



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

"LA CONDUCTA TIPO A Y EL DESEMPEÑO PROFESIONAL
DEL ABOGADO LITIGANTE COMO FACTORES DE RIESGO DE
ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

LUCÍA HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ

DIRECTORA DE TESIS: DRA. DOLORES MERCADO CORONA

REVISOR DE TESIS: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS



MÉXICO, D.F.

2008.



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.

a Dios por regalarme la felicidad más grande
de mi vida: mi hij@ Daniel @.

Dra. Alejandría Hernández Dworak
por las enseñanzas, el afecto y la vida.

Dra. Dolores Mercado
Dr. Arturo Martínez
Dr. Samuel Jurado
por su gran motivación, paciencia y guía profesional
para la realización del presente trabajo.

Lic. Eva Rodríguez Montaña
una vez más con cariño y profundo aprecio.

a mi hermana Lili, por su ejemplo de valentía
y amor por la vida. te quiero.

a Rosa Elena, Armando, Angel y Axel por brindarme su amistad, cariño y por ser para mi una bella familia.

a Rosa Elsa y su mamá Carmen por su cariño, apoyo y grata compañía.

al Lic. Nabor Saavedra+ por su dedicación al trabajo judicial y a todos los licenciados en derecho dedicados a la labor del litigio.

a los miembros del jurado:
Dra. Dolores Mercado Corona
Dr. Samuel Jurado Cárdenas
Dr. Arturo Martínez Lara
Lic. Jorge Álvarez Martínez
Mtra. Laura Somarriba Rocha
por su apoyo en la realización del presente trabajo

Difícil es, dar merecido reconocimiento a quienes me brindaron su invaluable apoyo para hoy lograr una de las metas más anheladas en mi vida, a todos ellos, Gracias!

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
por el valioso regalo de mi doble formación profesional.

No hay una cosa que no sea
una letra silenciosa....

J.L. Borges

CONTENIDO

Resumen	1
Introducción	5
CAPÍTULO 1: La conducta tipo A.	
a) Antecedentes y concepto.....	6
b) Elementos característicos.....	14
c) El estrés y su relación con la conducta tipo A.....	21
d) Investigaciones relevantes.....	26
CAPÍTULO 2: La enfermedad cardiovascular.	
a) Aspectos conceptuales.....	33
b) Factores de riesgo.....	41
c) Estadísticas de incidencia y hallazgos relevantes.....	51
CAPÍTULO 3: El desempeño profesional del abogado postulante.	
a) Consideraciones generales de la labor profesional del abogado postulante.....	63
b) El litigio: un estilo de vida.....	71
c) La conducta tipo A y el desempeño profesional del abogado postulante como factores de riesgo en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares.....	74

CAPÍTULO 4: Propuesta de intervención psicológica.

- a) Generalidades del diseño de programas de intervención psicológica para sujetos con personalidad tipo A..... 79
- b) Programa cognitivo conductual para reducir comportamiento tipo A en abogados postulantes..... 87

Conclusiones..... 99

Referencias..... 91

Resumen

La investigación sobre conducta tipo A la define como un comportamiento en el que las personas suelen funcionar bajo mucha presión, tienen gran empuje, son exigentes consigo mismos y con los demás. La hostilidad, la ira, la agresividad, la impaciencia y el excesivo afán competitivo, son características del sujeto con patrón conductual tipo A. El origen y desarrollo de este comportamiento es multifactorial.

El comportamiento tipo A está directamente vinculado con el fenómeno de estrés, como consecuencia de las continuas demandas o exigencias del ambiente, las cuáles resultan amenazantes para la persona tipo A y sobre las que tiene o cree tener poco o ningún control. El estrés produce diversas reacciones corporales. Los sistemas cardiovascular, respiratorio, digestivo, endocrino y nervioso, entre otros, trabajan en forma extraordinaria cuando experimentan estrés. Cuando estos sistemas están constantemente sobretabajados durante largos periodos de la vida de una persona, aumenta la probabilidad de que ocurra algún trastorno cardiovascular.

Las enfermedades cardiovasculares son aquellas relacionadas con el mal funcionamiento del corazón y constituyen la primera causa de muerte en el mundo. En México, las enfermedades isquémicas del corazón en el año 2004 ocuparon el tercer lugar entre las principales causas de mortalidad en edad productiva (de 15 a 64 años).

La conducta tipo A y el estudio de los diversos factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, aparentemente se encuentran implicados desde los inicios de la formación académica del licenciado en derecho y hasta la finalización de su formación profesional y dedicación al trabajo del litigio (abogado postulante o litigante) o como funcionarios públicos en los puestos de administración de justicia del poder judicial.

Los patrones de comportamiento de tipo A, que parecen estar altamente reforzados por el ambiente laboral en que se desenvuelven los abogados dedicados al litigio, la gran competitividad, la lucha contra el tiempo, el tipo de pensamientos automáticos que generan emociones disfuncionales y una nociva sobreactivación fisiológica en el organismo, podrían ser un importante factor de riesgo en el origen y desarrollo de enfermedades cardiovasculares. De ser así, promover la salud cardíaca en este sector de profesionistas, a través de programas o talleres de prevención o intervención psicológica, es de suma importancia no sólo por el mero aspecto de la salud personal, sino por el impacto que ello tiene en una sociedad regida por un estado de derecho como el nuestro, que sin duda requiere de profesionistas eficientemente capacitados en el área jurídica, que en buenas condiciones de salud contribuyan al progreso y bienestar de nuestro país.

Introducción

Es indudable que en la actualidad las principales causas de enfermedad y muerte ya no son las infecciosas como en el pasado, ahora éstas provienen de estilos de vida y conductas poco saludables consecuencia del mundo moderno.

La salud de la población en los países desarrollados ha alcanzado un nivel impensable a principios del siglo pasado. Las expectativas de vida se han incrementado notablemente como consecuencia de las mejoras en la salud pública y en el cuidado médico. Sin embargo, los patrones de morbilidad y mortalidad actuales difieren considerablemente de los presentados a principios del siglo pasado. Las enfermedades infecciosas fueron reemplazadas por las coronarias, los ataques fulminantes, el cáncer, la diabetes y dolencias se deben en buena medida a la conducta y estilo de vida de las personas. Así pues, las enfermedades crónicas de hoy obedecen en la mayoría de los casos a conducta y estilos de vida inadecuados, mientras que, las infecciosas son causadas por bacterias y virus. Por eso las vacunaciones, las mejoras sanitarias y otras medidas públicas fueron eficaces para combatir las principales causas de mortalidad del siglo pasado, pero esas acciones son de escaso valor para afrontar los patrones de enfermedad y mortalidad de ésta época.

Actualmente, las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en el mundo y representa el mayor problema de salud pública de muchos países industrializados, teniendo en nuestro país el tercer lugar entre las principales causas de mortalidad en edad productiva en el año 2004. Los informes emitidos por diversas organizaciones de la salud no resultan alentadores en relación a la incidencia futura de morbilidad y mortalidad cardiovascular, las que aparentemente continuarán aumentando considerablemente, de ello es importante dar atención al origen y desarrollo de las mismas y sobre todo a sus aspectos preventivos.

Es bien sabido que las enfermedades cardiovasculares se relacionan con el mal funcionamiento del corazón, órgano muscular encargado de transportar oxígeno y nutrientes a las células del organismo, remover desechos metabólicos, y servir como medio de transporte de sustancias químicas de una parte a otra del cuerpo, para lo cual debe bombear sangre a los tejidos del organismo y transportarla por una red de vasos sanguíneos.

Existen investigaciones que señalan a la conducta tipo A como un factor de riesgo emocional en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, que, además de tener relación con la respuesta fisiológica de la persona, se centran en estudio del comportamiento del individuo que, favorecido por el entorno social, el ambiente laboral, las características de personalidad del propio individuo y la familia, propician la aparición de enfermedades cardíacas.

La conducta tipo A tipo es un comportamiento que se caracteriza porque las personas que lo presentan suelen funcionar bajo mucha presión, tienen gran empuje, son exigentes consigo mismos y con los demás. Además incluye componentes formales como voz alta, habla rápida, excesiva actividad psicomotriz, gesticulación, urgencia de tiempo, velocidad, hiperactividad e implicación en el trabajo, gran competitividad, orientación al éxito y ambición, hostilidad, impaciencia, ira, agresividad y necesidad de control ambiental.

La importancia de realizar estudios más amplios de este comportamiento radica en la evidencia de que quienes poseen conducta tipo A se encuentran en riesgo de padecer alguna enfermedad coronaria, y cómo aparentemente este patrón de comportamiento se ve sólidamente reforzado por ambientes laborales demandantes y sumamente competitivos.

De igual manera la conducta tipo A está directamente relacionada con el fenómeno de estrés que impone al sujeto demandas o exigencias, las cuáles resultan amenazantes para él y sobre las que tiene o cree tener poco o ningún control, produciendo diversas reacciones corporales. Así, con independencia de otros factores, el comportamiento tipo A combinado con un contexto laboral demandante, competitivo y hostil favorece la aparición y desarrollo de enfermedades cardiovasculares que incluso pueden ocasionar la muerte de las personas.

Investigar la relación que estos factores juegan dentro de la formación y desempeño profesional del licenciado en derecho dentro del campo de trabajo como abogados postulantes o bien como funcionarios públicos encargados de la administración de justicia es muy importante para determinar si tienen influencia determinante y sobre todo para diseñar programas de prevención o intervención para la reducción en la incidencia de trastornos cardiovasculares que ayuden a nuestros profesionistas jurídicos a elevar su calidad de vida laboral y sobre todo para prevenir lamentables muertes por tal motivo.

Se postula que existe una relación entre el comportamiento tipo A y el desempeño profesional del abogado postulante que se origina justamente

porque desde los inicios de su formación académica el licenciado en derecho alimenta y refuerza la observancia y cumplimiento ciego de las reglas jurídicas que dirigen el comportamiento exterior de los individuos en sociedad sin considerar otro aspecto distinto de la conducta observable. En general, desde las primeras etapas de instrucción universitaria al abogado se le inculcan particularidades como la honradez, el respeto a la dignidad de las personas, el aprecio por los valores culturales, históricos y sociales de la comunidad y del país, el espíritu emprendedor, el liderazgo, la cultura de calidad, el respeto por el medio ambiente, la vocación de compromiso con las comunidades, la formalidad, la responsabilidad, la puntualidad, la rigidez, la verticalidad para el aprendizaje y futuro desempeño de la profesión jurídica, no importando el campo de trabajo en el que se encuentre, el abogado siempre se manejará en el mundo del *deber ser*, lo que implica el establecimiento de ideas estrictas e irreductibles respecto del comportamiento de los demás.

El desarrollo de labores jurídicas del abogado postulante y los funcionarios encargados de la administración de justicia el poder judicial, se da en un ambiente donde la ira, el enojo y la hostilidad prevalecen todo el tiempo. La prisa, la urgencia de tiempo constante, la impaciencia y encontrarse permanentemente sujeto al trabajo jurídico tan competitivo favorece un estilo de vida altamente estresante. La mala alimentación y la vida sedentaria también caracteriza la labor jurídica del abogado, ya que la mayor parte del día está dedicado al trabajo y la resolución de los conflictos que son planteados por lo que es poco el tiempo de que dispone para comer en los horarios y formas adecuadas; el consumo de alcohol, tabaco o drogas como mitigadores del constante estrés producido por el trabajo diario y como mediador social en el trato y reporte de asuntos con los clientes; la disposición de pocas horas para dormir y descansar; la formación académica y el ambiente laboral también colocan al profesionista jurídico dedicado al litigio a manejarse de forma estricta y disciplinada en el mundo del *deber ser*, lo cual cognitivamente también lo obliga a tener pensamientos y exigencias absolutas de tremendismo con tendencia a resaltar en exceso lo negativo, condenación y baja tolerancia a la frustración. Todo lo que en conjunto, favorece un ambiente poco adecuado para la salud física y emocional de los profesionales dedicados a la labor del litigio.

De lo anterior se deriva la importancia de promover el autocuidado de la salud cardíaca en este sector de profesionistas a través de programas o talleres de intervención psicológica diseñados específicamente para ello. Lo que es de suma importancia no solo por el mero aspecto de la salud personal que incide en una disminución de las estadísticas de enfermedad y muerte por trastornos del corazón, sino por el impacto que tiene en la sociedad regida por un estado de derecho como el nuestro, que sin duda requiere de profesionistas altamente capacitados en el área jurídica, que

en buenas condiciones de salud contribuyan al progreso y bienestar de nuestro país.

Además de analizar la problemática de estrés del abogado postulante, de los funcionarios públicos encargados de la administración de justicia del poder judicial y su relación con la conducta tipo A y las enfermedades cardiovasculares, se plantea la elaboración de un programa preventivo dirigido a disminuir el riesgo que la conducta tipo A involucra para la salud cardiovascular del abogado.

CAPÍTULO 1

LA CONDUCTA TIPO A

a) Antecedentes y concepto.

Los cardiólogos Friedman y Rosenman (1959) fueron los primeros en evaluar las características del patrón conductual tipo A y señalaron que las personas con este tipo de conducta suelen funcionar bajo mucha presión, tienen gran empuje, son exigentes consigo mismos y con los demás.

La conducta tipo A incluye una amplia gama de elementos cognitivos y emocionales, así como de estilos personales de funcionamiento de un individuo, es la conducta observable que emerge cuando una persona predispuesta es confrontada con una situación de reto. Se trata de un estilo de conductas manifiestas utilizadas para afrontar situaciones de la vida. También, es un constructo teórico que se utiliza para denominar a un conjunto de respuestas conductuales, fisiológicas, cognitivas y emocionales que se manifiestan sobre todo en situaciones desafiantes.

Desde la introducción del concepto patrón de conducta tipo A, se inició al respecto un debate de los más prominentes además de controvertidos y fue hasta 1981, cuando el National Institute for Heart, Lung and Blood de los Estados Unidos reunió a un amplio grupo de especialistas en ciencias biomédicas y conductuales, que se aceptó el comportamiento tipo A como un factor de riesgo para los trastornos cardiovasculares, reconociéndole el mismo orden de magnitud que el riesgo asociado a cualquiera de los factores tradicionales, tales como la presión sistólica, tabaco o nivel de colesterol en suero (Review Panel on Coronary-Prone Behavior and Coronary Disease, 1981).

Producto de sus investigaciones, Friedman y Rosenman (1974) definieron el patrón de conducta tipo A como un complejo particular acción-emoción, que puede observarse en algunas personas comprometidas en una lucha relativamente crónica con la finalidad de lograr un número de cosas, usualmente ilimitadas, de su medio ambiente, en el menor tiempo posible y, de ser preciso, contra los esfuerzos opuestos de otras personas o cosas de su mismo ambiente.

Los sujetos con este patrón conductual son excesivamente susceptibles a percibir de manera incorrecta los estímulos del entorno, lo que les condiciona a reaccionar ante la estimulación de manera hostil, ello debido a que los eventos percibidos en forma distorsionada facilitan la aparición de respuestas agresivas, generalmente verbales, que son manifestadas como sarcasmos o insultos. Aunque eventualmente podría presentarse agresión física, ésta es poco frecuente. La hostilidad que manifiesta el sujeto con conducta tipo A, le obliga a mantener una lucha crónica contra el tiempo, presentando prisa y una exagerada tendencia a buscar y encontrar nuevos retos y desafíos en el entorno, que, de lograr resolver, mostrará su superioridad y reforzará su competitividad.

La hostilidad, la ira, la agresividad, la impaciencia y el excesivo afán competitivo, son características del sujeto con patrón conductual tipo A.

Los tipo A presentan gran irritabilidad y episodios de ira usualmente verbal, con la que demuestran su agresividad y hostilidad. Estos elementos de agresividad y hostilidad de los sujetos tipo A son en términos generales aprendidos mientras que el elemento prisa podría considerarse innato, ello apoyado fundamentalmente en el concepto fisiológico del tiempo de reacción; sin embargo, la prisa es fuertemente modificable por el ambiente, ya que en la sociedad moderna se refuerza y reconoce positivamente a quien termina primero una tarea y se castiga al que se retrasa.

El sujeto tipo A, presenta tiempos de reacción breves, le gusta vivir en grandes urbes, se mueve rápidamente, habla apresuradamente, incluso en su discurso puede cortar algunas palabras para ganar tiempo, come rápidamente, siempre intenta terminar las tareas que se asigna lo más pronto posible y se molesta o irrita al encontrar personas más lentas que él.

Friedman y Rosenman (1974) señalaron que ni la posición socioeconómica del hombre o la mujer, ni la categoría profesional a la que pertenezcan, muestran alguna correlación con los niveles de incidencia de la conducta tipo A.

Son escasos los modelos teóricos propuestos hasta la fecha para dar explicación de la forma en que las personas adquieren y se comportan de acuerdo al patrón de conducta tipo A, entre ellos podemos mencionar el **Modelo de Control de Glass** (1977,1980), en el que los estímulos ambientales asociados a un desafío moderado no suscitan en las personas tipo A una gran necesidad de dominio y lucha. Por el contrario, sólo los estímulos particularmente salientes, incontrolables de por sí, tienden a mantenerlos persistentemente aplicados a su control. Puede decirse que estos sujetos tienen una especial sensibilidad para responder ante señales

de incontrolabilidad. El patrón tipo A, con sus componentes primordiales, en especial la hostilidad, muestra un estilo de afrontamiento susceptible a procurarse una interacción asertiva y eficaz sobre el medio físico y social. Cabe subrayar que en este estilo comportamental su actitud permanente de lucha contra el tiempo y los desafíos ambientales, así como su competitividad son producto de la necesidad de tener y mantener el control antes que otros lo posean e impongan límites a la propia vida. Consecuentes con sus características, las personas tipo A son proclives a elegir trabajos autonómicos en los que la competitividad se ejerce incluso sobre ellos mismos, y cuando se ven obligados a formar parte de un equipo, donde los sistemas de relación están de antemano estructurados, inevitablemente les genera conflicto.

Matthews y Saal (1978), detectaron la sensibilidad de personas tipo A al refuerzo positivo y deducen que el móvil de su actividad es obtener estímulos reforzantes. En cambio Gastorf y Teevan (1980), señalan que los mecanismos de evitación del fracaso son prioritarios a la hora de dirigir la acción. Estas dos hipótesis no resultan antagónicas dado que, es en definitiva, el control de estímulos externos, ya sea para aproximarse a los premios o para alejarse de los castigos, lo que dirige la actividad de estos individuos. El modelo de Glass, es un buen soporte para situar los elementos del comportamiento tipo A y explicar conductas básicas relacionadas con la impaciencia y la activación emocional, independientemente de que en el mismo se de énfasis al control externo de eventos para lograr el éxito o evitar el fracaso.

Prkachin y Harvey (1988), verificaron el modelo de Glass mediante un trabajo experimental, y concluyeron que en los sujetos con comportamiento tipo A ocurre simultáneamente una mayor habilidad para detectar las contingencias entre actuación y resultado que en las personas que no presentan este tipo de conducta, y una tendencia a desconfiar de las posibilidades de controlar los resultados mediante su conducta, ello al margen de lo objetivo o no de esta idea. De lo anterior, surge la perseverancia de las personas tipo A en las tareas y la multiplicidad de formas que emplean en la persecución de un solo objetivo. La negación de sus habilidades para controlar resultados va acompañada de una respuesta fisiológica con hiperactivación simpática y neuroendocrina. El sustento teórico de Glass es resultado de una interacción persona y ambiente que determina las características psicológicas así como las conductas específicas que pueden derivar en respuestas fisiológicas con repercusión cardiovascular y neuroendocrina para el sujeto.

En este mismo contexto, el **Modelo de Aprendizaje Cognitivo de Price** (1982), que se fundamenta en el paradigma del aprendizaje social de Bandura, hace hincapié en los elementos cognitivos que están en la base de la conducta de las personas tipo A. De acuerdo a esta autora, para

aproximarse a una comprensión del patrón comportamental de éstas personas, es preciso atender a las creencias y temores que moldean el desarrollo psicológico de quienes lo presentan, ya que la persistencia de sus respuestas tiene el valor de un hábito y cumple perfectamente el cometido de preservar los temores y las creencias de la persona tipo A. El medio sociolaboral también facilita el desarrollo de este esquema funcional en sujetos tipo A.

Al exponer su modelo, Price revisa los elementos que configuran las cogniciones (forma de pensar) de la persona, comenzando por la cultura que lo alberga. Además, repara en el análisis de los valores socioeconómicos y religiosos del mundo occidental considerado en la etapa de transición de una pasada economía puramente agrícola y artesanal a la industrialización progresivamente más acelerada que se vive en la actualidad.

