestionan si la mayoría de las veces respondemos con ira, irritabilidad o fastidio al enfrentar frustraciones de la vida tales como estar atorado en un embotellamiento.

Marcadores:

- Φ Si su puntuación fue de 0 a 3, su nivel de Ira es muy bajo.
- Φ Si su puntuación fue de 4 a 6, su nivel de Ira es probablemente lo suficientemente alto como para preocuparse.
- Φ Si su puntuación fue de 7 o más, su nivel de Ira es muy alto.

Para sacar su nivel de agresión, sume un punto por cada respuesta que sea igual a la letra dentro del paréntesis junto al número de la pregunta: 2(A), 5(B), 8(A), 11(B), 12(A), 15(A), 17(B), 20(B), 25(B), 26(A), 28(B), 31(B), 33(B), 38(B), 41(A) y 44(B). Estos reactivos estiman su tendencia a expresar su ira o irritación hacia las personas, ya sea de manera física (ejemplo: reactivo 5 al estar enojado con alguien, “los he golpeado o empujado”) o verbal (ejemplo: reactivo 33, si no apruebo que hizo mi amigo “le digo lo que pienso”).

Marcadores:

- Φ Si su puntuación fue de 0 a 3, su nivel de Agresión es muy bajo.
- Φ Si su puntuación fue de 4 a 6, su nivel de Agresión es probablemente lo suficientemente alto como para preocuparse.
- Φ Si su puntuación fue de 7 o más, probablemente deberá efectuar varios pasos para reducir su nivel de Agresión.

El nivel total de hostilidad es la suma de los tres aspectos de hostilidad que acaba de contabilizar. Sume sus puntos de Cinismo, Ira y Agresión e ingrese el total a “Hostilidad Total” en el recuadro de puntuación. Si su puntuación total de Hostilidad es de 10 o menor, su nivel de hostilidad está por debajo del rango que le colocaría en riesgo de desarrollar problemas de salud. Sus puntuaciones en las dimensiones de Cinismo, Ira y Agresión le proporcionarán algunas claves con respecto a aquellos aspectos de su hostilidad que necesitan modificarse. Por ejemplo, si su puntuación de Cinismo fue de 9, pero su puntuación de Ira y Agresión fueron ambos de 4, esto puede sugerir que usted necesita enfocarse más hacia sus actitudes hacia los demás.

Otra forma de realizar esta prueba es mediante algún familiar o conocido que nos conozca bien, pues algunas investigaciones demuestran que los resultados obtenidos son muy similares a los resultados de la prueba si la hubiera hecho la misma persona.

9 Bibliografía

- Φ Armendáriz, R. (1997). *En busca de la sonrisa interior. Ejercicios de autohipnosis ligera para lograr la salud total*. México: Ed. Pax.
- Φ Bellak, L. (1987). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. México: Manual Moderno.
- Φ Bucio, J. & Vega, J. (1997). *La gimnasia psicofísica relajadora como alternativa de salud en la tercera edad*. Tesis de Licenciatura. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Φ Bize, R. & Goguelin, P. (1972). *El equilibrio del cuerpo y la mente*. España: Ed. Velgas.
- Φ Branon, L., Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. España: Paraninfo Thomson Learning.
- Φ Caballo, V. E. (1991). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (3ra Ed). España: Siglo XXI.
- Φ Cambeiro Martínez, S., Ramírez C., & Rivas, S. (1996). *¿Estás en forma?* México: Pearson Educación.
- Φ Casamadrid, P. M. (1989). *Infarto del miocardio: opción o designio*. Tesis doctoral, México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Φ Cassel, J. (1974). "Psychosocial processes and stress: A Theoretical formulation", *Inter, Jour Health Services, Vol. 4*.
- Φ Celis, A. & Nana, Y. (1979). "La patología de la pobreza". *Revista médica del Hospital General*, No. 33.
- Φ Chesney, M.A. & Rosenman R.H. (1980). *Type A Behavior in the Work settings*. London: Editorial In Coop, R. Payne.
- Φ Chiozza, L. (1980). *Especulaciones sobre una cuarta dimensión en medicina, en trauma y figura de enfermar y del psicoanalizar*. Buenos Aires: Biblioteca del CWCM, Paidós.
- Φ Chiozza, L. (1980). *La enfermedad de los afectos*. Buenos Aires: Biblioteca del CWCM, Paidós.
- Φ Chiozza, L. (1978). *El corazón tiene razones que la razón ignora*. Buenos Aires: Biblioteca del CWCM, Paidós.