Margolis y cols. (1983), plantean una **Aproximación Ecológica** respecto de la etiología del patrón de conducta tipo A, que a grandes rasgos resulta ser sólo una síntesis de la obra de Price. En ésta se analizan los niveles de interacción social que moldean las conductas tipo A, tratando de mostrar cómo el ecosistema occidental, desde sus aspectos morales hasta los familiares, pasando por el soporte institucional, constituyen actualmente el espacio ideal para moldear y reforzar conductas de tipo A. Para Price, esto es así debido a que el proceso psicológico en estudio nos ciñe a contemplar la evolución del sujeto desde el aprendizaje más temprano en su medio familiar donde pueden ya propiciarse tendencias a la competitividad, la urgencia, la atención prioritaria a los rendimientos o la agresividad, mediante el uso de refuerzos contingentes, y que además continúa su curso por las instituciones educativas que se sostienen sobre el mismo modelo, para así culminar en la vida laboral, donde, con base en lo aprendido, la persona pone a prueba toda su solvencia para la adquisición de logros y donde, a menudo, se pone también a prueba el equilibrio biológico del organismo para contender en el proceso físico de salud-enfermedad, y que sobre el particular nos merece atención especial el aspecto cardiovascular.

Price (1982), subraya que la conducta tipo A propiamente dicha, no es más que una forma de afrontamiento encaminada a preservar las creencias y combatir los temores, elementos cognitivos todos ellos que presiden el aprendizaje social de cualquier persona y que, en este caso, están moldeadas por la cultura, las instituciones y el medio familiar. La influencia de la familia sobre este modelo cognitivo es decisiva para la organización de conductas tipo A, sobre todo a través de varios modelos de interacción que pueden darse en uno o en ambos padres, así, cuanto más coherente sea el modelo ofrecido, más influirá en la adquisición de aprendizaje del hijo. En síntesis, para esta aproximación el

comportamiento tipo A se gesta y evoluciona en la infancia y en los años de formación de las personas, para llegar a su máxima expresión en la vida laboral, donde los temores y creencias adquieren un sentido indiscutible y la interacción con el trabajo puede traducirse punto por punto a su interacción parental primigenia.

Finalmente en este sentido, se habla del **Modelo de Autorregulación** que parte de la concepción de Krantz y Durel (1993), donde se considera que ante la tendencia constitucional o tempranamente condicionada de las personas con comportamiento tipo A, el organismo presenta fallas, ante los que no trata de reducir la consecuente respuesta acomodando para tal efecto mecanismos biológicos y psicológicos, sino que por el contrario promueve el mantenimiento de ese estadio. Ello explicaría por qué las personas tipo A dan preferencia a repertorios conductuales altamente capaces de promover la activación (Keltikangas y Raikonnen, 1988) como son la impaciencia y la hostilidad, y seleccionan del ambiente aquellos elementos cognitivos que fomentan las conductas de lucha. Esto justifica plenamente las observaciones de estas personas cuando manifiestan sentirse satisfechos psicológicamente y en pleno bienestar físico al aplicarse a tareas de gran competitividad en las que medie la impaciencia y la hostilidad, y explica también el malestar y temor que les produce la inactividad y el aburrimiento (Frankenhaeuser y cols. 1980). Así, puede deducirse entonces que lo que Krantz situaba en un modelo de condicionamiento respondiente, Frautschi y Chesney, (1985) lo completaron con un paradigma operante, en donde, obviamente, el reforzador está constituido por el éxito social, la superación y la obtención de rendimientos que, a su vez, generarán más interés por la demanda ambiental. El estado de activación condicionado actúa, para estas personas, como un estímulo discriminativo interoceptivo que moviliza su energía en forma de conductas tipo A y constituye probablemente el mecanismo esencial en torno del que se organiza la actividad y logros del patrón conductual tipo A. Cabe acotar, que las personas que manifiestan el modelo de conducta tipo A, por lo general son profundamente fieles a su vocación o profesión más que a otros aspectos de sus vidas en las que pueden ser relativamente descuidadas. Es importante aclarar, que no todos los aspectos de este tipo conductual necesitan ser presentados por una persona para ser clasificada como tipo A, ya que no se trata de un rasgo personal, ni de una reacción uniforme a una situación desafiante, sino de una reacción de la persona caracterológicamente predispuesta a una situación desafiante.

Conducta Tipo A y Enfermedad Coronaria.- Existen básicamente dos teorías acerca de cómo el alto nivel de reactividad de las personas tipo A y las condiciones de estrés pueden conducir hacia una enfermedad, particularmente cardiovascular, así como numerosos estudios que intentan dar explicación de la posible relación que existe entre ambas.

La Teoría Mecánica sugiere que en algunos individuos el estrés causa vasoconstricción en áreas periféricas al corazón, lo que a su vez acelera la tasa cardiaca. Así, al pasar más y más sangre a través de los vasos contraídos, presumiblemente se genera un deterioro y desgarramiento de las arterias coronarias que provoca lesiones arterioscleróticas.

Por su parte *La Teoría Química*, propone que la reacción hormonal, así como las catecolaminas pueden ejercer un efecto químico directo en los vasos sanguíneos, las subidas y bajadas constantes en los niveles de catecolaminas pueden provocar cambios continuos en la presión sanguínea, causando deterioro en las paredes de los vasos y como consecuencia el surgimiento de un padecimiento cardiovascular.

Por otro lado, siguiendo la *Teoría de la Terapia Racional Emotiva (TRE)* de A. Ellis (1962), es preciso señalar que Ellis y Grieger (1977) especularon que los individuos tipo A comparados con los tipo B sostendrían creencias irracionales que les estarían predisponiendo a comportarse de una manera derrotante. Específicamente se hipotetizó que un patrón de conducta tipo A sería atribuible a la estructura cognitiva de los individuos y que habrían relaciones significativas entre el patrón de conducta tipo A y las ideas irracionales, entendidas como creencias o fundamentos carentes de razón. Según ésta teoría, la irracionalidad o el sentir y actuar inadecuadamente lleva a la persona a causarse daño innecesariamente, cuando se tienen metas y propósitos absolutistas y perfeccionistas se es propenso a sentir trastornos emocionales. Así, puede entonces señalarse que en general las personas con conducta tipo de A mantienen creencias irracionales que les lleva a confrontar con los problemas inmediatamente y demandar soluciones perfectas de estos, tanto a sí mismos como a los demás, aunado a que también sostienen ideas irracionales que les causan una reacción exagerada ante los obstáculos que se encuentran al tratar de encontrar soluciones rápidas a esos problemas. En consecuencia, los individuos tipo A con su comportamiento constantemente se desenvuelven en ambientes de estrés sin hacer caso a las exigencias de la situación o la realidad de las circunstancias.

Asimismo, Eysenck y Fulker (1983), plantean que *Los Factores Genéticos* juegan un papel importante en la conducta de tipo A. De hecho estos autores presentan algunas conclusiones que corroborarían ésta afirmación, dada la presumible relación entre el modelo tipo A y algunas dimensiones de la personalidad. Existen también posiciones que defienden el rol que juega el aprendizaje en la manifestación de este patrón conductual. Valdés y De Flores (1985) afirman que el patrón de conducta tipo A es dependiente de la cultura y que se adquiere a través de aprendizajes sociales. Este patrón de conducta requiere de un ambiente propicio para su adquisición y mantenimiento. Suls y Sanders (citado por Moscoso,

1989), plantean la existencia de una predisposición de los individuos tipo A para auto involucrarse en situaciones, estresantes y propusieron una hipótesis de situación peligrosa, sugiriendo que los tipo A están en más alto riesgo para una variedad de desórdenes, porque están crónicamente expuestos a más situaciones de riesgo que las personas tipo B.

Los componentes del patrón conductual tipo A como son la prisa, competitividad, agresividad y hostilidad se encuentran íntimamente relacionados, y al parecer son interdependientes.

Diversos estudios como los Western Collaborative Group Study (Rosenman y cols, 1975) y Framingham (Haynes y cols., 1980) han demostrado que quienes poseen conducta tipo A se encuentran en riesgo de padecer alguna enfermedad coronaria. Por ello la American Heart Association (1981) considera al patrón de conducta tipo A como un factor de riesgo para la aparición de enfermedad coronaria, siendo tan importante como el colesterol excesivo o la hipertensión arterial y se le ha prestado ya gran interés en muchos países. No obstante, que en nuestro país se cuenta con amplia investigación en cardiología, son pocos los estudios sobre el comportamiento tipo A cuya importancia, además, radica en que no estando directamente asociado con conductas de consumo o síntomas clínicos puede predecir exitosamente el surgimiento de una enfermedad física tan importante como la cardiovascular (Jenkins y cols., 1978; Jenkins y Zyzanski, 1982).

La conducta tipo A se ha asociado con el aumento en la secreción de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina) que se presenta en respuesta a los retos de la vida diaria, como también a los retos psicológicos y físicos. El sujeto tipo A comparado con otros muestra una tasa cardíaca más elevada, mayor presión arterial sistólica y diastólica, mayor secreción de catecolaminas, mayor vasoconstricción periférica y cambios electrocardiográficos durante la entrevista clínica o al realizar tareas de tiempo de reacción, solución de problemas, exposición a ruidos o a factores aversivos no controlados y en pruebas de desempeño psicomotor.

El análisis del estilo de comportamiento tipo A ha sido abordado principalmente desde dos perspectivas: la psicofisiológica y la centrada en los factores ambientales y culturales vinculados a él. Dentro de esta última, se han realizado diversos estudios sobre las manifestaciones de los sujetos tipo A en el ámbito laboral fundamentalmente por dos razones: la primera es la evidencia empírica, desprendida de los trabajos de numerosos autores, de que este patrón de comportamiento se manifiesta y refuerza con mayor frecuencia e intensidad en el entorno organizacional, ya que se trata de un contexto en el que las presiones de tiempo y la competitividad surgen con mucha frecuencia (Chesney, 1983). La segunda es que, teniendo en cuenta que su orientación psicológica hacia el trabajo

se pone de manifiesto en la implicación laboral, la preocupación por el rendimiento, y su deseo competitivo de éxito y reconocimiento, se espera que estos individuos obtengan mayores logros reales (Glass 1977). En esta misma línea, otros autores han vinculado una alta categoría profesional al Patrón de Conducta Tipo A, así, Byrne y Reinhart (1995), relacionan la conducta tipo A con determinados perfiles profesionales, concretamente, los de mayor responsabilidad y estatus más alto.

El afán competitivo de éste tipo de sujetos los lleva directamente a querer ganar siempre en todas las actividades que se propongan. La persona tipo A mientras más veces gane, más hábil, competente y seguro se sentirá e intentará demostrárselo una y otra vez.

Así, el ambiente de trabajo ofrece a los tipos A un elemento de reto que en la mayoría de los casos refuerza al patrón conductual que poseen. En efecto, la investigación en conducta tipo A indica fuertemente que el ambiente actúa como catalizador para la presentación de este comportamiento. Y aunque los sujetos tipo A pueden realizar trabajos que tengan relación con su agresividad, ciertos ambientes de trabajo elicitán y refuerzan el patrón conductual tipo A (Rosenman y Chesney, 1982; Chesney y cols., 1980; Howard y cols., 1986).

Los hombres muestran con mayor probabilidad el patrón conductual tipo A que las mujeres. Mientras que la prevalencia relativamente elevada entre los hombres pudiera reflejar diferencias de género en agresión, algunos investigadores han sugerido que las variaciones por sexo en la prevalencia del patrón conductual tipo A son consecuencia más bien de la socialización de los roles sexuales.

El patrón tipo A es un estilo de respuesta que obliga a un sujeto a desempeñarse crónicamente a su máxima capacidad, con hiperreactividad a los retos o amenazas actuales de su ambiente.

Hay datos que indican que los sujetos con patrón conductual tipo A consumen más alcohol que otras personas, lo cual puede deberse, más bien a la alta frecuencia de ingestión de alcohol que a la cantidad ingerida por día. A este respecto se piensa en la probabilidad de que los individuos con comportamiento tipo A preponderantemente usen el alcohol como relajante ante el estado emocional que les produce su manera de pensar y de actuar, además se cree que el bebedor fuerte incrementa de manera importante su conducta agresiva.

Por lo general los sujetos tipo A tienen recursos sociales más pobres que otros. La hostilidad, la competitividad y urgencia de tiempo pueden impedir en buena medida la formación o extensión de redes de interacción

y soporte social, y estas pobres redes se asocian con dificultades en la salud física y psicológica.

En suma, la combinación de la inmunosupresión, el estilo de vida apresurado y un soporte social deficiente puede contribuir a elevar el riesgo de padecer enfermedad física entre ellas la cardiovascular en las personas que presentan un comportamiento tipo A.

El patrón conductual tipo A parece prevalecer en las áreas urbanas industrializadas y densamente pobladas. También, existe poca relación entre este patrón conductual y la edad, excepto por su relativa baja prevalencia en edades jóvenes.

b) Elementos característicos.

La relación entre estados, sucesos o procesos psicológicos y la salud orgánica ha sido ampliamente estudiada y referida en la literatura occidental desde la concepción aristotélica del cuerpo como forma del alma, pasando por una variedad de explicaciones tentativas de la relación mente-cuerpo, hasta llegar a los modelos actuales que delimitan con mayor precisión la relación entre algunos constructos psicológicos específicos con enfermedades orgánicas determinadas, casi todos estos modelos suelen en común enfatizar el papel de las emociones en la salud, sea por su valor adaptativo, sea participando en la génesis de las enfermedades, contribuyendo a su permanencia o favoreciendo su agravamiento. Dentro de los constructos psicológicos más estudiados se encuentra el patrón de conducta tipo A.

Como se ha mencionado, en general existen factores psicológicos que influyen en el inicio, desarrollo y prevalencia de la enfermedad física.

Las personas con habilidades deficientes en el estilo de afrontamiento a problemas de la vida, caracterizadas por respuestas incorrectas o ausencia de respuestas, a grandes rasgos, pueden tener como consecuencia:

- La incapacidad de adaptarse a los cambios que requiere el ambiente.
- La incapacidad para manejar y expresar sentimientos y emociones.
- La incapacidad para interpretar correctamente las exigencias, restricciones y oportunidades del ambiente.

- La incapacidad para formar relaciones interpersonales durables y gratificadoras.

Además, existen variables comunitarias y sociales que parecen estar implicadas en el funcionamiento físico de las personas entre las que se encuentran el empleo, el volumen de trabajo, el horario laboral y las actitudes hacia el trabajo.

El patrón de comportamiento tipo A es un constructo teórico de suma importancia en el estudio de los factores psicológicos que intervienen en la génesis de las enfermedades físicas.

A este tipo de conducta se le concibe actualmente con un perfil multidimensional constituido por factores de diversa naturaleza. En esencia, incluye componentes formales (voz alta, habla rápida, excesiva actividad psicomotriz, gesticulación y otros manierismos típicos), conductas abiertas o manifiestas (urgencia de tiempo, velocidad, hiperactividad e implicación en el trabajo), aspectos motivacionales (motivación al logro, competitividad, orientación al éxito y ambición), actitudes y emociones (hostilidad, impaciencia, ira, agresividad) y aspectos cognitivos (necesidad de control ambiental y estilo atribucional característico).

El patrón de conducta tipo A de acuerdo a Friedman y Rosenman (1974) se caracteriza por:

- *componentes de forma de expresión* (voz alta, habla rápida, gestos enfáticos otros manierismos);
- *actitudes y emociones* (hostilidad, impaciencia e implicación en el trabajo);
- *aspectos motivacionales* (motivación de logro, competitividad, orientación al éxito y ambición);
- *conductas manifiestas* (urgencia en el tiempo, velocidad e hiperactividad); y
- *aspectos cognitivos* (necesidad de control, estilo atribucional específico y criterios de evaluación ambiguos).

A pesar de que este estilo de comportamiento pueda estar constituido por todos y cada uno de los factores descritos, teóricamente parecería difícil que en un individuo se presenten todos simultáneamente, por lo que no

resulta indispensable que todos ellos confluyan para que entonces se considere el comportamiento como del tipo A.

El patrón de conducta tipo A ha sido muy investigado desde su aparición, existiendo estudios que apoyan el considerarlo como un factor de vulnerabilidad hacia los problemas coronarios y cardiovasculares en general, al igual que la hostilidad, la ira y la agresividad.

De estos factores, la ira, es de las emociones más estudiadas, por ser uno de los componentes más importantes del Patrón de conducta tipo A, así como por encontrarse fuertemente asociado con la enfermedad cardiovascular (Friedman y Rosenman, 1974).

La ira refiere una emoción displacentera compuesta por sentimientos de variable intensidad, conlleva una experiencia subjetiva (sentimientos y pensamientos), una activación fisiológica y neuroquímica y un determinado modo de expresión o afrontamiento. Las situaciones que la desencadenan están relacionadas con condiciones en las que somos heridos, engañados o traicionados, tienen que ver con el ejercicio de un control físico o psicológico en contra de nuestra voluntad o cuando se nos impide alcanzar una meta a la que consideramos tenemos derecho. También pueden actuar como desencadenantes de la ira la estimulación aversiva (dolor físico, exposición al humo de los cigarrillos, olores fuertes y altas temperaturas) o la falta de un mínimo de estimulación, tales como restricción física o psicológica (Lazarus, 1991).

El componente subjetivo o experiencial de la ira suele ser llamado experiencia de ira. Puede variar en intensidad, oscilando desde una irritación leve hasta la furia o rabia. La experiencia de ira parece ser más intensa cuando el individuo tiene baja tolerancia a la frustración, cuando la pérdida de aquello que se valora ocurre inesperadamente, cuando es percibida como excesivamente injusta y cuando compromete cualquier aspecto muy significativo para el individuo.

De igual modo, la ira se describe como una emoción primaria que se presenta cuando un organismo es bloqueado en la consecución de una meta o en la satisfacción de una necesidad (Diamond, 1982). Diversas conceptualizaciones al respecto enfatizan aspectos diferentes de esta emoción. Buss (1961) en su definición de reacciones de ira, incluye los componentes facial-esqueletal y autonómico, Feshbach (1964) considera la ira como un estado indiferenciado de activación emocional, Kaufman (1970) la define como una emoción que implica un estado de activación física coexistiendo con actos fantaseados o intencionados y culminando en efectos perjudiciales a otras personas. Novaco (1975), subraya los factores fisiológicos y cognitivos en sus definiciones de ira como estado emocional o reacción. Para Fernández-Abascal (1977), la ira es una

reacción de irritación, furia o cólera causada por la indignación y el enojo de sentir vulnerados nuestros derechos.

Como se ha señalado, la ira es un sentimiento displacentero que genera un impulso apremiante por hacer algo que elimine o dañe al agente que lo ha causado, es decir hay un deseo de destruir la fuente que la origina. Esta marcada característica de la ira de preparación para la acción hace que posea un importante componente motivacional. La ira es una de las emociones más intensas y más peligrosas, ya que su propósito funcional es el de destruir las barreras del entorno.

La distinción conceptual entre lo que es la experiencia y la expresión de ira ha adquirido una gran importancia. La experiencia de ira se refiere a los procesos subjetivos, a las emociones relacionadas y a los procesos cognitivos connotados por la hostilidad. La expresión de ira se refiere a la conducta agresiva consiguiente a la activación de la ira. No obstante las señaladas diferencias, ambos términos sin duda implican la ocurrencia de ira (Smith, 1994).

Spielberger, Krasner y Solomon (1988) formularon el llamado síndrome de ira-hostilidad-agresión (AHÍ) como un complejo asociado al riesgo de enfermedad coronaria mismo que incluye la ira en tanto estado y en tanto rasgo, así como también la expresión (ira-in e ira-out) y el control de la ira. Del mismo modo, señalaron que el posible mecanismo fisiológico implicado en la relación entre el complejo ira-hostilidad y los trastornos cardiovasculares podría ser la hiperactivación de los ejes simpático-adrenomedular y adenohipofisario-adrenocortical. Parece entonces, que tanto la alta activación puntual y repetida como la hiperactivación mantenida de estos ejes son las responsables de que los sujetos hostiles tengan una mayor incidencia de enfermedades coronarias.

Spielberger, Jacobs, Russell y Crane (1983) establecieron una especie de continuidad en la definición de ira, hostilidad y agresión. La ira es un concepto más simple que la hostilidad o la agresión, ira se refiere a un estado emocional, que consta de sensaciones que varían en intensidad, desde ligera irritación o enojo a furia y rabia. A pesar de que la hostilidad implica usualmente sensaciones airadas, este concepto tiene la connotación de un grupo complejo de actitudes que motivan conductas agresivas dirigidas a destrozarse objetos o injuriar a la gente. También ampliaron el concepto de ira, introduciendo la distinción entre estado y rasgo, definiéndola en función de estos elementos. Estado de ira es entendido como un estado emocional o condición que consta de sensaciones subjetivas de tensión, enojo, irritación, furia o rabia, con activación concomitante o arousal del sistema nervioso autónomo; y rasgo de ira es definido en términos de las diferencias individuales en cuanto a la frecuencia con que aparece el estado de ira a lo largo del tiempo.

Spielberger y cols. (1985) consideran que la experiencia de ira puede estudiarse a partir de dos manifestaciones, ira estado e ira rasgo. La primera, es la experiencia temporal de sentimientos subjetivos de tensión, enfado, irritación o furia en respuesta a una serie de eventos; suele ir acompañada de aumentos en la activación fisiológica. La ira rasgo se refiere a la disposición a experimentar episodios de ira de forma frecuente y/o pronunciada, ya sea por la percepción de un amplio rango de situaciones como provocadoras, por la predisposición a experimentar elevaciones más intensas, o bien debido a la interacción de ambos factores. La ira estado y la ira rasgo están íntimamente relacionadas. La activación fisiológica y neuroquímica se caracteriza por incrementos en la activación del sistema nervioso autónomo (SNA), del sistema endocrino y de la tensión muscular, así como por una serie de cambios respiratorios. El modo de afrontamiento o de expresión de ira se conoce con los términos de estilos de afrontamiento de la ira o expresión de ira. Spielberger y cols. (1985) señalan que hay dos modos fundamentales de expresión de la ira, interna y externa. La ira interna (ira-in) se refiere a la tendencia a suprimir los sentimientos de enfado, y a veces también los pensamientos, que se experimentan, no expresándolos abiertamente. Supone realizar un esfuerzo por parte del sujeto para que el enfado no sea observable; por tanto, como la energía generada por la ira no se expresa, puede repercutir internamente. La ira externa (ira-out) hace referencia a la tendencia a manifestar abiertamente los sentimientos de ira que se experimentan. Hay dos formas de expresión de la ira externa, una forma comunicativa o asertiva, que incluye expresiones no amenazantes de los sentimientos de ira o formas socialmente adecuadas de expresarla, y una forma agresiva, que incorpora la expresión de ira con el propósito de infligir daño.

Johnson (1990) propone tres estilos diferentes de afrontamiento para disminuir la sensación displacentera de la emoción de ira que son la supresión de la ira (anger-in), la expresión de la ira (anger-out) y, por último, el control de la ira (anger-control). En el estilo de supresión de la ira el sujeto afronta la situación reprimiendo la expresión verbal o física. En la expresión de la ira el sujeto manifiesta conductas airadas, verbales o físicas, hacia sujetos y/u objetos, pero sin la intención de producir daño a una persona. Finalmente, en el control de la ira el sujeto tratará de canalizar su energía emocional para proyectarla hacia fines más constructivos y llegar a una resolución positiva del conflicto. En este último estilo, el control de la ira, sería la alternativa más adecuada para reducir la probabilidad de riesgo de coronariopatías o padecimientos cardiovasculares. En cambio, los sujetos que presentan el estilo supresión de la ira son muy susceptibles de sufrir trastornos cardiovasculares. En cuanto a los sujetos que presentan un estilo de expresión de la ira, además de suponer una activación fisiológica mayor, también es dado

creer que de este modo socavan el apoyo social, lo cual redundaría en una mayor vulnerabilidad a las enfermedades en general.

Por su parte, la agresividad es la forma de afrontamiento o preparación para la acción de la ira y la hostilidad, pero que al estar socialmente penalizada obliga a desarrollar formas de afrontamiento alternativo, que habitualmente no requieren de la importante activación fisiológica que la ira y la hostilidad desencadenan, tornándose esta activación en contra de la salud. El término agresión suele utilizarse para aludir a la conducta o conductas destructivas o punitivas dirigidas hacia otras personas u objetos. Estas conductas suelen ir acompañadas por una serie de cambios en la expresión facial, en el tono y en el volumen de voz, en la postura y en el movimiento, que pueden ser observados directamente. Aunque el término agresión suele emplearse para designar a conductas de ataque que son destructivas o dañinas, también pueden ser considerados actos de agresión las conductas de omisión voluntaria y consciente que hacen que otra persona pueda recibir un estímulo aversivo. Pero tanto la ira como la agresión, esto es, las dimensiones subjetiva y conductual resultan ser variables inestables y transitorias en el tiempo. Por consiguiente, los estudios referidos a la relación entre el complejo ira-hostilidad, o el síndrome AHI y las coronariopatías, se han centrado fundamentalmente en la consideración de la dimensión cognitiva, es decir, en la hostilidad que resulta estable y duradera en el tiempo. Diferentes estudios han señalado que los sujetos hostiles son más proclives a desarrollar coronariopatías, que los no hostiles, e incluso han mostrado que algunas situaciones de ira pueden precipitar los procesos de enfermedades cardiovasculares (Matthews, Glass, Rosenman y Bortner, 1977).

De entre la serie de procesos que se han sugerido como posibles mecanismos explicativos de la relación entre ira-hostilidad y salud, la reactividad fisiológica ha sido un elemento común en la mayoría de los estudios (Smith y Brown, 1991). La hostilidad está asociada con un incremento de la reactividad cardiovascular a desafíos psicológicos, misma que puede contribuir a la enfermedad coronaria (Smith, 1992) aunque cabe aclarar existen algunos autores que están en desacuerdo al respecto.

Yuen y Kuiper (1991) en diversos estudios que realizaron concluyeron que la hostilidad, ira y agresión pueden ser vistos como los componentes cognitivos, afectivos y conductuales del comportamiento tipo A, y que estas actitudes hostiles pueden formar un esquema cognitivo inadaptativo que, en conjunción con un amplio rango de sucesos ambientales, producirían con más frecuencia e intensidad estados de ira.

Es importante mencionar que ira, hostilidad y agresividad no son factores de riesgo independientes de los demás, sino que, cuando se presentan interactúan con algunos de ellos. Así, las personas con una actitud hostil

frecuentemente manifiestan episodios de ira, consecuencia de lo cual mantienen estados de hipervigilancia y de hiperdemanda cardiovascular y neuroendocrina. Esto es especialmente crítico para las personas hipertensas, pues la unión de ambos factores multiplica el riesgo de padecer una cardiopatía isquémica algún otro trastorno cardiovascular.

Para Buss (1961), la hostilidad se describe como una actitud que implica una respuesta verbal implícita; Plutchik (1980) la considera como una mezcla de ira y disgusto asociada con indignación, desprecio y resentimiento; y Saúl (1976) como una fuerza motivarte, ya sea impulso consciente o inconsciente, tendencia, intento, reacción, que va dirigida a injuriar o destrozar algún objeto, estando acompañada usualmente por un sentimiento o emoción de ira (citados por Fernández-Abascal y Martín, 1995).

La hostilidad implica una actitud social de resentimiento que conlleva respuestas verbales o motrices implícitas. Es un sentimiento mantenido en el que se dan lugar el resentimiento, la indignación, la acritud y la animosidad. Es una actitud cínica acerca de la naturaleza humana en general. En situaciones puntuales se puede llegar al rencor y a la violencia, aunque lo más frecuente es que la hostilidad sea expresada en modos muy sutiles, que no violen las normas sociales.

La hostilidad es considerada por los investigadores como una variable compleja de difícil conceptualización y delimitación como se ha expresado. No obstante, puede decirse que esta es el resultado de las influencias del sujeto recibidas por parte del ambiente a lo largo de su vida, ya que el factor genético, según estudios realizados, cuando actúa, lo hace de modo muy reducido. Los sujetos que presentan hostilidad se caracterizan por esperar lo peor de los demás, estar siempre a la defensiva, crear ambientes de tensión y competitividad y percibir al entorno como un espacio de lucha para lograr objetivos. Para Smith (1992) la ira, la agresión y hostilidad están íntimamente relacionadas y es esta mutua relación lo que impide una fácil diferenciación de las mismas. Sin embargo, la distinción entre afecto, cognición y conducta permite un marco de referencia útil para establecer diferencias entre las nociones en comento.

La hostilidad implica la presencia de una serie de creencias, expectativas y actitudes negativas relativamente duraderas y estables acerca de las personas y de las cosas. Predominan como creencias el cinismo y las atribuciones hostiles, se piensa que las demás personas son generalmente mezquinas, egoístas, deshonestas, antisociales e inmorales. Las demás personas constituyen una fuente de amenaza y tienen intenciones malevolentes (Barefoot, 1992). Otras creencias consisten en considerar que todo lo que el sujeto tipo A hace, piensa y dice es correcto, que los demás son ignorantes e ineptos (Friedman, 1983) y que los recursos

disponibles son escasos y finitos, por lo que hay que luchar contra los demás para poder cubrir las necesidades (Price, 1982). Asociadas a lo anterior aparecen expectativas negativas como desconfianza o sospecha. No se confía en la bondad de los otros, se estima poco probable que estos cumplan con sus obligaciones, sean agradables y cooperativos sin un propósito determinado (Barefoot, 1992). También puede manifestarse una actitud negativa caracterizada por enemistad, negativismo y resentimiento (Smith, 1994).

Dos grandes revisiones meta analíticas sobre conductas y factores de personalidad asociados con los trastornos coronarios, como son la de Booth, Kewlwy y Friedman (1987) y la de Matthews (1988), apuntan en sus resultados que la ira y la hostilidad son predictores significativos de trastornos coronarios, con la particularidad de que, entre ellas, la hostilidad presenta la asociación más alta.

También se ha examinado la hostilidad como posible factor de riesgo de recurrencia o empeoramiento de sucesos cardíacos en sujetos que ya tienen un trastorno coronario manifiesto. Los datos del trabajo de Helmers (1993) con 80 pacientes coronarios muestran una relación positiva entre hostilidad e isquemia en mujeres y hombres de mediana edad, aunque esta fue menos evidente en hombres más mayores.

El riesgo que suponen la ira y la hostilidad en el desarrollo de la cardiopatía isquémica, por ejemplo, es de seis veces y media más elevado en las personas que manifiestan altos niveles de hostilidad (Barefoot, Dahlstrom y Williams, 1983).

c) El estrés y su relación con la conducta tipo A.

El análisis de la conducta tipo A y sus componentes de ira, hostilidad y agresividad de los que ya se ha hablado, van ineludiblemente acompañados del fenómeno de estrés, por lo que sin duda resulta importante referirse a éste y la relación que guarda con el comportamiento tipo A, donde cabe subrayar no se trata de lo mismo.

La conducta tipo A no es una situación estresante, es más bien un estilo de conductas manifiestas, es decir, una forma de comportamiento que se utiliza para afrontar situaciones de la vida. Este patrón de comportamiento puede presentarse ya sea por situaciones placenteras o problemáticas, pero es detonada particularmente por situaciones que se perciben como retos relevantes. El patrón conductual tipo A se manifiesta por valores característicos, pensamientos, aproximaciones y relaciones

interpersonales, tanto como por gestos característicos, expresiones faciales, actividad motora, estilo de hablar; así también, son sujetos ordenados, bien organizados, autocontrolados, autoconfidentes, que prefieren trabajar solos cuando se encuentran bajo presión, no se distraen fácilmente cuando desempeñan alguna tarea, son hiperalertas, competitivos, tensos, impacientes, agresivos, concientes del tiempo, profundamente involucrados en su vocación, les cuesta mucho trabajo relajarse, se encuentran en un estado crónico de lucha por controlar el ambiente y son hostiles.

El término estrés ha sido utilizado desde el siglo XVI, para referirse a experiencias dificultades, negativas tales como adversidades, sufrimiento, aflicción, etc. En el siglo XVII, el biólogo y físico R. Hooke lo asoció con fenómenos físicos, en donde el estrés fue concebido como una fuerza interna generada dentro de un cuerpo por la acción de otra fuerza que tiende a distorsionar dicho cuerpo (strain). Cannon (1932), planteó una hipótesis sobre homeostasis, es decir, respecto de la capacidad que tiene todo organismo para mantener un constante equilibrio interno relacionando al estrés como un proceso homeostático.

Zaldivar, Guevara y Roca (1996), definen el estrés como un estado o vivencia displacentero sostenido en el tiempo, acompañado en menor o mayor medida de trastornos psicofisiológicos que surgen en el individuo como consecuencia de la alteración de sus relaciones con el ambiente, mismo que impone al sujeto demandas o exigencias, las cuáles objetiva o subjetivamente, resultan amenazantes para él y sobre las que tiene o cree tener poco o ningún control.

Delgado y Palomino (1999), entienden al estrés como una respuesta psicofísica que prepara al organismo a responder frente a un estímulo (interno o externo) de manera positiva (eustrés) o negativa (distrés), en donde interviene una mediación cognitiva del estresor (appraisal) y un tipo de afrontamiento característico de cada individuo (coping).

Sandín (1989), afirma que el estrés se produce cuando ocurre una alteración en el funcionamiento normal del organismo por la acción de algún agente externo psicológico, en relación al entorno familiar y laboral. Con base en los resultados alcanzados sobre éste proceso, se destaca la importancia de realizar estudios preventivos, integrando aspectos cognitivos, afectivos, conductuales y biológicos con una perspectiva sistémica, que conformen un análisis más profundo para el pronóstico y tratamiento del patrón de conducta tipo A.

Lazarus, define al estrés como una relación particular que se establece entre el sujeto y el entorno, la cual es evaluada por éste como

amenazante y desbordante de sus recursos por lo que pone en peligro su bienestar.

Para hacer frente a las situaciones de estrés el individuo cuenta con diversas formas de afrontamiento. Uno de los principales elementos del modelo transaccional de Lazarus lo constituye el concepto de afrontamiento, considerado como un proceso mediado por factores personales, contextuales y ambientales, así como la interrelación de los mismos. El término afrontamiento lo define como todos aquellos esfuerzos cognoscitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas e internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Es decir, el afrontamiento está en función de lo que un individuo piensa o hace (Lazarus y Folkman, 1987).

A partir de las consideraciones anteriores, dichos autores proponen un modelo transaccional para el estudio del estrés, considerando al afrontamiento como un proceso y abordándolo desde un punto de vista interaccionista, en donde también es importante no solo los aspectos contextuales, sino también la valoración que el sujeto hace de los mismos. Este concepto de valoración es visto como un proceso en el cual el individuo es capaz de determinar las consecuencias que un acontecimiento o situación pueden provocar y de esto dependerá la evaluación que haga de los citados acontecimientos. Este proceso lo dividen en tres fases: evaluación primaria, evaluación secundaria y afrontamiento. El concepto cuyo estudio nos ocupa, aunque propuesto hace muchos años, actualmente se considera por muchos teóricos como el más adecuado para explicar el estrés como proceso.

Evaluación Primaria.- Se refiere a cómo el individuo percibe o interpreta la situación que se le está presentando y que podría ser de tres maneras: a) irrelevante, b)) benigna-positiva, y c) estresante. Cuando la situación o el ambiente no implican problemas para el individuo, se puede decir que pertenece a la categoría de irrelevante. El sujeto no manifiesta preocupación o interés por las posibles consecuencias y no pierde ni gana nada en esta situación. Aunque éste tipo de evaluaciones no son de gran interés adaptativo por sí mismas, sí lo son los procesos cognoscitivos necesarios para la catalogación de un acontecimiento (Cohen y cols., 1999; Gross, 1999; Lazarus y Folkman, 1986). Las evaluaciones benigno-positivas se dan cuando las consecuencias de una situación o evento se valoran como positivas. Dichas evaluaciones se distinguen por generar emociones placenteras, tales como alegría, amor, felicidad, etc. Sin embargo, estas evaluaciones totalmente benigno-positivas, sin que exista un ligero malestar de aprensión o temor, son raras y pueden llegar a ser complejas o mixtas.

Las evaluaciones estresantes son aquellas en las cuales hay daño o pérdida y el individuo ya ha padecido algún perjuicio, como enfermedades, accidentes, lesiones, daños a la autoestima, pérdida de afecto social o de alguna persona significativa para él. Los acontecimientos más nocivos son aquellos en los cuales ya se han dado pérdidas de compromisos importantes.

Dentro de las evaluaciones estresantes se podrían considerar otros dos aspectos, que son la amenaza y el desafío. La amenaza se refiere a aquellos daños o pérdidas que aún no ocurren pero que pueden suceder. Incluso cuando ya se han dado algunos acontecimientos de éste tipo, de todas maneras se consideran como amenaza por las implicaciones negativas para el futuro que toda pérdida trae como consecuencia. Un factor adaptativo de la amenaza sería el afrontamiento anticipativo, ya que en esta medida el sujeto puede planear y tratar por anticipado algunas dificultades que tendrá en un futuro. El otro aspecto del desafío, es parecido a la amenaza en el sentido de que los dos implican la movilización de estrategias de afrontamiento. La diferencia fundamental es que en el desafío hay una valoración de los esfuerzos necesarios para vencer en la confrontación, los cuales se caracterizan por generar emociones placenteras, tales como impaciencia, excitación y regocijo, mientras que en la amenaza se valora principalmente el potencial lesivo, el cual se acompaña de emociones negativas como miedo, ansiedad o mal humor (Cohen y cols., 1999; Gross, 1999; Lazarus y Folkman, 1986).

No obstante que las evaluaciones de amenaza y desafío difieren entre sí por sus componentes cognoscitivos y afectivos, pueden ocurrir de forma simultánea. La relación entre las evaluaciones de amenaza y desafío pueden cambiar a lo largo de una misma situación (por ejemplo, una situación puede evaluarse al principio como más amenazante que desafiante y después invertirse, como resultado de los esfuerzos cognoscitivos de afrontamiento). Los distintos autores señalan que el desafío tiene importantes implicaciones en el proceso de adaptación. Así ocurre, que en aquellas personas para las que los acontecimientos significan un reto, probablemente tengan muchas más ventajas en cuanto a funcionamiento y salud que en aquellas que fácilmente se sienten amenazadas. Por lo que hace a la manera en que un individuo valora las situaciones esta se encuentra condicionada a las diferencias individuales y a la propia historia individual de cada persona (Cohen y cols., 1999; Gross, 1999; Lazarus y Folkman, 1986; Palmer y Breva, 1998; Ribes, 1990; Suzuki y Sakano, 1998).

Evaluación Secundaria.- Se caracteriza por estar orientada a determinar qué es lo que puede hacerse y los resultados que de ello dependan; de que pueda hacerse algo así como de lo que esté en riesgo. (Lazarus y Folkman, 1987; Mathews y MacLeod, 1994; Gross, 1999; Cohen y cols.,

1999). Estos autores coinciden en que la evaluación secundaria no es solamente un ejercicio intelectual encaminado al reconocimiento de aquellos recursos que puedan aplicarse en una situación determinada, sino que, además, es un proceso evaluativo de aquellas estrategias de las cuales se obtiene la seguridad de que una opción determinada cumplirá con lo que se espera, así como la seguridad de que dicha estrategia particular o un grupo de ellas sean eficaces. De igual modo, la evaluación de las estrategias implica valorar también las consecuencias de utilizar una estrategia o estrategias determinadas para una situación en particular, así como las demandas externas o internas que podrían presentarse.

Afrontamiento.- En el modelo transaccional de estrés, el afrontamiento se define en función de lo que el individuo hace o piensa. Lazarus y Folkman hacen referencia al afrontamiento como los esfuerzos necesarios para manejar las demandas estresantes, independientemente del resultado. Distinguen dos tipos de afrontamiento: 1) El afrontamiento dirigido al problema, que tiene como función manejar la fuente de estrés y predomina cuando la persona considera que puede hacerse algo eficaz; y 2) el afrontamiento dirigido a la emoción, donde se tratan de regular únicamente las emociones estresantes asociadas a la situación y predomina cuando la persona considera que el estresor es perdurable. Esto significa que ninguna estrategia se considera inherentemente mejor o peor que otra. La calidad de una estrategia (su eficacia o idoneidad) está determinada solamente por sus efectos en una situación particular y a largo plazo, y aún las personas que usan la negación o la evitación como forma de afrontamiento experimentan un alivio emocional mayor en la primera situación amenazante, pero muestran constantemente vulnerabilidad en todas las demás situaciones que se les presenten. Por otro lado, la gente que se enfrenta a la amenaza de forma vigilante puede, en un principio, sufrir más trastornos, pero en las subsecuentes ocasiones experimentarán una menor perturbación puesto que habrán adquirido más habilidades para dominar la demanda de la situación (Lazarus y Folkman, 1986).

Las características que hacen que un evento pueda ser estresante son la impredecibilidad y la incontrolabilidad de los acontecimientos, y aunque los sucesos vitales mayores pueden llegar a tener un gran nivel estresante para el sujeto, estos no se presentan con la misma frecuencia que los contratiempos cotidianos, que son pequeños eventos que suelen presentarse diariamente pero que si no son manejados de manera adecuada por el sujeto, pueden acarrear problemas de salud a largo plazo o empeorar alguna enfermedad ya existente. El manejo del estrés es uno de los elementos fundamentales para mejorar la calidad de vida de los individuos. El afrontamiento parece constituir un buen mediador de la relación entre la situación estresante y la enfermedad o la salud, que sin duda influye en las respuestas fisiológicas y emocionales.

El estrés produce diversas reacciones corporales. Los sistemas cardiovascular, respiratorio, digestivo, endocrino y nervioso, entre otros, trabajan en forma extraordinaria cuando experimentan estrés. Cuando estos sistemas están constantemente sobrecargados durante largos periodos de la vida de una persona, aumenta la probabilidad de que ocurra algún trastorno físico.