- Φ Chiozza, L. (1980). *Corazón hígado y cerebro. Introducción esquemática a la comprensión de un trilema en psicoanálisis: presente y futuro*. Buenos Aires: Biblioteca del CWCM, Paidós.
- Φ Chomsky, N. y Foucault, M. (2006). *La naturaleza humana: Justicia versus poder*. Buenos Aires: Katz Editores.
- Φ Cohen, A. & Feldstein, C. (1981). *Prevención de la cardiopatía isquémica, en terapéutica clínica cardiovascular*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Φ Colan, J., Palacios, A., Mendoza, I., & Obregón, O. (1989). *Periódico el nacional, Venezuela*. Enfermedades coronarias.
- Φ Coria, C. (2005). *Las negociaciones nuestras de cada día*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Φ Cueva, A. (1975). *La teoría marxista de las clases sociales*. FCPS, UNAM.
- Φ De la Fuente, R. y Álvarez, J. (1998). *Biología de la mente*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Φ De la Fuente, R. (1996). *Psicología médica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Φ Dembroski, T. W. (1978). *Coronary Prone Behavior*. USA: Ed. Springer Verlag.
- Φ Denollet, J. (1993). Biobehavioral Research on Coronary Heart Disease: Where is the Person? *Journal of Behavior Medicine*, 16, 2.
- Φ DMS II – TR. (2002). *Manual de Diagnóstico y Estadística de los trastornos mentales*. México: Mansson.
- Φ Eggers, L.C. (1984). *Las nociones de tiempo y eternidad de Homero a Platón*. México: Edición. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Φ Freud, S. (1917). *Duelo y melancolía* en obras completas. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Φ Freud, S. (1922). *Recordar, repetir y reelaborar*. (parte II de “Nuevos consejos sobre la técnica psicoanalítica”), en obras completas. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Φ Freud, S. (1940). *Compendio de psicoanálisis*, en obras completas. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Φ Freud, S. (1922). *Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad*. En obras completas. Buenos Aires: Amorrortu.
- Φ Freud, S. (1901). *Psicopatología de la vida cotidiana*. Madrid: Alianza 11ª edición.
- Φ Freud, S. (1968). *El malestar en la cultura*. Madrid: Biblioteca Nueva.

- Φ Friedman, M. & Rosenman, R. (1976). *Conducta Tipo A y su corazón*. España: Ed. Grijalbo.
- Φ Flanders, D. (1995). *Medicina psicosomática y psicoanálisis de hoy*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Φ Garaieb, J. (1978). *Alquimia Mental*. Buenos Aires: Ed. Kier.
- Φ García, G. (2006). *Taller para el manejo del estrés en docentes*. Tesina de licenciatura. México: Facultad de Psicología UNAM.
- Φ Goldberg, B. (1999). *Medicina alternativa, la guía definitiva*. California: Future Medicine Publishing, Inc.
- Φ Goleman, D. (1995). *La inteligencia emocional* (3ra Reimpresión). México: Ed. Javier Vergara.
- Φ Gran, Martín, Portero. (1993). Personalidad y salud humana. *Interamericana de psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 27, 37-58.
- Φ Harish, J. (1997). *Respiración mente y conciencia*. México: Ed. Lasser Press Mexicana.
- Φ Hay, L. (2004). *Tú puedes sanar tu vida*. México: Ed. Diana.
- Φ Hay, L. (2004). *Yo si puedo*. México: Ed. Diana.
- Φ Hay, L. (1992). *Tú puedes sanar tu cuerpo*. México: Ed. Diana.
- Φ Humphrey, J. H. (1986). *Profiles in stress*. Nueva York: AMS Press Inc.
- Φ Kaplan, N. (1990). *Manejo de la hipertensión*. México: Ed. Hoechst.
- Φ Koltenink, B. (1962). *Conceptos psicológicos y aplicaciones de la medicina psicosomática*. Tesis de Maestría inédita. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Φ Laurell, C. (1977). “Algunos conceptos teóricos y conceptuales de la epidemiología social”. *Revista centroamericana de ciencias de la salud*. Vol. 13, No. 16.
- Φ Laurell, C. (1978). Proceso de trabajo y salud. *Cuadernos políticos*, No. 17.
- Φ Laurell, C. (1982). *La salud – enfermedad como proceso social*. *Revista latinoamericana de salud*. México: Ed. Nueva Imagen.
- Φ Lazarus, R. S., Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Φ Lazarus, R.S. (2000). *Estrés y emoción, manejo e implicaciones en nuestra salud*. Biblioteca de Psicología. Bilbao: Desdée De Brouawer.
- Φ Locke, S. & Colligan, D. (1993). *El médico interior*. México: Ed. Hermes.
- Φ Lowen, A. (1990). *El amor, el sexo y la salud del corazón*. Barcelona: Ed. Heder.