Las estrategias de afrontamiento más utilizadas son el afrontamiento directo, búsqueda de apoyo social, planificación y solución de problemas, reevaluación o interpretación positiva, autocontrol, escape-evitación, distanciamiento, aceptación, distractores, redefinición de situaciones, desahogo de emociones, relajación, religión, catarsis, conductas de autocuidado, consumo de alcohol, drogas y refrenar o posponer el afrontamiento, entre otras.

d) Investigaciones relevantes.

No obstante los esfuerzos realizados en diversas y múltiples investigaciones para evaluar la evidencia de la conducta tipo A como factor de riesgo en la etiología de los padecimientos cardiovasculares, la importancia acerca de este papel es todavía en la actualidad parte fundamental en la labor de la comunidad científica.

Aunque la relación entre el comportamiento tipo A y los trastornos cardiovasculares parece generalmente aceptada, los mecanismos que unen tal relación no han sido del todo definidos, actualmente existen varias líneas de trabajo que intentan encontrar un nexo específico y particular entre la conducta tipo A y las enfermedades cardíacas. Uno de los aspectos más importantes del tipo A es la reactividad psicofisiológica, que contribuye al daño arterial, la cual es expresada en características del tipo A. La hiperreactividad es una posible explicación a la tendencia desproporcionada de los individuos tipo A hacia graves accidentes que implican daño o muerte, y ha sido estudiada como un mediador entre el tipo A y la realización de tareas.

La elaboración de tres relevantes estudios prospectivos sobre el patrón de conducta tipo A, llevó a su confirmación como un factor de riesgo de trastornos cardiovasculares, particularmente coronarios.

En un primer estudio, en el Western Collaborative Group Study (WCGS) se llevó a cabo un seguimiento de 3154 hombres sin trastornos coronarios

(Rosenman, 1975), durante ocho años y medio de seguimiento, los datos obtenidos al final de ello mostraron que los sujetos que presentaban patrón de conducta tipo A, valorado con la entrevista estructurada de Jenkins (Rosenman, 1964) tuvieron el doble de probabilidad de desarrollar un trastorno coronario, comparados con los que presentaron un patrón de conducta distinto.

Por su parte, en un segundo estudio en el Framingham Study of Coronary Risk, a los ocho años de seguimiento de 1674 individuos se encontró una incidencia significativa del tipo A, valorado con la escala de Framingham, en la enfermedad coronaria, en mujeres tipo A, comparadas con las tipo B, se encontró una incidencia doble de enfermedad coronaria y otra triple de angina de pecho; en hombres entre 45 y 64 años de edad este patrón de conducta se asoció con una duplicación del riesgo de angina de pecho, infarto de miocardio y de enfermedad coronaria en general, un dato importante es que esta asociación fue independiente de los demás factores de riesgo (Haynes, 1980).

En un tercer estudio, el Belgian-French Pooling Project (1984) usando la escala de Bortner (Bortner, 1969) para valorar el patrón de conducta tipo A, se encontró un doble de incidencia de trastornos coronarios en las personas situadas en el último cuarto de la escala, comparadas con las que estaban en el primer cuarto.

Mattews, Glass, Rosenman y Bortner (1977) analizando factorialmente las puntuaciones de la entrevista estructurada obtenidas en el Western Collaborative Group Study encontraron cinco factores, cada uno de los cuales representa un patrón de características diferentes, los análisis posteriores de las características individuales revelaron que la hostilidad y ciertos estilos de voz fueron los más predictivos de enfermedad coronaria.

Empleando un sistema diferente de puntuación, Dembroski, McDougall, Costa y Grandits (1989) realizaron el mismo estudio con los datos del Multiple Risk Factor Intervention Trial y, tanto en análisis univariados como multivariados en los que se controlaron los factores de riesgo tradicionales, la hostilidad fue significativa y positivamente asociada con incidencia de enfermedad coronaria.

Como se puede observar, en estos estudios parece ser que la hostilidad, valorada con la entrevista estructurada, es el componente mas destacado y fiable como predictor de la enfermedad coronaria, aunque no parece ser el único; así Scherwitz, Gram, Grandits y Billings (1990) realizando las entrevistas de 384 sujetos control y 193 individuos que habían tenido trastornos coronarios durante 7 años de seguimiento en el Multiple Risk Factor Intervention Trial encontraron que los componentes

significativamente asociados con incidencia de enfermedad coronaria fueron las características de énfasis en la voz y latencia de respuestas.

En el estudio prospectivo Recurrent Coronary Prevention Project, a los 4.5 años de seguimiento de 1012 pacientes que habían tenido infarto de miocardio, los análisis univariados mostraron que el tipo A medido con la entrevista estructurada (Rosenman, 1964) fue un predictor independiente de muerte cardíaca súbita; los pacientes que no tuvieron recurrencia de ningún tipo tenían una puntuación más baja en patrón de conducta tipo A (Brackett y Powell, 1988).

Sprafka, Folsom, Burke, Hahn y Pirie (1990), con parte de los sujetos participantes en el Minnesota Heart Survey, encontraron una relación significativa entre el tipo A, valorado con el Inventario de Actividad de Jenkins (Jenkins Activity Survey, JAS) (Jenkins, Zyzansky y Rosenman, 1979), y la prevalencia de la enfermedad coronaria, aunque esta incidencia varió con las razas, siendo más alta la angina de pecho y el ataque cardíaco en personas de raza negra que en blancos.

Según Goldstein y Niaura (1992) la evidencia epidemiológica sugiere que el patrón de conducta tipo A es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad coronaria, pero la evidencia reciente sugiere que una vez que la enfermedad coronaria está presente o el riesgo es alto, la presencia del patrón de conducta tipo A no incrementa el riesgo de tener posteriores sucesos mórbidos, excepto quizá muerte cardíaca súbita.

También, el enojo y la hostilidad, característicos del sujeto con patrón conductual tipo A, se asocian con el aumento de la descarga de noradrenalina, con la incidencia elevada de enfermedad coronaria, así como con un incremento en la severidad de la aterosclerosis. Además, éste patrón conductual se asocia con el aumento del tiempo de coagulación y con el incremento de la agregación plaquetaria. Los sujetos tipo A muestran una mayor reactividad autonómica simpática que los no lo son bajo circunstancias de frustración o competitivas, lo cual puede ser una explicación para el riesgo incrementado de padecer enfermedad coronaria (Fontana y cols., 1986). Los sujetos tipo A responden frecuentemente a los diversos retos que perciben con incrementos de frecuencia cardíaca, de conductancia de la piel o de presión arterial mayores que los observados en otras personas. Diversos retos producen diferentes patrones fisiológicos de respuesta, debido a las características de estos sujetos (competitividad, hostilidad, velocidad e impaciencia). Se ha mencionado que todo individuo presenta patrones de respuesta conductual y fisiológica que no varían mucho en el tiempo. Parece probable que el patrón conductual en la mayoría de las personas es relativamente estable en el tiempo (Rosenman, 1978). Fontana y cols. (1986) suponen que la excitación simpática excesiva es la vía fisiológica

que une a la inseguridad social y a la conducta tipo A con la aterosclerosis coronaria. Lo atractivo de esta hipótesis deriva del hecho que la excesiva excitación simpática ha sido postulada como el principal mecanismo que contribuye al desarrollo de enfermedad coronaria, según Friedman (1969). La conexión entre el patrón conductual tipo A y la excitación simpática se ha establecido en los estudios Matthews (1982) y los de Houston, Smith y Cates (1989).

Existen reportes de que la aterosclerosis y el patrón conductual tipo A no se restringen a las enfermedades coronarias, ya que también influyen en la enfermedad cerebral o vascular periférica y coronaria. Otro dato importante consiste en que los tipo A tienen un riesgo más elevado de tener accidentes o de morir violentamente por la impaciencia, hostilidad y agresividad que presentan.

Los resultados de la revisión sobre el patrón de conducta tipo A y la enfermedad coronaria llevada a cabo por Booth-Kewley y Friedman (1987), los llevaron a confirmar que existe una relación entre éste patrón de conducta, la enfermedad coronaria, y otras enfermedades oclusivas, siendo su efecto comparable al de otros factores de riesgo de la enfermedad, y que entre los aspectos que más se relacionan con la enfermedad está la conducta competitiva.

La revisión hecha por Krantz y Manuck (1984) sobre un total de 37 estudios que compararon respuestas psicofisiológicas, llevó a la conclusión de que los tipos de personas A y B¹ no diferían en las medidas psicofisiológicas en situación de descanso, 26 de los estudios informaron de una gran reactividad en los sujetos tipo A durante circunstancias estresantes, misma que se manifestó en una variedad de medidas tomadas, fueran cardiovasculares o endocrinas, de entre ellas, la más consistente en éstos estudios fue la presión sistólica. Algo importante es la interacción entre persona y situación que se produce en el tipo A, de tal manera que las diferencias entre tipo A y B son más pronunciadas bajo circunstancias particularmente desafiantes. Ejemplo de ello es que el componente motivacional del patrón de conducta tipo A es diferente al del patrón de conducta tipo B. En el primer caso, se orienta hacia la

¹ El patrón de conducta tipo B, según algunos autores, se da en oposición al tipo A y es una forma de comportamiento que se caracteriza por expresión general de relajación y calma, atención tranquila, habla suave y con volumen bajo, no apresurado. La persona con comportamiento tipo B, da respuestas extensas y prolijas, no omite finales de frases o palabras, posee un ritmo del habla lento o moderado sin aceleraciones, casi nunca interrumpe, no presiona a la otra persona para que termine de hablar, muestra indiferencia ante atascos y largas filas de espera, no usa gestos, tiene una expresión general de calma, es introvertido, es adaptable a las opiniones y generalmente no tiene sensación de urgencia o impaciencia, raramente se muestra hostil.

consecución de objetivos ambiciosos que conducen al éxito, y en el segundo hacia la satisfacción de necesidades sin la excesiva preocupación por el logro de metas exigentes.

Houston y cols. (1992) consideran que los individuos que son clasificados como tipo A son heterogéneos en sus características y no se puede ignorar que ciertas combinaciones o patrones de componentes puedan predecir riesgos de enfermedad coronaria; estos autores encontraron que hay más de un patrón de características tipo A que está relacionado positivamente con la incidencia de enfermedad coronaria. Más de un patrón que no está relacionado y más de un patrón que está inversamente relacionado. El más relacionado con el riesgo coronario, sin ajustar los análisis para los demás factores de riesgo, es un patrón compuesto por las características de la voz elevada y hostilidad alta; en análisis tanto ajustados como sin ajustar, sería un patrón compuesto por la combinación de competitividad y prisa, sin contener la variable de hostilidad; este patrón resultó ser el más predictivo y se sugiere que puede representar una hostilidad encubierta.

El componente de urgencia de tiempo también es importante en el diagnóstico del patrón de conducta tipo A, como elemento que contribuye al incremento del riesgo de trastornos coronarios (Friedman y Ghandour, 1993).

En relación a las consecuencias del patrón de conducta tipo A para los sujetos que lo manifiestan, en general se sabe que algunos de sus componentes, por ejemplo los motivacionales, pueden tener repercusiones positivas para la vida laboral del individuo. Sin embargo, otros, como la hostilidad e impaciencia, como se ha señalado, pueden repercutir negativamente el bienestar físico, social y emocional de las personas.

Aunque los estudios sobre la influencia del patrón de conducta tipo A en el proceso de socialización laboral no son abundantes, con base en los datos obtenidos de las investigaciones realizadas por García y Berrios (1998), en cuanto a las repercusiones que éstos estilos de comportamiento pueden tener en el entorno laboral puede señalarse que hay metas organizacionales que se consiguen gracias a las habilidades y energías de los individuos, y éstos, a su vez, cubren sus necesidades y objetivos gracias a los recursos organizacionales (Porter, Lawler y Hackman, 1975), pero según los resultados obtenidos, se puede pensar que, teniendo en cuenta el significado que tiene el trabajo en los sujetos tipo A, éstos pueden aportar al contexto laboral una serie de actitudes cuyas repercusiones en el desempeño serían positivas y deseables para la organización y para el individuo. No obstante, si las características que definen a las personas con este tipo de comportamiento se presentan en grado extremo, o prevalecen los componentes relacionados con los problemas de salud como la ira, hostilidad, agresividad y competitividad,

aumentará la probabilidad de que el sujeto experimente incrementos en los niveles de estrés, trastornos coronarios y otros efectos nocivos para su bienestar físico y psicológico.

Sobre la base de éste planteamiento respecto del entorno laboral, puede concretarse que los sujetos con patrón de conducta tipo A van a estar preocupados y motivados por un desarrollo ascendente de su carrera que les proporcione éxito, superación y reconocimiento social; por lo tanto, considerarán al trabajo como una actividad central en sus vidas ya que, a través del mismo, podrán ver cumplidas todas sus aspiraciones y ambiciones.

También, diferentes investigaciones han puesto de manifiesto, por una parte, la relación positiva entre la motivación de logro y el desempeño; y por otra, la relación entre la impaciencia-irritabilidad y los problemas de salud emocional, como ansiedad y depresión (Barling y Boswell, 1995), y de salud física como la elevada probabilidad de padecer trastornos coronarios (Dembroski y cols, 1985; Bryant y Yarnold, 1991).

Finalmente y en otro orden de ideas, el patrón conductual tipo A también ha sido identificado en niños de preescolar y primaria. Aunque como en muchas enfermedades que empiezan en la infancia y adolescencia, debido a la ausencia de investigación longitudinal, se sabe poco acerca de la relación entre el patrón conductual tipo A en niños y cómo éste patrón y el riesgo de la enfermedad coronaria pueden desarrollarse hasta llegar a la adultez (Bergman y Magnusson, 1986; Eagleston y cols., 1986; Jennings y Matthews, 1984; Siegel y Leitch, 1981; Siegel y cols., 1981; Visintainer y Matthews, 1987).

No obstante lo anterior, se ha observado que el comportamiento tipo A en los niños se parece al de los adultos, con exhibición de gran competitividad, agresividad, energía sin límites por lo que son incansables e impacientes. Por estas razones es válido pensar, como lo han sostenido diversos autores, que el ambiente juega un papel de mayor importancia que el genético en el desarrollo del patrón conductual tipo A, que éste se origina en la infancia y que los factores culturales tienen un papel importante como antecedente para su desarrollo.

Se piensa que los niños y adultos que juegan para ganar, más que para divertirse, son competitivos pero no se cree que las cualidades tipo A sean de tendencia a la enfermedad coronaria en ambas edades, ni se sabe cuándo o cómo las conductas tipo A empiezan a ejercer su influencia patológica, aunque la patogénesis de la enfermedad coronaria aparentemente empieza en la primera o segunda década de la vida.

Los estudios longitudinales que investigan directamente el patrón conductual tipo A en niños son escasos, entre ellos se conoce el estudio de Matthews y Avis (1983) en el que se investigó la estabilidad del comportamiento tipo A en niños y niñas durante un año, y encontraron coeficientes de estabilidad con valores medios de 0.55 los cuales se incrementaban a medida que aumentaba la edad inicial y el estudio de Tron y Reynoso (2000) donde se demostró que a medida que se incrementaba la edad de los sujetos las mediciones de este patrón conductual aumentaban.

De lo anterior a nivel de proposición en el presente trabajo, podría decirse que los patrones de comportamiento de tipo A que se originan como parte de la personalidad en la infancia, pueden en los años posteriores, dentro de un contexto laboral demandante, reforzar ampliamente la conducta tipo A en los sujetos, constituyendo esta un importante factor de riesgo en el origen y desarrollo de enfermedades coronarias.

CAPÍTULO 2

LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

a) Aspectos conceptuales.

Las enfermedades cardiovasculares son aquellas que se presentan en relación del mal funcionamiento del corazón; éste, es un órgano muscular situado en medio del tórax y se encuentra dividido en cuatro cámaras, dos superiores denominadas aurículas y dos inferiores conocidas como ventrículos. Existen una aurícula y un ventrículo derechos y una aurícula y un ventrículo izquierdos, similares en su forma pero con funciones diferentes. La aurícula recibe la sangre que regresa al corazón desde todas las partes del cuerpo, llega pobre en contenido de oxígeno. El ventrículo derecho del corazón toma la sangre venenosa que viene de la aurícula y la bombea hacia los pulmones por medio de un vaso llamado arteria pulmonar. La sangre, mientras permanece en los pulmones, absorbe parte del oxígeno que hay en el aire que se respira continuamente y se convierte de nuevo en sangre arterial, dirigiéndose inmediatamente hacia la mitad izquierda del corazón por medio de las venas pulmonares (que son las únicas que transportan sangre limpia). La aurícula izquierda recibe esa sangre ya oxigenada y la deja caer de modo rítmico y suave en el ventrículo izquierdo; esta resistente y duradera bomba arroja la sangre con considerable fuerza dentro de la aorta, la arteria más grande del cuerpo, desde donde pasa, por el resto de las arterias, a irrigar todo el organismo.

Cada día el corazón realiza aproximadamente unos cien mil de ciclos o latidos, recibiendo y bombeando de nuevo el equivalente a unos cinco mil trescientos litros de sangre. Para realizar éste trabajo, los músculos del corazón que realizan el bombeo requieren un constante aporte nutritivo, principalmente de oxígeno, y si se ven privados de éste, mueren.

Las arterias coronarias derecha e izquierda, conducen la sangre oxigenada que nutre a los músculos de los ventrículos de las mitades derecha e izquierda del corazón. Las arterias coronarias en la mayor parte de su curso se apoyan en la superficie cardíaca y reciben muy poco soporte y protección de los demás tejidos. Por otra parte, a diferencia de otras arterias, deben amoldarse a una gran cantidad de movimientos. Cuando

arroja sangre dentro de la aorta, el corazón se encoge y se retuerce (en cada contracción) y las arterias coronarias deben hacerlo también. Estos retorcimientos, y sacudidas en cada latido cardíaco, ocurren unas cien mil veces al día durante toda la vida. Toda esta violencia rítmica produce un deterioro en las arterias que se manifiesta a los pocos meses de nacer, desarrollándose finas grietas, fisuras y hasta ulceraciones en el revestimiento interior (luz o lumen) de éstas arterias. (Beltrán, 1983)

Una arteria es un órgano que tiene un revestimiento interno uniforme llamado íntima que se compone de millares de células lisas y uniformes (células endoteliales) que sirven de filtro selectivo para algunos elementos de la sangre que nutren la parte más interna de la pared arterial. La íntima está sostenida por una fuerte capa muscular intermedia en la pared arterial llamada media; los millones de finas fibras elásticas que se entrecruzan dentro de ella permiten a la arteria contraerse y expandirse sin demasiado peligro de ruptura. La arteria coronaria tiene una tercera capa denominada adventicia, que es una especie de tejido resistente, fibroso, que forra y protege la capa muscular, en donde se encuentran los pequeños vasos que llevan la sangre que nutre la pared arterial. (Friedman y Rosenman, 1974,1976).

Así, el aparato cardiovascular desarrolla tres funciones principales: transportar oxígeno y nutrientes a las células del organismo, remover desechos metabólicos, y servir como medio de transporte de sustancias químicas (hormonas) de una parte a otra del cuerpo. Para realizar esas funciones el corazón debe bombear sangre a los tejidos del organismo y transportarla por una red de vasos sanguíneos.

A fin de bombear la sangre, el corazón necesita alternar un período de llenado con otro de expulsión. Al llenado se le conoce con el nombre de diástole y a la expulsión como sístole. Al período que va desde el final de una contracción hasta el final de otra se le denomina ciclo cardíaco. El corazón puede llenarse gracias a la capacidad de distensión que tienen sus fibras musculares (distensibilidad) y al potencial de responder ante la distensión con un aumento de la fuerza contráctil.

La circulación mayor se encarga de transportar oxígeno y nutrientes a todos los tejidos del organismo, transportar hormonas y sustancias de desecho de los tejidos al hígado y a los riñones para su eliminación, y por su parte la circulación menor se ocupa del intercambio de bióxido de carbono proveniente de los tejidos y de la captación de oxígeno proveniente de la ventilación pulmonar.

Debido a la complejidad en el funcionamiento del corazón, la enfermedad cardiovascular no se limita a un solo padecimiento sino que existe un

conjunto bastante amplio de enfermedades cardíacas que afectan a un porcentaje importante de la población entre las que encontramos:

**Arritmias Cardíacas*.- El corazón está diseñado para trabajar de manera eficiente y continua durante toda la vida. La contracción de las fibras musculares del corazón (latidos) está controlada por una descarga eléctrica que recorre el corazón siguiendo distintas trayectorias a una velocidad determinada. La descarga es rítmica y su velocidad depende en parte de los impulsos nerviosos y de la cantidad de ciertas hormonas de la sangre. Hay variaciones en la frecuencia cardíaca que son normales que aparecen no sólo por efecto del ejercicio o de la inactividad, sino también por otros estímulos, como el dolor y las emociones. Sólo cuando el ritmo es inadecuadamente rápido (taquicardia) o lento (bradicardia) o cuando los impulsos eléctricos siguen vías o trayectos anómalos, se considera que el corazón tiene un ritmo anormal o arritmia.

**Insuficiencia Cardíaca*.- En la insuficiencia cardíaca, la cantidad de sangre que bombea el corazón cada minuto no es la suficiente para satisfacer las necesidades de oxígeno y de nutrientes del organismo. El término insuficiencia cardíaca se refiere a la reducción de la capacidad del corazón para mantener un rendimiento eficaz para el organismo.

**Miocardiopatía*.- Es un trastorno progresivo que altera la estructura o perjudica el funcionamiento de la pared muscular de las cavidades inferiores del corazón (ventrículos).

**Miocardiopatía Congestiva Dilatada*.- Agrupa un conjunto de trastornos cardíacos en los que los ventrículos se agrandan, pero no son capaces de bombear la sangre suficiente para satisfacer las necesidades del organismo; en consecuencia se produce una insuficiencia cardíaca. En países desarrollados, la causa identificable más frecuente de miocardiopatía congestiva dilatada es la enfermedad de las arterias coronarias, misma que produce un aporte de sangre insuficiente al músculo cardíaco, lo que puede conducir a lesiones permanentes.

**Valvulopatías*.- como se ha señalado, el corazón tiene cuatro cavidades, dos pequeñas superiores o aurículas, y dos grandes cavidades inferiores o ventrículos. Cada ventrículo posee una válvula de entrada y otra de salida por las que la sangre sólo puede circular en una dirección. El mal funcionamiento de las válvulas cardíacas puede deberse a que se escape sangre por ellas (regurgitación o insuficiencia valvular) o a que no se abran adecuadamente (estenosis valvular).

**Tumores del Corazón*.- Un tumor es cualquier tipo de crecimiento anormal, canceroso (maligno) o no canceroso (benigno). Los tumores que

se originan en el corazón se denominan tumores primarios y se desarrollan en cualquiera de sus tejidos. Los tumores secundarios son los que se originan en alguna otra parte del organismo (como pulmones, mamas, sangre o piel) y que luego se diseminan (metastatizan) al corazón. Los tumores cardíacos pueden no causar síntomas o bien originar un mal funcionamiento del corazón, similar al provocado por otras enfermedades cardiacas. Ejemplo de ello puede ser una insuficiencia cardiaca súbita, la aparición brusca de arritmias y una caída súbita de la presión arterial por una hemorragia en el pericardio (la membrana que envuelve el corazón).

**Endocarditis.-* Es una inflamación del revestimiento interior liso del corazón (endocardio), provocada casi siempre por una infección bacteriana.

**Hipotensión Arterial.-* La presión arterial baja (hipotensión) es una presión arterial demasiado baja que provoca síntomas como vértigos y desvanecimientos. El mantenimiento de la presión de la sangre cuando sale del corazón y circula por todo el organismo es esencial. La presión debe ser lo suficientemente alta como para llevar oxígeno y nutrientes a las células del organismo y extraer de ellas los productos de desecho. No obstante, si la presión arterial es demasiado elevada, puede romperse un vaso sanguíneo y causar una hemorragia en el cerebro (hemorragia cerebral) u otras complicaciones. Por el contrario, si es demasiado baja, no puede proporcionar suficiente oxígeno y nutrientes a las células, ni extraer los desechos de ellas.

**Shock.-* Es un estado potencialmente mortal en el cual la presión arterial es demasiado baja para mantener a la persona con vida. Es consecuencia de una hipotensión arterial importante causada por una disminución del volumen de sangre circulante, una inadecuada función de bombeo del corazón o una excesiva relajación (dilatación) de las paredes de los vasos sanguíneos (vasodilatación). Esta, provoca un aporte inadecuado de sangre a las células del organismo, que pueden verse afectadas de una forma rápida e irreversible y, al final, puede incluso provocar la muerte.

**Hipertensión Arterial.-* Es generalmente una afección sin síntomas en la que se presenta una elevación anormal de la presión dentro de las arterias lo que aumenta el riesgo de trastornos cardiovasculares como la ruptura de un aneurisma, una insuficiencia cardíaca, un infarto de miocardio y lesiones del riñón. Generalmente, no causa síntomas durante muchos años (hasta que lesiona un órgano vital). La presión arterial elevada se define como una presión sistólica en reposo superior o igual a 140 mm Hg y una presión diastólica en reposo superior o igual a 90 mm Hg, o la combinación de ambas. En la hipertensión, usualmente, tanto la presión sistólica como la diastólica son elevadas.

**Arteriosclerosis.-* Es un término general que designa varias enfermedades en las que se produce engrosamiento y pérdida de elasticidad de la pared arterial. La más importante y frecuente de estas enfermedades es la *aterosclerosis*, en la que la materia grasa se acumula debajo del revestimiento interno de la pared arterial y se afecta a las arterias del cerebro, el corazón, los riñones, otros órganos vitales y los brazos y las piernas. Cuando la aterosclerosis se desarrolla en las arterias que alimentan el cerebro (arterias carótidas), se puede producir un ictus o ruptura de un aneurisma; cuando se desarrolla en las arterias que alimentan el corazón (arterias coronarias), se puede producir un infarto de miocardio. En la mayoría de los países occidentales, la aterosclerosis es la enfermedad más frecuente y la causa principal de muerte, representando el doble de las muertes por cáncer y 10 veces más que por accidentes. A pesar de los significativos avances médicos, la enfermedad de las arterias coronarias (que es producida por la aterosclerosis y causa los infartos) y el ictus aterosclerótico son responsables de más fallecimientos que todas las demás causas de fallecimiento juntas.

**Enfermedad de las Arterias Coronarias.-* Esta se caracteriza por la acumulación de depósitos de grasa en las células que revisten la pared de una arteria coronaria y, en consecuencia, obstruyen el flujo de sangre. Los depósitos de grasa (llamados ateromas o placas) se forman gradualmente y se desarrollan irregularmente en los grandes troncos de las dos arterias coronarias principales, las que rodean el corazón y lo proveen de sangre; éste proceso gradual es conocido como aterosclerosis. Los ateromas provocan un engrosamiento que estrecha las arterias. Cuando los ateromas se agrandan, algunos se rompen y quedan fragmentos libres en la circulación sanguínea o bien se forman pequeños coágulos sanguíneos sobre su superficie. Para que el corazón se contraiga y bombee la sangre normalmente, el músculo cardíaco (miocardio) requiere una provisión continua de sangre rica en oxígeno que le es proporcionada por las arterias coronarias. Pero cuando la obstrucción de una arteria coronaria va en aumento, se puede desarrollar una isquemia (suministro de sangre inadecuado) del músculo cardíaco que causa lesiones graves. La causa más frecuente de isquemia del miocardio es la enfermedad de las arterias coronarias. Las principales complicaciones de esta enfermedad son la angina de pecho y el ataque cardíaco o infarto de miocardio.

La enfermedad de las arterias coronarias afecta a personas de todas las etnias, pero su incidencia es particularmente elevada entre las personas de raza blanca. Sin embargo, la etnia en sí misma no parece ser un factor tan importante como el estilo de vida de cada individuo. Una dieta con alto contenido en grasa, el hábito de fumar y una vida sedentaria incrementan el riesgo de enfermedad de las arterias coronarias.

**Angina de pecho.*- Es un dolor torácico transitorio o una sensación de presión que se produce cuando el músculo cardíaco no recibe suficiente oxígeno. Las necesidades de oxígeno del corazón dependen del esfuerzo que debe realizar (es decir, la rapidez con que late y la fuerza de cada latido). Los esfuerzos físicos y las emociones aumentan la actividad del corazón que, por esta razón, necesita más oxígeno. Cuando las arterias se hacen más estrechas o existe una obstrucción que impide el aumento del flujo de sangre al músculo cardíaco para satisfacer la mayor necesidad de oxígeno, se puede producir la isquemia y, en consecuencia, el dolor de angina de pecho.

**Infarto Agudo de Miocardio.*- En éste, parte del flujo sanguíneo que llega al corazón se ve sustancialmente reducido o interrumpido de manera brusca y grave, en consecuencia, se produce una destrucción (muerte) del músculo cardíaco (miocardio) por falta de oxígeno.

**Enfermedad de las Arterias Periféricas.*- La enfermedad arterial oclusiva incluye la enfermedad de las arterias coronarias, que puede provocar un infarto, y la enfermedad arterial periférica, que afecta a la aorta abdominal y sus principales ramificaciones, así como las arterias de las piernas. Otras enfermedades vasculares periféricas son la enfermedad de Buerger, la enfermedad de Raynaud y la acrocianosis. Las personas con enfermedad arterial periférica tienen habitualmente aterosclerosis. Sin embargo, una oclusión arterial parcial o completa puede ser el resultado de causas diversas, como un coágulo sanguíneo. Cuando se produce el estrechamiento de una arteria, las partes del organismo que irriga reciben un flujo sanguíneo insuficiente. La disminución de la provisión de oxígeno (isquemia) puede manifestarse súbitamente (isquemia aguda) o de forma gradual (isquemia crónica).

- *Aorta Abdominal y sus Ramas.*- La obstrucción de la aorta abdominal y sus principales ramas puede ser súbita o gradual. Una obstrucción súbita y completa, por lo general, se produce cuando un coágulo transportado por el flujo sanguíneo se incrusta en una arteria (embolia), cuando se forma un coágulo (trombosis) en una arteria estrechada o cuando se rompe la pared arterial (disección aórtica). Una obstrucción que se desarrolla gradualmente suele ser el resultado de la aterosclerosis.
- *Arterias de las Piernas y de los Brazos.*- Cuando se produce un estrechamiento gradual de una arteria de las piernas, el primer síntoma es una sensación dolorosa, calambres o cansancio en los músculos de la pierna con la actividad física que provoca una claudicación intermitente. Los músculos duelen al caminar y el dolor aumenta rápidamente y se vuelve más intenso al caminar de prisa o cuesta arriba. Por lo general, el dolor se localiza en la

pantorrilla, pero puede también aparecer en el pie, el muslo, la cadera o las nalgas, según la ubicación del estrechamiento, y puede aliviarse con el reposo. Una obstrucción grave puede causar la muerte de los tejidos, es decir, una gangrena. Cuando hay una obstrucción repentina y completa de la arteria de un brazo o de una pierna, aparece dolor intenso, frialdad y entumecimiento. La pierna o el brazo se vuelven pálidos o azulados (cianóticos) y no se puede sentir el pulso por debajo de la obstrucción.

- *La enfermedad de Buerger* (tromboangitis obliterante).- Es la obstrucción de las arterias y venas de pequeño y mediano calibre, por una inflamación causada por el hábito de fumar.
- *Alteraciones Funcionales de las Arterias Periféricas*.- Por lo general, estos trastornos son resultado de un espasmo de las arterias de los brazos o de las piernas, ya sea por un defecto en los vasos sanguíneos o por trastornos en los nervios que controlan el ensanchamiento y estrechamiento de las arterias (sistema nervioso simpático). Tales anomalías en los nervios pueden a su vez ser la consecuencia de una obstrucción debida a una aterosclerosis.
- *Enfermedad y Fenómeno de Raynaud*.- Son afecciones en las que las arterias de pequeño calibre (arteriolas), generalmente de los dedos de las manos y de los pies, sufren un espasmo, la piel se vuelve pálida o con manchas rojas y posteriormente azules. Se utiliza el término *enfermedad de Raynaud* cuando no hay una causa subyacente y el término *fenómeno de Raynaud* cuando se conoce una causa. A veces, la causa subyacente no puede ser diagnosticada al principio, pero, por lo general, se hace evidente antes de dos años. Del 60 al 90 por ciento de los casos de enfermedad de Raynaud se producen en mujeres jóvenes.
- **Acrocianosis*.- La acrocianosis es una coloración azulada persistente e indolora en ambas manos y, con menor frecuencia, en los pies, provocada por un espasmo, de causa desconocida, de los vasos sanguíneos pequeños de la piel. La afección generalmente aparece en mujeres, que no necesariamente padecen también una enfermedad arterial oclusiva. Las manos, los pies y los dedos están constantemente fríos y azulados; la sudoración de los mismos es profusa y puede aparecer hinchazón. Las temperaturas bajas, por lo general, intensifican la coloración azul y el calor la reduce. La afección no es dolorosa y no lesiona la piel.

**Aneurismas de la Aorta y Disección Aórtica.-* La aorta es la arteria principal y más gruesa del organismo que recibe toda la sangre expulsada por el ventrículo izquierdo del corazón para ser distribuida por todo el organismo excepto a los pulmones. La aorta se ramifica en arterias tributarias más pequeñas a lo largo de su trayecto desde el ventrículo izquierdo hacia el abdomen inferior a la altura de la parte superior del hueso de la cadera (pelvis). Los trastornos de la aorta comprenden los aneurismas -que son puntos débiles en las paredes de la aorta que permiten la dilatación de parte de esta-, las roturas con la consiguiente hemorragia y la separación de las capas de la pared (disección) arterial. Cualquiera de estas situaciones puede ser inmediatamente mortal, aunque la mayoría necesita años para desarrollarse.

**Aneurismas.-* Un aneurisma es una protrusión (dilatación) en la pared de una arteria. La dilatación se produce generalmente en una zona débil de la pared. Aunque los aneurismas pueden desarrollarse en cualquier punto de la aorta, las tres cuartas partes de ellos aparecen en el segmento que recorre el abdomen. Los aneurismas son protuberancias que pueden aparecer en forma de bolsa (saculares) o en forma de huso (fusiformes); este último es el más frecuente. Los aneurismas aórticos son una consecuencia de la arteriosclerosis, que debilita la pared de la aorta hasta que la presión dentro de la arteria provoca la protrusión hacia afuera. Con frecuencia en el aneurisma se desarrolla un coágulo sanguíneo (trombo) que puede crecer a lo largo de su pared. La presión arterial elevada y el hábito de fumar aumentan el riesgo de formación de aneurismas.

Los aneurismas también pueden desarrollarse en otras arterias además de la aorta. Muchos, son el resultado de una debilidad congénita o de la arteriosclerosis; otros son consecuencia de heridas por arma blanca o por armas de fuego, así como de infecciones bacterianas o fúngicas (por hongos) en la pared arterial.

**Aneurismas de la Aorta Abdominal.-* Los aneurismas en el segmento de la aorta que recorre el abdomen tienden a aparecer en una misma familia. En muchas ocasiones, aparecen en personas con hipertensión. Tales aneurismas con frecuencia miden más de 7 centímetros y pueden romperse (el diámetro normal de la aorta es de 1.7 a 2.5 cm.).

**Aneurismas de la Aorta Torácica.-* En éste aneurisma, la aorta se dilata a partir del punto donde sale del corazón. Esta dilatación causa un mal funcionamiento de la válvula que se encuentra entre el corazón y la aorta (válvula aórtica), provocando que la sangre retroceda hacia el corazón cuando la válvula se cierra.

**Disección Aórtica.-* Suele ser una situación mortal en la que el revestimiento interno de la pared de la aorta se rasga mientras que el

revestimiento externo permanece intacto; la sangre penetra a través del desgarro y provoca la disección de la capa media, lo que origina la creación de un nuevo canal dentro de la pared aórtica. El deterioro de la pared arterial es la causa de la mayoría de las disecciones aórticas. La hipertensión es la causa más frecuente de este deterioro y se detecta en más del 75 por ciento de las personas que desarrollan disecciones aórticas.

Cabe destacar la importancia que tiene la formación de ateromas en las paredes arteriales, para favorecer la elevada incidencia de padecimientos arterioscleróticos. Los mecanismos que pueden generar o facilitar la creación de esta placa y sus posteriores complicaciones son de dos tipos: los factores mecánicos y los químicos.

Los factores mecánicos tienen su efecto en las bifurcaciones y curvas de las arterias coronarias, en las cuales el flujo sanguíneo causa turbulencias que facilitan el daño endotelial y consecuentemente la fijación de placas de ateroma. Así, las elevaciones en la afluencia del flujo sanguíneo, como por ejemplo la hipertensión arterial, son facilitadores de la enfermedad coronaria, acelerando el proceso arteriosclerótico.

Por su parte, el mecanismo químico actúa principalmente a través de las lipoproteínas; donde las placas que se crean sobre las paredes arteriales están formadas principalmente por cristales de colesterol, que proceden de las lipoproteínas y más concretamente de las que son de baja densidad. En estos procesos tienen gran importancia las catecolaminas (epinefrina y norepinefrina), que son liberadas en procesos emocionales, especialmente en respuesta al estrés. Ello debido a que, por un lado, elevan el flujo sanguíneo (frecuencia cardíaca y presión arterial) provocando turbulencias y; por otro, movilizan los lípidos en mayor cantidad de la que metabólicamente es necesaria para el organismo, facilitando la lesión de las paredes arteriales y dañando directamente el tejido del corazón.

b) Factores de riesgo.

No obstante la gran importancia de los factores químicos y mecánicos a que se ha hecho mención, como favorecedores en la aparición y desarrollo de padecimientos arterioscleróticos, resulta imprescindible dentro del estudio de los factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular, referirse al estilo de vida de las sociedades modernas, caracterizado por una mayor competitividad, apresuramiento y agresividad que ha sido relacionado con un incremento en la aparición de enfermedades cardiovasculares.

Aparentemente el mayor número de casos encontrados pudiera deberse, entre otras causas, a una mayor cobertura médica de atención a la población, a un mejor diagnóstico por parte de los médicos, a la existencia de medios auxiliares de diagnóstico cada vez más sofisticados o incluso a la mayor expectativa de vida con que hoy cuentan la mayoría de las poblaciones. Sin embargo, esta elevada incidencia de enfermedades cardíacas y el estudio pormenorizado a través de historias clínicas, de estudios epidemiológicos, así como el seguimiento de pacientes, han permitido establecer la existencia de una serie de factores biológicos, conductas específicas, hábitos y estilos de vida que son coincidentes con enfermedades de éste tipo. El estudio de las relaciones entre estos elementos y la aparición de algún padecimiento cardíaco han permitido la identificación de gran parte de los denominados factores de riesgo de enfermedad cardiovascular cuyo estudio en la actualidad es una tarea continua de los investigadores de ese campo científico.

Así, existen pruebas de que algunas enfermedades físicas son causadas por la interacción de factores psicosociales y biológicos, como es el caso de la enfermedad coronaria (angina de pecho e infarto miocárdico) en donde se ha demostrado una correlación entre un patrón de conducta (tipo A) y la enorme incidencia de enfermedad coronaria. Con esto se da muestra de la diversidad existente en la naturaleza de los factores de riesgo cardiovascular, es decir, de la gran cantidad de factores, independientemente de su naturaleza, que inciden en la aparición de un padecimiento cardíaco, y que sin duda obliga a tenerlos en cuenta en su estudio, ya que circunscribirse sólo al aspecto biológico implicaría mantener una postura en exceso reduccionista e incluso poco actual, veraz y ajustada a las nuevas investigaciones y hallazgos sobre el tema. Todo esto es así, dado que en el caso de la salud coronaria, los factores tradicionales de riesgo por sí solos no han podido explicar ni la mitad los casos de trastornos cardiovasculares (Fernández-Abascal, Palmero & Martín Díaz, 1998), a partir de lo cual el estudio de los llamados factores no tradicionales y su relevancia se ha incrementado notoriamente.

En efecto, la naturaleza de los trastornos cardiacos es compleja y no existe un factor único responsable de su aparición y desarrollo, se trata pues de trastornos multifactoriales que invariablemente ciñen a tratar el estudio de los diversos factores de riesgo tal y como se ha demostrado epidemiológicamente, ya que todos ellos actualmente parecen estar asociados con la elevada incidencia de la enfermedad cardiovascular que aqueja a las personas.

De acuerdo al informe del Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud de 1988, las características por las que a un factor de riesgo se le atribuye un papel etiológico en un padecimiento en general, son: la presencia de éste antes del comienzo de la enfermedad; la relación

estrecha de la dosis del factor de riesgo con la enfermedad; el valor predictivo en poblaciones diferentes; la plausibilidad patogénica, y; la reducción o eliminación de la enfermedad una vez se encuentre reducido o eliminado el factor de riesgo.

Tratándose de la enfermedad cardiovascular, los factores de riesgo en un intento de facilitar la comprensión de los mismos, se dividen en tres bloques en función del peso de sus componentes y el desarrollo de su estudio:

FACTORES DE RIESGO INHERENTES.- Son los que resultan de condiciones genéticas o físicas que no pueden ser cambiadas aunque se modifiquen las condiciones ambientales o de vida y por lo tanto no son susceptibles de prevención. Dentro de estos factores de riesgo los principales son la edad y el sexo, otros padecimientos y la herencia genética entre otros.

Edad.- La gente de más edad tiene mayor probabilidad de desarrollar enfermedad coronaria que la gente joven. Jenkins (1988) llegó a la conclusión de que en los hombres se da la misma incidencia de enfermedad coronaria que en las mujeres que tienen quince años más.