- Φ Mendoza, B.F. (2007). *Propuesta de un programa para identificar, controlar y reducir el estrés laboral*. Tesina de licenciatura. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Φ Mc. Kay, M. (1998). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. México: Martínez Roca.
- Φ Moreno, K. (2006). *Habilidades para la vida*. México: Ed. Centros de Integración Juvenil, IPN.
- Φ Murillo, V.P. (1977). *Algunas consideraciones sobre la etiología Psicogénica del Infarto prematuro – conducta Tipo A*. Tesis de Licenciatura. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Φ Naenko, N. (1976). *La tensión psíquica*. Moscú: U.E.M.
- Φ OMS, (1965). “*Clasificación internacional de la enfermedad*”. Ginebra.
- Φ Orlandini, A. Pérez, A., De Macedo, A. (1999). *El estrés, qué es y como evitarlo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Φ Pittaluga, G. (1984). *Temperamento, carácter y personalidad*. México: Ed. Fondo de Cultura Económica.
- Φ Reynaud, De la F., S. (1976). *Yug, Yoga, Yoguismo*. Una matesis de psicología. México: Ed. Diana.
- Φ Reynaud, De la F., S. (1982). *Relajación conciente*. México: Pearson Education.
- Φ Raynaud, De la F.S. (1989). *Los cuatro temperamentos*. Maracay: Ediciones Gran Fraternidad Universal.
- Φ *Revista salud alternativa*, No. 41, España: Sociedad Holística Hispanoamericana.
- Φ Reynoso, E. L. & Seligson, N.I. (2001). *Factores de riesgo de enfermedades del corazón*. México: Proyecto CONACYT. Facultad de Psicología, UNAM.
- Φ Reynoso, E. L. & Seligson, N.I. (2001). *Conducta tipo A*. México: Proyecto CONACYT. Facultad de Psicología, UNAM.
- Φ Rodríguez, A.G. & Rojas, K.M. (1998). *La psicología de la salud en América Latina*. México: Ed. Porrúa y Facultad de Psicología, UNAM.
- Φ Rodríguez, M. & Hernández, R. (2004). *Control y manejo del estrés con técnicas cognitivo – conductuales en profesores de primaria y secundaria*. Tesis de Licenciatura, inédita. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Φ Rosas, P.M. (2007). *Enfermedad cardiovascular. Primera causa de muerte en adultos de México y el mundo*. México: Ed. (Arch Cariol; 77: 91-93).

- Φ Sánchez, G. (2001). *La adatación del empleado público ante el retiro a través de logoterapia*. Tesina. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Φ Schnake, A. (1995). *Los diálogos del cuerpo*. Santiago de Chile: Ed. Cuatro Vientos.
- Φ Schneider, G.P. (1988). *Aspectos Psicossomáticos de la cardiopatía*. Tesis doctoral, inédita. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Φ Selye, H. (1975). *Tensión sin angustia*. Madrid: Guadarrama.
- Φ Siegman, W.S. & Smith, W.T. (1994). *Anger hostility and the heart*. Nueva Jersey: Ed. Lawrence Erlbaum, Associates Hillsdale,
- Φ Slipak, O. (1975). *Concepto de estrés*. Buenos Aires: Alcmeón.
- Φ Small, L. (1981). *Psicoterapias breves*. España: Gedisa.
- Φ Stevens, J. (1993). *El darse cuenta sentir ignorar vivenciar*. Chile: cuatrocientos.
- Φ Tich, N.H. (2002). *La ira*. Barcelona: Ediciones Oniro.
- Φ Turk, D. & Salovey, P. (1985). *Reestructuración cognoscitiva*. Cognitive therapy and research, 9, 1-14.
- Φ Valdés, M. (1985). *Psicología del estrés*. Barcelona: Martinez Roca.
- Φ Williams, R. & William, V. (1993). *Anger Kills. 17 Strategies for controlling hostility that can harm your health*. USA: Ed. Harper.
- Φ Yogananda, P. (1982). *Dispones de un poder curativo ilimitado*. E.U.A.: Self-Realization Fellowship.
- Φ Paul, H.D. (1982). *El pensamiento y la salud*. México: Editores Mexicanos Unidos.
- Φ Laham, A.M. (2003). *Abordaje psicológico, al paciente cardiaco*. Psicología, Recuperado el 04 de febrero de 2003, de <http://www.cardioglobal.com.ar/gif-libros/atratnte/psicocardiología.html>.
- Φ Caza, p. (2003). *Ira, hostilidad: ¿Expresarla o angustiarse?* Biblioteca, artículos de Psicología, Recuperado el 04 de febrero de 2003, de <http://galeon.hispavista.com/pcazau/artpsi-ira.html>
- Φ Roiter, H. (2001). *Nuevos enfoques diagnósticos de patrón de comportamiento Tipo A*. "Estrés y Salud". 1, 5. abril, Recuperado el 04/feb/2003, de <http://www.sames.org.ar/Art%20del%20N%2028.html>.
- Φ Chiozza (2007). Del afecto a la afección. *La concepción psicoanalítica del cuerpo ¿Psicoanalítica, o directamente psicoanálisis?* File: //C:/Documents and settings/Propietario/Mis documentos/Del afecto a la afección..Recuperado el 25 de junio de 2007.

Φ Alfonso, F., Bermejo, J., Segovia, J. (2007). *Enfermedades cardiovasculares en la mujer (1). Enfermedades cardiovasculares en la mujer: ¿por qué ahora?* *Revista española de Cardiología*. <http://www.revespcardiol.org> Recuperado el 17 de septiembre de 2007.