Sexo.- El sexo es un factor de riesgo que tiene una estrecha relación con la edad; existe una gran diferencia, señalada en varios estudios, donde la incidencia de cardiopatía isquémica en los varones y en las mujeres antes de los 50 años, se considera que por debajo de esta edad las mujeres tienen un riesgo diez veces menor que los hombres de desarrollar cardiopatía isquémica, esta diferencia va disminuyendo a medida que avanza la edad, siendo la menopausia un punto de inflexión, en el que, aún cuando no existe acuerdo general entre los teóricos, se reconoce que si produce numerosas alteraciones metabólicas que podrían poseer cierto riesgo aterogénico.

Otros Padecimientos.- Existen padecimientos como la diabetes y la enfermedad renal entre otras, que se asocian con un aumento en la prevalencia de arteriosclerosis cardiovascular por lo que las personas con dichos trastornos tienden a tener mayor probabilidad de riesgo de enfermedad cardiovascular.

Herencia.- La historia familiar es otro factor de riesgo inherente, las personas con una historia familiar de enfermedad coronaria tienen mayor probabilidad de padecer algún trastorno de ese tipo que aquellos que no tienen antecedentes familiares, los resultados de los estudios prospectivos que han investigado el valor predictivo de los antecedentes familiares de la cardiopatía isquémica son concordantes entre sí y demuestran que la

historia familiar de cardiopatía isquémica precoz es un factor de riesgo de trastornos coronarios independiente de los demás factores de riesgo. El aspecto hereditario de los padecimientos coronarios ha sido objeto de numerosos estudios, los que han mostrado que la influencia genética desempeña un papel importante sobre todo en los casos de aparición temprana de la enfermedad, no obstante el riesgo de heredar la enfermedad varía ampliamente de unas familias a otras dependiendo de la causa subyacente.

FACTORES DE RIESGO TRADICIONALES.- Éste bloque comprende aquellos factores que tienen un mayor componente físico biológico, aunque también emocional, tales como el colesterol, la hipertensión, y otros factores con mayor componente comportamental que biológico, pero que se encuentran ya establecidos como factores de riesgo tradicionales.

Colesterol.- Existe evidencia epidemiológica, clínica y de laboratorio la cual señala que la elevación del colesterol y otros lípidos plasmáticos son factores de riesgo tradicional de la cardiopatía isquémica. La relación entre el colesterol y las enfermedades cardiovasculares se considera causal por ser de carácter gradual, constante e independiente de otros factores de riesgo.

El colesterol y los triglicéridos circulan en la sangre unidos a proteínas, formando complejos lipoproteicos. La función de cada lipoproteína es distinta, las de baja densidad (LDL) proporcionan el aporte principal de colesterol a las células del organismo, y las de alta densidad (HDL) son el vehículo transportador desde los tejidos periféricos al hígado, donde se metaboliza y elimina. Visto desde su función, también tienen un significado distinto, ya que mientras que los niveles de colesterol de baja densidad (LDL) presentan una fuerte relación positiva con la incidencia de cardiopatía isquémica, los de colesterol de alta densidad (HDL) muestran una relación fuertemente negativa.

El incremento del riesgo de trastornos coronarios está determinado en primer lugar por niveles elevados de lipoproteínas de baja densidad y en segundo lugar por niveles reducidos de lipoproteínas de alta densidad, mientras que el nivel total de colesterol en suero, la tasa hdl/ldl, y el nivel de triglicéridos son de importancia adicional. Aunque en la hiperlipidemia la predisposición genética determina el rango de niveles de lípidos en plasma, los factores ambientales, como una dieta alta en colesterol y grasas saturadas influyen dramáticamente en las concentraciones de lípidos, por lo que es preciso referir la relación entre dieta y colesterol, que ha atraído una intensa investigación sobre el tema en los últimos años. Los estudios de comida en humanos establecen una relación cuantitativa entre algunos componentes de la dieta y el colesterol en sangre. Los ácidos

grasos saturados y la grasa animal incrementan el nivel de colesterol; sin embargo, los ácidos grasos poli insaturados derivados de fuentes vegetales por el contrario reducen este nivel de colesterol.

Hipertensión Arterial.- Este es uno de los factores de riesgo cardiovascular más importantes debido a la alta frecuencia con que se asocia con la arteriosclerosis y sus complicaciones. Varios estudios epidemiológicos con más de 400 mil adultos de edades comprendidas entre 25 y 70 años han demostrado convincentemente que la presión arterial elevada está asociada con un aumento del riesgo de trastornos cardiovasculares y cerebrovasculares. (Whelton, 1994).

Las principales complicaciones cardíacas que presenta la hipertensión son la insuficiencia cardíaca y la cardiopatía isquémica. La prevalencia de la hipertensión se incrementa dramáticamente con la edad en los hombres y mujeres, y cuando no es tratada adecuadamente está relacionada con fallo congestivo del corazón, fallo renal y muerte súbita, es decir, con todas las causas importantes de muerte entre los individuos de más de 65 años (Stoney y Matthews, 1988).

Obesidad.- La obesidad es una enfermedad compleja multifactorial que se asocia consistentemente a hipertensión arterial, diabetes del adulto, hiperlipidemia e hiperuricemia, las que producen un aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular.

La obesidad se produce cuando la ingesta de calorías excede los requerimientos energéticos del cuerpo para su crecimiento y actividad física. Como resultado hay una acumulación de grasas almacenadas en forma de tejido adiposo.

Más que la obesidad o el sobrepeso, parece ser que es la distribución del tejido graso la que se correlaciona con la cardiopatía isquémica. Los individuos que tienen exceso de peso en el área abdominal tienen un riesgo más alto que los que no lo presentan, también las personas que suben de peso durante su vida adulta presentan más riesgo que aquellos cuyo peso siempre ha sido elevado, el exceso de ingesta de calorías con respecto a la energía necesaria parece ser el factor que más contribuye a la obesidad, y no hay que olvidar el consumo alto de azúcar y su relación con esta. La obesidad abdominal está asociada con presión sanguínea elevada y aumento en plasma de lípidos y fibrinógenos. Examinando la asociación entre la distribución de la grasa regional y estrés, se ha encontrado que la obesidad abdominal en hombres moderadamente obesos está asociada con características contrarias a la obesidad abdominal en hombres delgados; la obesidad abdominal en hombres moderadamente obesos se relacionó con bajo nivel de estrés, en cambio, en hombres delgados se relacionó con altos niveles de estrés, lo que ha

llevado a los investigadores a diferenciar entre los diversos riesgos de trastornos coronarios que poseen los hombres delgados y obesos, ambos con obesidad abdominal.

Consumo de Tabaco.- La relación del tabaco con una mayor incidencia de cardiopatía isquémica y enfermedades cardiovasculares proviene de estudios epidemiológicos y clínicos patológicos, se sabe que el tabaco es uno de los principales contribuidores a la mortalidad por una importante variedad de enfermedades, tales como trastornos cardiovasculares y el cáncer de pulmón.

Los datos del estudio de Framingham (Truett, Cornfield y Kannel, 1967) demostraron que el tabaco se relacionaba fundamentalmente con el infarto agudo de miocardio y la muerte súbita, aumentando progresivamente dicha relación a medida que lo hacía el número de cigarrillos consumidos, y que los fumadores de éste estudio tuvieron generalmente el doble de incremento en el riesgo de enfermedad coronaria comparada con los no fumadores.

Existen diversas explicaciones acerca de cómo el tabaco actúa en los trastornos cardiovasculares, habiendo evidencia de que éste produce efectos en los procesos ateroscleróticos y trombocitos, daño en el endotelio vascular, efectos en la agregación y supervivencia plaquetaria, incremento de la agregación plaquetaria y elevación de los niveles de fibrinógenos.

La nicotina eleva la tasa cardiaca, la presión sanguínea, y produce un incremento en la demanda de oxígeno miocárdial. El monóxido de carbono que unido a la hemoglobina termina formando la molécula carboxihemoglobina disminuye la capacidad de la sangre de transportar oxígeno.

Además de la edad, el sexo, tasa de consumo y la edad a la que se comenzó a fumar, hay otros factores de riesgo cardiovascular con lo que interactúa sinérgicamente para influir en la incidencia de trastornos coronarios como son los acontecimientos estresantes. La exposición a los estresores puede mediar directamente aumentando la conducta de fumar, y por su parte fumar puede incrementar la exposición a situaciones de estrés psicológico, ya que, subjetivamente, fumar reduce la ansiedad y la sensibilidad a un estímulo aversivo y; por último, el efecto del tabaco y el estrés en los trastornos coronarios puede ser aditivo o sinérgico, de tal manera que los fumadores estresados pueden tener un riesgo más alto que los fumadores no estresados. Uno de los mecanismos por el que la conducta del fumar y el estrés crónico incrementan la incidencia del trastorno coronario se produce debido a la reactividad cardiovascular. Los efectos del tabaco pueden combinarse con los de los estresores para

aumentar la reactividad cardiovascular. Se ha visto cómo el tabaco altera la respuesta al estrés, los fumadores presentan notorios incrementos que los no fumadores en la resistencia periférica durante la exposición a situaciones desafiantes. Por lo tanto parece que los efectos sinérgicos del estrés y el tabaco pueden aumentar los efectos negativos de éste e incrementar la cantidad y frecuencia de su uso.

Cafeína.- El papel de esta no ha sido ampliamente estudiado, sin embargo es un estimulante que tiene un efecto significativo en una variedad de funciones fisiológicas, incluyendo la activación del sistema nervioso central, cardiovascular y neurohumoral. Hay teóricos que aunque no lo consideran como un factor de riesgo reconocido con claridad, se ha observado que los grandes consumidores de café presentan una mayor probabilidad de tener manifestaciones de cardiopatía isquémica que los que no la toman o bien lo hacen con moderación.

Los estudios en humanos sobre los efectos de la cafeína se han centrado en la reactividad cardiovascular eliciteda por tareas estresantes. Como norma general, los estudios realizados sugieren que la ingesta de cafeína puede influir en la reactividad cardiovascular al estrés, bien por sumación al nivel alcanzado durante el estrés, o bien por potenciar en si misma la respuesta de estrés.

Actividad Física.- Los estudios epidemiológicos prospectivos indican que un estilo de vida inactivo está asociado con un incremento del riesgo en trastornos coronarios. Esta asociación puede ser explicada en parte por la relación entre la falta de ejercicio y los factores de riesgo tradicionales de enfermedad coronaria.

La actividad física diaria puede reducir o prevenir la obesidad. El ejercicio regular está asociado con reducciones en la presión arterial y en los niveles de colesterol, se ha encontrado que la actividad física reduce los niveles de colesterol de baja densidad y los niveles de triglicéridos, e incrementa los niveles de colesterol de alta densidad, lo que sin duda favorece la salud del organismo. En pacientes con trastornos coronarios el entrenamiento físico a largo plazo puede mejorar la función ventricular. Además, puede tener también un efecto psicológico favorable, tal como reducir los sentimientos de depresión y ansiedad, mejorar la calidad de vida y el funcionamiento mental.

FACTORES DE RIESGO EMOCIONALES.- Estos factores incluyen el patrón de conducta tipo A, el constructo de ira y hostilidad, la depresión, la ansiedad, la reactividad cardiovascular al estrés y el apoyo social. Tanto en su manifestación como en su origen la enfermedad cardiovascular es una de las más relacionadas con el estilo de vida. Es importante señalar que

los factores de riesgo de naturaleza emocional no se presentan aisladamente, sino que se influyen mutuamente no pudiéndose delimitar con precisión donde comienza uno, donde lo hace otro, así como la forma y momentos en que interactúan con los demás factores de riesgo.

Patrón de Conducta Tipo A.- Este es un constructo epidemiológico que surgió de las observaciones de Friedman y Rosenman (1974) respecto de la conducta de sus pacientes cardíacos durante los años cincuenta del siglo pasado. La conducta tipo A constituye un factor de riesgo emocional en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares al que se ha hecho referencia ampliamente en el primer capítulo del presente trabajo.

Ira y Hostilidad.- Consecuente con una larga historia de teoría y observaciones clínicas, son diversos los estudios que consideran que la ira y hostilidad son factores de riesgo significativos de enfermedad coronaria y trastornos cardiovasculares, independientemente de los demás factores de riesgo, como la hipertensión e incluso de cáncer y dolor crónico.

Como se ha visto en el capítulo anterior, la revisión de los conceptos de ira y hostilidad revela ambigüedad y confusión, ya que incluso son utilizados indistintamente en algunas ocasiones.

Depresión.- Varios estudios han mostrado que la depresión es un importante factor de riesgo de enfermedad coronaria, infarto de miocardio y mortalidad cardíaca. Los análisis *post hoc* de varios grupos de datos obtenidos de estudios longitudinales sugieren que la depresión está asociada con la incidencia de enfermedad coronaria en individuos inicialmente sanos, aunque hay otros estudios que fracasan en el intento de encontrar dicha asociación.

La evidencia más convincente acerca de los efectos patogénicos de las emociones negativas, ha sido obtenida de consistentes hallazgos en el incremento posterior de éstas a sucesos coronarios entre los pacientes cardíacos que están deprimidos. Los pacientes que tienen depresión después de un infarto de miocardio tienen una mortalidad significativamente más alta que los pacientes sin depresión y éste riesgo no está limitado a la depresión mayor.

Los mecanismos que median en la relación depresión-muerte cardíaca son el foco de interés de varias investigaciones, la evidencia reciente sugiere que los pacientes cardíacos que están deprimidos tienen reducida la variabilidad de la frecuencia cardíaca, reducido el control barorreflejo, incrementada la reactividad de las plaquetas e hiperactividad del sistema simpatoadrenal. También, existen datos sustanciales de que el decremento en la variabilidad de la tasa cardíaca tras un infarto de miocardio tiene implicaciones de pronóstico negativo. Se cree que la disminución de la

variabilidad de la frecuencia cardíaca es reflejo de incrementos en el tono simpático y/o de decrementos en la actividad vagal; sin embargo, a pesar de la posibilidad de múltiples mecanismos patofisiológicos que vinculan a la depresión con los sucesos cardiacos, no se ha documentado una relación causal directa (Lespérance y Frasura-Smith, 2000).

Otras investigaciones se refieren al potencial papel mediador de factores relacionados con la depresión, tales como el fracaso en la adherencia al cuidado medico, el incremento en el uso de sustancias, la disminución de la calidad de vida y los trastornos en el nivel de neurotransmisores que podrían impactar negativamente en la función cardíaca (Wielgosz y Nolan, 2000).

Ansiedad.- Esta es un estado de agitación, inquietud y zozobra parecida a la producida por el miedo, pero carente de un estímulo desencadenante concreto. La ansiedad, como todas las emociones, es en principio un conjunto de procesos adaptativos, reacciones defensivas innatas cuya finalidad es garantizar la supervivencia de las personas, pero que en circunstancias extremas y continuas ponen en duda su carácter adaptativo. La ansiedad y la aflicción también están relacionadas con sucesos cardiacos. La presencia de estrés predispone a la enfermedad cardiovascular o precipita los episodios isquémicos, ataques cardiacos y otros estados patológicos.

Existe importante evidencia epidemiológica recogida en el estudio de seguimiento Normative Angina Study a lo largo de 32 años, el que la preocupación y la ansiedad se encontraron prospectivamente asociados con la enfermedad coronaria fatal y la muerte cardiaca súbita (Karachi, Sparrow, Vokonas y Weiss, 1994; Kubzansky, 1997). Por su parte, la ansiedad temprana después de un infarto de miocardio está asociada con un incremento del riesgo de sucesos isquémicos y arritmias (Moser y Dracup, 1996).

Los mecanismos fisiopatológicos específicos que median entre la ansiedad, la depresión y el aislamiento social como potenciales factores de riesgo y la ocurrencia de sucesos coronarios iniciales, están aún en etapas tempranas de investigación, sin duda la tarea es identificarlos y explicarlos de manera más amplia y precisa.

Reactividad cardiovascular.- Se refiere a cambios en una variedad de parámetros psicofisiológicos tales como presión sistólica, diastólica y frecuencia cardíaca, en respuesta a estímulos ambientales. Una exagerada responsividad fisiológica a los estresores diarios y a cierto tipo de conductas, está implicada en el desarrollo de la expresión clínica de la enfermedad coronaria y de la hipertensión arterial esencial.

Diversos estudios refieren que una de las presunciones fundamentales de la relación entre reactividad cardiovascular-estrés y patología es que la reactividad exhibida por los individuos presenta una considerable consistencia a lo largo del tiempo. Los individuos responden de la misma manera o de forma similar cuando son confrontados con los mismos estresores o con otros parecidos a lo largo del tiempo, y en éste sentido la reactividad cardiovascular al estrés parece ser una característica individual estable. Se han descubierto varios patrones de respuesta a las situaciones estresantes pero hay un patrón particular de respuesta que implica la rama beta-adrenérgica del sistema nervioso simpático en que al parecer hay una especial relación con los trastornos cardiovasculares.

Apoyo Social.- De acuerdo con la definición que ha proporcionada la Asociación Americana de Psicología, el apoyo social refiere el proveer asistencia o comodidad a los demás para ayudarlos a enfrentar una gran variedad de estresores biológicos, psicológicos y sociales. El apoyo puede surgir de cualquier relación interpersonal, en una red social del individuo, involucrar miembros de su familia, amigos, vecinos, instituciones religiosas, colegas, cuidadores o grupos de apoyo. También puede tomar la forma de ayuda práctica con los deberes domésticos, o con dinero, ayuda mediante información (por ejemplo consejos o dirección), y en el nivel más básico, apoyo emocional que permita al individuo sentirse valioso, aceptado y entendido. Se ha demostrado que generalmente el apoyo social tiene efectos físicos y psicológicos positivos, particularmente protegiendo los efectos negativos del estrés.

En este orden de ideas, la falta de contacto o actividad social surge como un factor de riesgo de mortalidad cardiovascular. Niaura y Goldstein (1990) en su estudio sobre los factores socioculturales e interpersonales que contribuyen al desarrollo de trastornos cardiovasculares identificaron una asociación positiva entre los factores ocupacionales (tensión en el trabajo, control bajo, pocas posibilidades de ascenso, poco apoyo social en el trabajo), estrés y aislamiento social. El apoyo social acaparó la atención de los investigadores como posible variable mitigadora de los efectos de factores de riesgo psicosociales en la enfermedad cardiovascular.

Existen numerosas definiciones de lo que es apoyo social, sin embargo en términos generales los conceptos de contacto social, red social y apoyo social, coexisten con el concepto de aislamiento social. Se ha realizado un gran número de trabajos al respecto en los que se muestran resultados positivos y negativos sobre el apoyo social en el desarrollo de enfermedades coronarias, sin que exista una línea definida en alguno de esos sentidos.

Los estudios en el campo del estrés señalan que la hiperfunción de los distintos sistemas corporales ante demandas percibidas como amenazas,

si se sostienen crónicamente, aumentan la probabilidad de ocurrencia de algún trastorno físico. Un individuo reacciona ante los eventos estresantes bajo patrones aparentemente estables y constantes, no obstante las amplias diferencias individuales entre las reacciones fisiológicas, cogniciones y conductas ante un complejo y estresante ambiente; además de que existen interacciones entre variables personales (patrones fisiológicos) y variables situacionales (experiencias pasadas y recientes de la vida, apoyo social, etc.) Por lo que puede decirse que la enfermedad es el resultado de múltiples y diversos factores y no una simple relación unicausal.

c) Estadísticas de incidencia y hallazgos relevantes.

ESTADÍSTICAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD CARDIOVASCULAR.

En la actualidad las principales causas de enfermedad y muerte ya no son las infecciosas como en el pasado, ahora éstas provienen de estilos de vida y conductas poco saludables. Hay evidencia de que las causas de enfermedad y mortalidad radican en esos factores siendo casi nula la duda del efecto que nuestra conducta diaria ejerce en la salud y en la enfermedad.

La salud de la población en los países desarrollados ha alcanzado un nivel impensable a principios del siglo pasado. Las expectativas de vida se han incrementado notablemente como consecuencia de las mejoras en la salud pública y en el cuidado médico. Por ejemplo, en los Estados Unidos la esperanza de vida de los hombres a principios del siglo XX era de 46 años y la de las mujeres de 48, mientras que hoy en día es de 71 y 78 años de edad, respectivamente (National Center for Health Statistics, 1989).

Este incremento de la longevidad se explica por la reducción de la mortalidad infantil y las enfermedades infecciosas. Sin embargo, los patrones de morbilidad y mortalidad actuales difieren considerablemente de los presentados a principios del siglo pasado. Las enfermedades infecciosas fueron reemplazadas por las coronarias, los ataques fulminantes, el cáncer, la diabetes y dolencias que se deben en buena medida a la conducta y estilo de vida de las personas. Así pues, las enfermedades crónicas de hoy obedecen en la mayoría de los casos a conducta y estilos de vida inadecuados, mientras que, las infecciosas son causadas por bacterias y virus. Por eso las vacunaciones, las mejoras

sanitarias y otras medidas públicas fueron eficaces para combatir las principales causas de mortalidad del siglo pasado, pero esas acciones son de escaso valor para afrontar los patrones de enfermedad y mortalidad actuales.

De acuerdo con el informe realizado por la Organización Mundial de la Salud (*World Health Statistics, 2006*) de los 58 millones de muertes ocurridas en el 2005, las enfermedades no contagiosas se estimaron en 35 millones, lo cual fue casi el doble de muertes producidas por el total de las enfermedades transmisibles (en las que se incluyen el sida, la tuberculosis y la malaria), las ocurridas por condiciones maternas y perinatales, y por deficiencias nutricionales. De esos 35 millones de muertes 16 ocurrieron en personas menores de 70 años. Dentro de las enfermedades no transmisibles, las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en el mundo, siendo responsables del 30 % del total de las muertes, esto es, alrededor de 17.5 millones de personas fallecieron debido a ello en 2005, seguidas del cáncer con 7.6 millones de muertes y las enfermedades respiratorias crónicas con 4.1 millones de muertes en el 2005.

La enfermedad coronaria es actualmente una de las principales causas de muerte en las comunidades más industrializadas, ésta enfermedad representa, junto con otras enfermedades cardiovasculares, el mayor problema de salud pública de muchos países industrializados.

En nuestro país, de acuerdo al Informe de Proyecciones de la Población de México, 2000-2050 elaborado por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática de la Secretaría de Salud; la Dirección General de Información en Salud y el Consejo Nacional de Población, las enfermedades isquémicas del corazón ocuparon el tercer lugar entre las principales causas de mortalidad en edad productiva (de 15 a 64 años) con un 7.3 % del total de muertes en el año 2004, antecedidas por la diabetes mellitus que está en el primer lugar con un 14.1 % y la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado con un 10.1 % para el mismo año.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en su 40.a sesión del subcomité de planificación y programación del comité ejecutivo, celebrada del 20 al 22 de marzo de 2006 en Washington, D.C. Estados Unidos, reconoció desde el año 2002 el predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) como la principal causa de morbilidad y mortalidad en América Latina y el Caribe.

Las enfermedades crónicas no transmisibles son la principal causa de muerte prematura y discapacidad en la gran mayoría de países de las Américas. Estas representan 44.1% de las defunciones entre los hombres y 44.7% entre las mujeres menores de 70 años de edad. También afectan

desproporcionadamente a las economías y los presupuestos de atención de la salud de los países en desarrollo, y la calidad de vida de los individuos, sus familias y comunidades.

De acuerdo al informe presentado por la Organización Panamericana de la Salud, las fuerzas laborales de la mayor parte de los países que representa dicho organismo están afectadas por las enfermedades fácilmente prevenibles y sus consecuentes factores de riesgo.

Las enfermedades crónicas no transmisibles y los factores de riesgo de mayor importancia para la salud pública en la región son:

- 1) La hipertensión y otras enfermedades cardiovasculares;
- 2) El cáncer;
- 3) La diabetes mellitus; y
- 4) Los factores de riesgo relacionados con el sobrepeso y la obesidad, los modos de vida sedentarios, el consumo de tabaco y la ingesta baja de fruta y verduras.

En relación a la hipertensión y otras enfermedades cardiovasculares cerca de 140 millones de personas tan sólo en las Américas sufren hipertensión. De conformidad con datos de encuestas, se ha calculado que la prevalencia de la hipertensión en los habitantes de América Latina y el Caribe oscila entre 8% y 30%.

El riesgo de hipertensión aumenta con la edad; 43% a 54% de las personas mayores de 60 años de edad padecen hipertensión, según un estudio reciente de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) realizado en siete ciudades de América Latina y el Caribe. Otros informes indican que la hipertensión es, en efecto, un problema importante de salud pública en toda la región.

En México, uno de los pocos países donde se realizó más de una encuesta sobre los factores de riesgo de las enfermedades crónicas, se determinó que la prevalencia de la hipertensión había aumentado de 26% en 1993 a 30% en 2000. Un seguimiento del estudio realizado en 2000 informó que la mortalidad en las personas hipertensas fue 1.8 veces mayor a la de la población mexicana general.

La hipertensión es uno de los factores de riesgo más importantes de las enfermedades cardiovasculares graves, como las enfermedades cerebrovasculares y la cardiopatía isquémica, que son las principales causas de muerte en los adultos en gran parte de los países.

Finalmente y de acuerdo al informe de la Organización Panamericana de la Salud que se menciona, se calcula que en el primer decenio del siglo XXI,

las enfermedades cardiovasculares cobrarán 20.7 millones de vidas en la región. En América Latina y el Caribe, 31% de todas las defunciones son atribuibles a estas enfermedades. En 2000, se calculó que habría 180,000 defunciones debidas a las enfermedades cardiovasculares que se manifestarían en las mujeres entre 15 y 69 años de edad, lo cual constituye la principal causa de muerte para las mujeres en éste grupo de edad. En los hombres del mismo grupo de edad, las enfermedades cardiovasculares causaron 253,000 defunciones anualmente, lo cual representa la segunda causa principal de muerte después de causas externas.

La Organización Mundial de la Salud, en su informe sobre la salud en el mundo del 2007 estima que para el año 2030 dos de las cuatro principales causas de muerte en el mundo serán las enfermedades isquémicas del corazón y las cerebrovasculares.

HALLAZGOS RELEVANTES EN LA INVESTIGACIÓN DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y LA CONDUCTA TIPO A COMO FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR.

Como se ha señalado, los estudios sobre la conducta tipo A como factor de riesgo cardiovascular, y los constructos de ira, hostilidad y agresividad que la integran, en el origen y desarrollo de la enfermedad y muerte cardiovascular es tarea actual de gran número de investigadores de la materia. Los trabajos y hallazgos recientes sobre el tema son abundantes y diversos en cuanto los datos y resultados que arrojan por lo que no es posible establecer conclusiones definitivas al respecto, no obstante que los datos obtenidos en ellos, aunque contrarios en ocasiones, aportan información de trascendental importancia para la continuación en la investigación sobre el tema.

En efecto, existe material de investigación abundante que sobretodo apoya la idea de que la conducta tipo A y los constructos que la integran constituyen un factor de riesgo de enfermedad y muerte cardiovascular que asociadas con la responsividad cardiovascular, donde los constructos de ira, hostilidad y agresividad tienen una relación directa con las respuestas fisiológicas en ocasiones excesivas, favorecen la aparición de enfermedades cardiovasculares que pueden llevar a la muerte, entre los que se encuentran las investigaciones realizadas por Spielberger, Krasner y Solomon (1988); Obrist (1981); Houston y Vavak (1991); Boltwood, Taylor, BoutteBurke, Grogin y Giacomini (1992); y Markovitz (1998), entre otros; quienes han investigado lo suficiente al respecto para llegar a tal consideración, amén de que para ello se cuenta con instrumentos que

permiten medir la respuesta fisiológica en relación con la ira, hostilidad y agresividad de tal modo los resultados obtenidos de esa forma, aunque poseen algunas inconsistencias, tienen mayor confiabilidad.

No así resulta con investigaciones sobre la conducta tipo A como un factor de riesgo cardiovascular que, además de tener relación con la respuesta fisiológica de la persona, se aboca fundamentalmente al estudio del comportamiento del individuo que beneficiado por el entorno social, el ambiente laboral, las características de personalidad del propio individuo y la familia propician la aparición de enfermedades cardíacas, investigaciones que tienen un menor sustento en cuanto a su solidez dado que si bien los estudios iniciados con Friedman y Rosenman (1959) y el logro de los mismos en la conceptualización de lo que es el comportamiento tipo A (1974) han dado cuenta de la existencia de ese patrón de comportamiento junto con sus elementos característicos como son la competitividad, la prisa, la hostilidad, ira y agresividad y los efectos del mismo en el ámbito cardiovascular y que ha sido apoyado por investigaciones como las de Glass (1977,1980); Matthews y Saal (1978); Gastorf y Teevan (1980); y Krantz y Durel (1993) entre otros, no obstante los resultados obtenidos hasta ahora no existen datos contundentes que demuestren plenamente esta influencia de la conducta tipo A como un factor de riesgo en la enfermedad y muerte cardiovascular debido en gran medida a la escasa evidencia empírica y a la obtención de resultados contrarios en diversas investigaciones.

Respecto a la conducta tipo A y sus constructos, existen diversos modelos que explican los nexos entre el síndrome agresividad-hostilidad-ira (AHI) y la salud en general, quedando implicada en ellos la relación del mencionado síndrome con las enfermedades cardiovasculares.

El Modelo de Vulnerabilidad Somatopsíquica de Krantz y Durel(1983), en el que las diferencias biológicas entre los individuos serían las responsables de las diferencias psicológicas, entre ellas la manifestación de agresión, hostilidad e ira. Así, habría personas biológicamente predispuestas por una mayor responsividad cardiovascular y también un patrón psicológico en el que está presente el síndrome agresividad-hostilidad-ira (AHI).

El Modelo de la Vulnerabilidad Psicosocial (Smith & Frohm, 1985), propone que la hostilidad de algunas personas les genera conflictos interpersonales y, en consecuencia, un bajo nivel de apoyo social, lo que constituirá un factor de riesgo para sufrir trastornos cardiovasculares.

El Modelo Conducta-Salud, de Leiker y Hailey (1988), sugiere que las personas hostiles presentan además malos hábitos de salud. Se han encontrado correlaciones entre hostilidad y falta de ejercicio físico, poco

cuidado personal, episodios de consumo excesivo de bebidas alcohólicas, tabaquismo y otras conductas de riesgo cardiovascular. Además, las mismas características psicológicas del síndrome agresividad-hostilidad-ira (AHI) se hallan relacionadas con una baja adherencia a los tratamientos médicos.

El Modelo de Reactividad Psicofisiológica de Williams, Barefoot y Shekelle (1985), considera a la hostilidad como una causa contribuyente en el desarrollo de la enfermedad cardiovascular. De acuerdo con este modelo habría un incremento en las respuestas fisiológicas, tanto en intensidad como en cantidad, al aumentar la frecuencia de los episodios de ira y encontrarse el individuo en un estado de hipervigilancia ante el entorno social.

El Modelo Transaccional de Smith y Pope (1990), el cual integra y extiende el alcance de las aproximaciones basadas en la reactividad psicofisiológica y en los aspectos psicosociales. En primer término, sostiene que las personas hostiles interpretan el accionar (y las intenciones) de los otros de tal manera que terminan por provocar conflictos interpersonales, perdiendo, entonces, apoyo social. En segundo término, la alta reactividad psicofisiológica surge de la hipersensibilidad de las personas hostiles ante las situaciones sociales potencialmente estresantes, y además ante los estresores sociales que ellos mismos han provocado.

Es importante mencionar que todos estos modelos encuentran evidencia suficiente para tener buen apoyo, pero también son susceptibles de revisión, y consecuentemente de nuevas investigaciones, ya que ninguno de ellos cuenta con argumentos empíricos concluyentes para desplazar a los demás.

Por otro lado, la reactividad psicofisiológica es una de las más estudiadas y aceptadas explicaciones de la contribución psicológica a la enfermedad cardiovascular, lo que hace necesaria una explicación de los mecanismos subyacentes a la correlación existente entre el constructo y las enfermedades cardiovasculares, la cual es realizada por los investigadores a través de los diversos modelos explicativos de la misma.

Modelo de Hiperreactividad Cardiovascular o Reactividad Cardiovascular, éste modelo está basado en el análisis de la reactividad psicofisiológica y recibe el nombre de modelo de la hiperreactividad cardiovascular o reactividad cardiovascular, el cual, tal como lo caracterizan Fernández-Abascal, Palmero y Martín Díaz(1998), propone la existencia de una especificidad individual de respuesta psicofisiológica, una estereotipia personal, que denota la propensión que presentan algunas personas a mostrar patrones fisiológicos de respuesta cardiovascular

incrementados en relación a los que presenta el resto de la población. Estos patrones para ser considerados reactivos, tienen que ser estables y fiables, pues deben mantenerse a lo largo del tiempo y de las situaciones para una persona dada.

La hipótesis central del denominado modelo de reactividad psicofisiológica sostiene que esta hiperreactividad cardiovascular y neuroendocrina, principalmente catecolamínica, se encuentra mediada por una activación más pronunciada del Sistema Nervioso Simpático (SNA).

Fernández-Abascal y Martín Díaz (1999), al referirse a este modelo, dicen que las personas hostiles experimentan más frecuentemente intensos episodios de ira y se encuentran en un estado permanente de hipervigilancia ante el entorno social. Estas conductas son las que producen la activación excesiva y frecuente del Sistema Nervioso Simpático (SNA). Es importante destacar que la reactividad se presenta tanto en las personas que ya han desarrollado una enfermedad, como en sujetos con una predisposición a su desarrollo; lo que la constituye en un importante factor de riesgo para llegar a enfermarse. El modo en que algunas personas responden al estrés con su sistema cardiovascular, está definido por una exagerada activación beta-adrenérgica y un decremento sinérgico. Entonces, éstos sujetos, ante las situaciones estresantes, muestran índices más elevados en su presión arterial, frecuencia cardíaca o actividad vasomotora. En el mismo sentido Obrist (1981) halló diferencias significativas para la reactividad vascular en las personas de acuerdo con las respuestas beta-adrenérgicas a tareas que exigían afrontamiento activo, así se comenzó a hablar de sujetos reactores (High reactors) y no reactores (Low reactors).

De acuerdo con Fernández-Abascal, Palmero y Martín Díaz (1998) las características definitorias de la reactividad cardiovascular, que la diferencian de otros constructos como la labilidad autonómica, son la magnitud de la respuesta de reactividad cardiovascular que se refiere a una doble característica, por una parte a la amplitud de la respuesta dada por una persona y, por otra, a la incidencia que éstos patrones de respuesta tienen en la población y la estabilidad temporal de la reactividad cardiovascular que está referida a la constancia en el tiempo de los patrones de respuesta fisiológicos que presentan las personas reactivas. Esto es, si las personas que se manifiestan con reactividad cardiovascular en una evaluación, la mantienen en las subsiguientes evaluaciones. También, las características emocionales de las personas reactivas que son relativas a los constructos patrón de conducta tipo A e ira-hostilidad; los parámetros psicofisiológicos utilizados en la evaluación, o la forma en que se determina la reactividad cardiovascular es de suma importancia, para su correcta evaluación y para que los resultados obtenidos sean comparables con los datos existentes. Y por último, las condiciones bajo

las que se realizan las medidas, es decir, el tipo de condiciones, tareas o situaciones que se han utilizado para la medida de la reactividad cardiovascular. Principalmente asociadas a procedimientos de laboratorio, aunque también se realizan en entornos naturales, de acuerdo al tipo de afrontamiento que exigen de los sujetos, se pueden clasificar las condiciones como activas (tareas de tiempo de reacción, de aritmética mental, etc.) o pasivas (cold pressor). Las tareas que exigen afrontamiento activo son más propicias para evaluar la reactividad cardiovascular ya que en ellas se manifiesta la diferencia entre sujetos reactivos y no reactivos porque estimulan la acción beta-adrenérgica sobre el corazón. Debido a la especificidad del síndrome agresividad-hostilidad-ira (AHI), los estudios de laboratorio han sugerido que la reactividad cardiovascular se limita a situaciones de estrés social, con resultados dudosos en otro tipo de situaciones estresoras (Fernández-Abascal & Martín Díaz, 1999).

También, existen numerosos estudios en relación a los efectos de la hiperreactividad en el sistema cardiovascular.

En el meta-análisis que precede a su estudio sobre las relaciones entre hostilidad y colesterol, Calvo, Alemán y Ojeda (1998), sostienen que se estima que una mayor activación del sistema nerviosos autónomo, en respuesta a estresores, juegue un papel relevante para posibles daños del endotelio como también del consiguiente depósito de lípidos en la pared arterial. Los efectos de las catecolaminas para mediar tanto en el aumento de la activación cardiovascular como en la movilización de los lípidos de los depósitos grasos, podrían ser críticos para incrementar la aterosclerosis coronaria entre individuos con comportamientos pro-coronarios.

Otro mecanismo, que estaría implicado está vinculado con el eje pituitario-adrenal. El exceso crónico de corticoesteroides produce una cantidad de efectos que podrían tener importancia en la aterogénesis. Dichos efectos consisten en un incremento de los lípidos circulantes, de la aterosclerosis (observada en modelos animales) y de la proporción de células endoteliales dañadas o muertas. La conclusión a la que se llega es que la combinación de la hiperreactividad de catecolaminas y cortisol durante situaciones de estrés, propia de individuos con características comportamentales tipo A y psicológicas, presentes de forma crónica, podría jugar un papel clave en el desarrollo de la aterosclerosis. Además, siguiendo éste análisis se encuentra que la reactividad plaquetaria al estrés psicológico puede ser el principal mecanismo responsable de las enfermedades coronarias (Markovitz, 1998).

Entre los primeros estudios sobre la reactividad cardiovascular se pueden citar los de Obrist (1981), quien presenta una investigación sistemática de las influencias conductuales sobre la covariación de los procesos

cardiovasculares y somatomotores. Específicamente, estos estudios indagan la relación entre la actividad muscular y la tasa cardíaca para diferentes manipulaciones conductuales (tareas de afrontamiento activo y pasivo de situaciones estresantes), así como examinan los mecanismos del sistema nervioso autónomo que están involucrados. Se ha observado que en muchas situaciones la interacción cardíaco-somática fue apareada de manera metabólicamente apropiada, con cambios en la respuesta cardíaca, siendo ante todo vagalmente mediada. Sin embargo, las situaciones que requirieron un afrontamiento activo para el control de estímulos nocivos llevaron a respuestas de tasa cardíaca que resultaron excesivas para el involucramiento somático.

Spielberger, Krasner y Solomon (1988) han constatado una correlación negativa significativa entre la sub-escala ira hacia dentro de la escala de expresión de la ira y la disminución de la luz arterial. En esa misma línea, Boltwood, Taylor, BoutteBurke, Grogin y Giacomini (1992), en un estudio de doce pacientes con isquemia miocárdica sintomática, hallaron que el recuerdo de un reciente suceso provocador de ira daba lugar a una vasoconstricción aguda de las arterias coronarias previamente estrechadas. La ira aparecía significativamente correlacionada con la disminución tanto de los diámetros mínimos como medios de las arterias coronarias, como se demostró mediante técnicas angiográficas cuantitativas.

Para Houston y Vavak (1991) la correlación positiva entre hostilidad y reactividad cardiovascular estaría determinada por el tipo de situación empleada para provocar la reactividad. La inconsistencia de los resultados hallados en la literatura parecería condicionada por el empleo de una serie de situaciones estresantes que son inocuas para provocar que las diferencias en la activación entre personas con altos y bajos niveles de hostilidad se pongan de manifiesto. Por esta razón, proponen el empleo de tareas que induzcan alto nivel de estrés psicosocial, en lugar de las que son habitualmente utilizadas (aritmética mental, efecto Stroop, cold pressor).

Para la investigación y conclusiones a las que hasta hoy se conocen se han utilizado diversos instrumentos de medición. El tiempo que ha transcurrido desde la construcción de la mayoría de éstos instrumentos resulta escaso aún para tener estudios longitudinales confiables, lo que explica por qué la mayoría de ellos deben ser tomados con precaución en cuanto a su validez predictiva en el campo de la salud (Fernández-Abascal & Palmero, 1999).

Entre los instrumentos más referidos para medir ira están los surgidos de la clínica y con aplicación preferente en ese campo y los surgidos para la investigación.

Entre los primeros se pueden mencionar:

- El inventario multidimensional de ira (Siegel, 1986) que comprende cinco escalas: ira hacia adentro, ira hacia fuera, rango de situaciones elicitoras de ira, punto de vista hostil e ira general.
- El inventario de ira Novaco (Novaco, 1975) el cual proporciona un índice global del nivel de ira; existe una adaptación española (Martín & Fernández-Abascal, 1994).
- El inventario de control de la ira (Hoshmand & Austin, 1987) está compuesto de diez sub escalas: ver abusos en otros, intrusión, degradación personal, traición de la confianza, malestar, control externo y coacción, abuso verbal, abuso físico, trato injusto y bloqueo de metas.
- La escala de auto informe de ira (Zelyn, Adler & Myerson, 1972) que mide cinco sub escalas: conciencia de ira, expresión de ira, culpabilidad, condenación de la ira y desconfianza.

En cuanto a los instrumentos utilizados principalmente para la investigación empírica se encuentran:

- Las escalas de ira de Framingham (Haynes, 1978) las que miden cuatro aspectos de esta emoción: síntomas de ira, ira hacia adentro, ira hacia fuera y comunicación de la ira.
- La escala de ira hacia dentro y hacia fuera de Harburg y colaboradores (1973) que incluye escalas para medir tres dimensiones, ira hacia adentro, ira hacia fuera y reflexión.
- El inventario de expresión de la ira estado-rasgo (STAXI) (Spielberg, 1988) que consta de ocho escalas: estado de ira, rasgo de ira, temperamento airado, reacción airada, control de la ira, ira hacia fuera, ira hacia dentro y expresión de ira. Éste ha llamado la atención de los investigadores y se ha desarrollado gran cantidad de investigación en torno a él.

Por lo que hace a la evaluación de la hostilidad los instrumentos más usados son seis.

- 1) La entrevista estructurada de Rosenman (1974), la cual incluye tres dimensiones, potencial de hostilidad, ira hacia adentro y hacia fuera. Este instrumento se construyó con el propósito de medir el patrón de

conducta tipo A y es el único que no se basa en el auto informe, está constituido por observación y preguntas.

- 2) La escala de hostilidad de Cookle-Medley(1954) misma que provee una información global de hostilidad, en la que pueden distinguirse diversos factores.
- 3) El cuestionario de hostilidad y su dirección (Foulds,Caine & Creasy, 1960) la cual contiene cinco escalas: hostilidad hacia fuera, criticismo de otros, proyección de hostilidad engañosa, autocrítica y culpabilidad.
- 4) La escala de hostilidad manifiesta (Siegel, 1986), esta surgió en el ámbito de investigación y actualmente se usa en el campo clínico y mide la fuerza para expresar la hostilidad.
- 5) El cuestionario de agresión desarrollado por Buss y Perry (1992), es una herramienta desarrollada para investigación empírica de los diversos componentes de la hostilidad: agresión física, agresión verbal, ira (componente emocional) y hostilidad (componente cognitivo); y
- 6) El inventario de hostilidad de Buss-Durkee (1957) que es utilizado en el campo de la investigación así como en el de la clínica y de la salud. Consta de siete sub escalas: asalto o ataque, hostilidad indirecta, irritabilidad, negativismo, resentimiento, sospecha o recelo y hostilidad verbal. Existe una adaptación española de éste instrumento (Martín y Fernández-Abascal, 1994b).

Finalmente, puede decirse que en los últimos tiempos se ha sugerido que el síndrome ira-agresión-hostilidad es el componente del patrón de conducta tipo A que predispone a los sujetos a la enfermedad coronaria. Sin embargo, hasta el momento resultaría apresurado establecer conclusiones definitivas respecto a la importancia que tiene dicha variable para explicar el origen y desarrollo de las enfermedades cardiovasculares, toda vez que las inconsistencias encontradas entre los resultados de distintos estudios generan controversia al respecto entre los investigadores, habiendo quienes están plenamente de acuerdo y quienes ponen en duda la solidez de la asociación existente entre la conducta tipo A y sus constructos de ira-agresión-hostilidad y la enfermedad coronaria.

Se ha planteado también, que las inconsistencias podrían deberse a la existencia de numerosas definiciones y el desacuerdo o la falta de comunicación con respecto a la terminología que parece haber producido cierta confusión al analizar los resultados de los distintos estudios.

Además, se ha considerado que diferentes los instrumentos podrían proporcionar la misma información con respecto al comportamiento tipo A y sus constructos. Aunado a que, por el contrario, se ha comprobado que distintos instrumentos de medida parecen evaluar componentes o aspectos diferentes y que, de hecho, existen diferencias en el modo en que estos instrumentos se relacionan con la enfermedad coronaria. De la revisión de Smith (1992) se desprende que no se pueden obtener conclusiones claras sobre la capacidad predictiva del síndrome agresividad-hostilidad-ira (AHI) sobre el origen y desarrollo de enfermedades coronarias debido probablemente a que las diferentes medidas de hostilidad no son intercambiables.

Sin embargo, en los dos importantes meta-análisis realizados sobre los estudios de las conductas, personalidad y emociones asociados con los trastornos coronarios, el de Booth-Kewley y Friedman (1987) y el de Matthews (1988) concluyen que la ira y la hostilidad son buenos predictores de la enfermedad cardiovascular, siendo la hostilidad la más sólidamente asociada.

CAPÍTULO 3

EL DESEMPEÑO PROFESIONAL DEL ABOGADO POSTULANTE

a) Consideraciones generales de la labor del abogado postulante.

El hombre no es un ser perfecto que se baste a si mismo, para alcanzar la satisfacción de sus múltiples necesidades le es necesaria la cooperación de los demás, esto es, precisa de vivir en sociedad lo cual implica sin duda la existencia de relaciones sociales regidas por normas que permitan y faciliten la interacción con los demás.

En este contexto cabe decir que la vida en sociedad no sería posible sin la existencia de normas jurídicas que regulen la conducta de los hombres, que establezcan lo que cada persona debe hacer o no hacer para lograr que la convivencia sea pacífica, justa y respetuosa. El elemento característico de la norma jurídica consiste en imponer el comportamiento, como regla, por un mandato jurídico, de modo que si la regla no es observada espontáneamente, pueda actuarse y obligarse a las personas a cumplir con lo que la ley dispone. Así, los seres humanos están ceñidos a vivir en un estado de derecho que permita, de modo adecuado y respetuoso de los derechos de todos sus integrantes, la realización de todo tipo de relaciones entre los mismos, llámese relaciones contractuales respecto de las propiedades de las personas, de sus relaciones familiares y de parentesco, laborales, penales, mercantiles, fiscales, internacionales y de todo tipo.

No existe acuerdo unánime respecto del concepto de derecho, pues existe gran diversidad de perspectivas filosóficas sobre la materia, no obstante, para Ochoa Sánchez (2002) este es el conjunto de normas jurídicas que regulan la conducta del hombre en sociedad.

El estado de derecho necesario para el óptimo funcionamiento de todos los pueblos requiere de un sistema de legal que regule todos y cada uno de los actos jurídicos que tienen que ver con las personas; tal sistema de derecho cuenta con unidades básicas denominadas normas jurídicas. Estas regulan las relaciones de justicia que se dan cuando dos personas o más se encuentran vinculadas con derechos y obligaciones siendo importante

subrayar que únicamente el actuar y la conducta exterior del hombre son objeto de las normas jurídicas o leyes.

Como se ha dicho, todo sistema de derecho se caracteriza por ser esencialmente social dado que su finalidad es regular todos y cada uno de los actos y omisiones del ser humano en sociedad, en nuestro país se materializa a través de normas jurídicas previamente aprobadas en los procesos legales correspondientes. Todo sistema jurídico, independientemente del lugar, costumbres y creencias, debe inspirarse para ser construido en principios rectores como son la justicia, la equidad, la libertad, la seguridad, la igualdad, el bien común y la paz social, entre otros, mismos que deben ineludiblemente ser tomados en cuenta a efecto de garantizar la existencia de un orden jurídico justo y eficaz para toda su población, de lo contrario se llegaría a sistemas como las dictaduras o los imperios dónde las leyes sólo atienden a los intereses de algunos sectores de la población, generalmente a quienes detentan el poder en un lugar y momento determinados.

El ejercicio de la profesión de abogado, a partir de las culturas más importantes de la antigüedad hasta llegar a las modernas sociedades contemporáneas, ha tenido como objetivo fundamental constituir un valioso instrumento para alcanzar la justicia y la seguridad jurídicas, ya que el derecho es sin duda, un elemento de orden y armonía social que asegura la pacífica convivencia de los seres humanos y el logro de sus fines individuales y colectivos.

Respecto a la formación académica del abogado en general, entraña particularidades propias del currículo universitario y del desempeño laboral de los futuros abogados. Desde las aulas de la academia, el aspirante a la abogacía aprende por un lado la técnica jurídica que le instruye sobre el origen y aplicación de las leyes que en particular regulan las diversas facetas de la vida del hombre en sociedad. Aspecto relevante es para el abogado, tener siempre y en todo momento muy claro que el sistema jurídico en general y las normas jurídicas en particular por su naturaleza son externas, dado que establecen la forma en que las personas deben comportarse en el grupo social y los derechos que tutelan cada una de las leyes sin importar lo que se piense o sienta acerca de ellas; su cumplimiento es obligado se esté de acuerdo o no en su contenido, es decir, son coercibles ya que por haber sido aprobadas por un proceso legislativo previo e impuestas por la autoridad se puede obligar a las personas a las que se encuentran dirigidas (incluso por la fuerza) a cumplir con ellas. Cabe destacar en este aspecto la importancia que, por la naturaleza propia de todo sistema jurídico y las leyes que lo integran, se otorga al cumplimiento externo de la norma jurídica donde sólo se atiende a la conducta de las personas y no así a lo que piensan, sienten o necesiten, exclusivamente se debe cumplir con lo dispuesto por la ley, lo

cual resulta de extrema importancia en el presente trabajo dado que tal particularidad de las disposiciones legales son el eje fundamental del actuar del abogado en su desempeño y comportamiento laboral.

En efecto, labor esencial del abogado en su desempeño laboral como postulante y defensor de los intereses de su cliente o bien como servidor de las instituciones encargadas de la administración de justicia es defender por sobre todo el cumplimiento de la ley, es decir, única y exclusivamente la observancia de la conducta exterior contenida en la norma jurídica por parte de las personas sin considerar cualquier otro elemento o circunstancias no previstos en los dispositivos legales. Los pensamientos, las emociones, necesidades o circunstancias particulares de cada persona no serán tomados en cuenta en la aplicación y observancia de las leyes, lo que desde luego favorece un ambiente laboral, para los abogados postulantes y quienes trabajan al servicio del estado en sus instituciones administradoras de justicia, ampliamente matizado por la rigidez, verticalidad y cumplimiento estricto al contenido de la ley.

También, en las aulas profesionales se recibe conocimiento respecto de valores universales como la justicia, la equidad, la firmeza, el valor, la igualdad, la seguridad, la libertad, la responsabilidad, inflexibilidad, puntualidad y todo lo que tenga que ver estrictamente con el cumplimiento de las leyes y su consecuente dar a cada quien lo que en derecho le corresponda.

En suma, puede decirse que se trata de una formación académica rígida que no permite el cuestionamiento de aspecto alguno respecto de las ideas, creencias, emociones e intenciones de las personas, por el contrario es fundamental alimentar y reforzar la observancia y cumplimiento incluso ciego de las reglas jurídicas que dirigen el comportamiento exterior de los individuos en sociedad sin considerar otro aspecto distinto de la conducta observable.

Evidentemente la formación misma a nivel curricular del abogado en general, le inculca desde sus primeras etapas particularidades como la honradez, el respeto a la dignidad de las personas, el aprecio por los valores culturales, históricos y sociales de la comunidad y del país, el espíritu emprendedor, el liderazgo, la cultura de calidad, el respeto por el medio ambiente, la vocación de compromiso con las comunidades, la formalidad, la responsabilidad, la puntualidad, la rigidez, la verticalidad para el aprendizaje y futuro desempeño de la profesión jurídica, no importando el campo de trabajo en el que se encuentre, el abogado siempre se manejará en el mundo del *deber ser*, lo que implica el establecimiento de ideas estrictas e irreductibles respecto del comportamiento de los demás.

Además, los métodos de enseñanza en la academia promueven el que los estudiantes adquieran habilidades y hábitos como los de aprender por su cuenta, analizar, sintetizar, trabajar en equipo, negociar y tomar decisiones, buscar y procesar información, ser creativos, ordenados, disciplinados y puntuales, tener sentido de organización y responsabilidad.

Una vez aprendidos los aspectos teóricos fundamentales de la técnica jurídica en la academia, será labor del licenciado en derecho el ubicarse en el escenario de su trabajo, cuyo campo en general es muy amplio toda vez que al concluir sus estudios profesionales el abogado estará capacitado para prestar servicios profesionales en las siguientes áreas:

1. En el ejercicio libre de su profesión, como abogados postulantes, en las diferentes especialidades del derecho, o como consultores de dependencias y entidades públicas, así como de empresas privadas, tanto nacionales como extranjeras, así como de los particulares.
2. Como funcionarios públicos en áreas jurídicas de los poderes legislativo y ejecutivo de los gobiernos federal y estatal; en los órganos de gobierno de los ayuntamientos municipales y desde luego, en los puestos de administración de justicia del poder judicial, tanto federal como estatal.
3. Como funcionarios encargados de las áreas jurídicas de las empresas privadas, tanto nacionales como extranjeras.
4. Como profesores de materias jurídicas en las universidades e instituciones de enseñanza superior.
5. Finalmente, como personas dedicadas a la investigación jurídica, ya sea laborando por su cuenta, para una institución de enseñanza o para una entidad cuyos objetivos sean estas tareas.

Para realizar sus actividades como profesionales del derecho, en las aulas los abogados han adquiridos habilidades para:

1. Diseñar y dirigir estrategias legales corporativas para una mejor y más eficaz actividad empresarial, tanto en el ámbito mercantil como administrativo, fiscal o laboral.
2. Representar en juicio a las dependencias y entidades del sector público, a las empresas privadas o a los particulares, diseñando, dirigiendo, asesorando y participando directamente en todas las fases de litigio. Lo anterior significa, formular demandas, contestaciones, preparar y ofrecer todo tipo de pruebas, formular excepciones y alegatos, así como interponer recursos, juicios de amparo y otros medios de defensa legal de sus clientes.

3. Sugerir la celebración de transacciones que pongan fin a un conflicto y en su caso, intervenir directamente en las negociaciones que al efecto se lleven a cabo.
4. Atender y encargarse directamente de los negocios y contratos internacionales en los que sean parte dependencias y entidades públicas, empresas privadas y particulares.
5. Realizar tareas de consultor y asesor en negocios y contratos internacionales.
6. Diseñar y, en su caso asesorar como consultor, la expedición de normas jurídicas que en un momento determinado y previos los requisitos formales que al efecto se necesiten, sirvan para normar la vida institucional de la nación, de las dependencias y entidades del sector público, de la empresa privada o de los particulares.

También puede el egresado de la licenciatura en derecho, trabajar en empresas y dependencias típicas toda vez que con el desarrollo que ha venido experimentando la empresa privada, se han abierto oportunidades para este tipo de profesionistas, cuya asesoría especializada se hace cada día más necesaria. La compleja aplicación de las disposiciones fiscales caracterizadas por sus cambios constantes, los problemas derivados de las relaciones laborales y la conveniencia de prevenir conflictos y evitar sanciones legales, han hecho de los abogados de empresa un elemento clave en el mundo de los negocios. Además en la actualidad, la integración de bloques económicos y la interdependencia de las naciones, requieren negociaciones que habrán de estar enmarcadas en el ámbito legal, para que sean de beneficio para los participantes de los diferentes acuerdos internacionales. Por lo tanto, constituye una importante área de oportunidad todo tipo de actividades gerenciales, directivas y de consultoría, asociadas con la globalización internacional.

Dentro del amplio campo de actividad del abogado como se ha visto se encuentra el actuar del abogado postulante o litigante en las diferentes especialidades del derecho, o como consultores de dependencias y entidades públicas, así como de empresas privadas, así como de los particulares, lo que implica representar en juicio a las dependencias y entidades del sector público, a las empresas privadas o a los particulares, diseñando, dirigiendo, asesorando y participando directamente en todas las fases de litigio. Lo anterior significa para el abogado formular demandas, contestaciones, preparar y ofrecer todo tipo de pruebas, exhibir documentos, formular excepciones y alegatos, así como interponer recursos, juicios de amparo y otros medios de defensa legal de sus clientes.

Es importante mencionar que dentro del área de trabajo del abogado postulante, en el planteamiento de los asuntos que importen un litigio

ineludiblemente se encuentran las actividades de los funcionarios públicos de los poderes legislativo y ejecutivo de los gobiernos federal y estatal; en los órganos de gobierno de los ayuntamientos municipales y desde luego, en los puestos de administración de justicia del poder judicial, tanto federal como estatal, quienes sin duda se encuentran inmersos en la dinámica jurídica procesal regulada por los tiempos y formas establecidas por la ley, sobre quienes recae incluso la responsabilidad de resolver los asuntos que son planteados por los abogados postulantes, de modo tal que se encuentran en el mismo escenario y compartiendo por tanto los ritmos y estilos de vida impuestos por las actividades propias de sus labores jurídicas. En este sentido para los efectos del presente trabajo se considera la labor profesional, tanto de abogados postulantes así como la de los funcionarios judiciales involucrados en el proceso jurídico de dirimir controversias, como un factor de riesgo en el origen y desarrollo de enfermedades cardiovasculares como se verá en su oportunidad.

Así, el desempeño profesional del abogado postulante se desarrolla en los juzgados y ante las autoridades judiciales que deberán dirimir y resolver sobre los conflictos que les sean planteados. Para ello, el abogado litigante ha sido formado académicamente, teniendo como misión postular con acierto y diligencia jurídica las cuestiones que el cliente y representado requiera demandar ante el juez u órgano jurisdiccional para su solución justa y equitativa. Labor poco sencilla, si se toma en consideración el contexto en el que inevitable e ineludiblemente se presentará el desempeño profesional, esto es, un ambiente en exceso hostil, donde la ira y el enojo por la afectación de los derechos de las partes en controversia enmarcan todo el tiempo el escenario de trabajo.

En este contexto jurídico, donde el origen del actuar tanto de las partes como del abogado lo es la trasgresión y agresión de lo privado y personal, es que el abogado litigante y los funcionarios del poder judicial encargados de resolver los juicios encuentran el ámbito donde aplicar los conocimientos aprendidos en la formación curricular.

Es importante destacar el ambiente tan cargado de estrés en la relación derivada de un conflicto de intereses que se establece entre el cliente y su trato con el abogado. La intolerancia, el mal humor y la tensión en muchos momentos rebasan el control de las personas llegando a niveles agresivos y violentos que sin duda impactan los otros planos en que se desarrolla el trabajo jurídico ante las autoridades judiciales, lo que genera un desgaste generalizado del operario jurídico llámese abogado postulante o funcionario público judicial y sus consecuentes repercusiones en la salud física y emocional del organismo. Tal situación es entendible en razón de que las personas que tienen necesidad de acudir a los tribunales y autoridades judiciales lo hacen ante la presencia de un conflicto de intereses con otras personas, por sentirse agredidas y vulneradas por

otros individuos, al sentir emociones como ira, enojo, frustración etc., que, por la realización de actos de otras personas lesionan sus derechos, de manera tal que resulta prácticamente imposible pensar que las personas que deben contender ante una autoridad judicial puedan no tener cualquier tipo de estas emociones como ira, hostilidad y agresividad entre otras. Donde además si se considera que el objetivo de iniciar una controversia judicial a través de un representante legal (abogado) siempre será el ganar, puede bien entenderse el contexto de estrés y tensión que en todo momento acompañarán el desarrollo del proceso jurídico.

Así las cosas, se trata pues, de desempeñar una labor profesional en un espacio lleno de demandas, no sólo jurídicas ya que el abogado litigante no sólo deberá representar satisfactoria y exitosamente en el ámbito legal a su cliente y representado, sino además deberá confrontar con la parte contraria, con su abogado o representante legal, esto es con otros abogados con la misma formación profesional y además con las diversas autoridades judiciales, lo cual desde luego implica el mantener un comportamiento competitivo y hostil en un medio agresivo e incluso violento regulado por tiempos y formas establecidas por la ley. En consecuencia, el abogado postulante y los funcionarios judiciales asisten en tensión y con estrés al devenir laboral cotidiano que en un continuo condicionan su campo de actuación que los ciñe estrictamente a conducirse de forma muy cierta y determinada en su campo de trabajo.

La responsabilidad sobre los resultados planteados al cliente o representado, son elemento fundamental en la labor jurídica del abogado postulante. El desempeño de cualquier profesión indudablemente genera una serie de responsabilidades y compromisos para el profesionalista, pero en el caso del abogado postulante es todavía más acentuada si se toma en cuenta que los resultados que se obtengan en el patrocinio o defensa de un asunto no necesariamente dependen en exclusivo de su persona. Me explico, para que un juicio o defensa prosperen es necesario desde luego el actuar de un abogado con formación y capacitación específica en el conflicto a plantear; además es preciso que existan normas jurídicas que tutelen los derechos que se pretenden hacer valer, esto es, contar con el sustento legal necesario para que la autoridad judicial pueda declarar procedente la demanda que se plantea; y finalmente requiere de que una vez realizados todos y cada uno de los requisitos previstos por la secuela procesal jurídica la autoridad judicial o juez declare tal procedencia.

Así las cosas, el trabajo jurídico requiere de la actuación de un conjunto de personas como son las partes, los elementos y pruebas que las mismas aporten, el actuar del abogado postulante y el de las autoridades quienes se encargarán de resolver los conflictos planteados por los particulares, por lo que resulta evidente que aún cuando la responsabilidad de asumir y patrocinar un asunto es del abogado postulante para con su cliente, esta

no depende sólo del actuar del abogado. Este entorno da cuenta de los altos niveles de estrés producidos por la responsabilidad de llevar acertadamente un asunto o litigio y que concluya con una resolución satisfactoria para el abogado y su representado, ya que en lo general se trata de conflictos que tiene que ver con la libertad en la comisión de delitos, de cuestiones patrimoniales como la celebración de cualquier tipo de contratos, posesiones o propiedades de las personas, de actos de negocios nacionales o internacionales y su reglamentación mercantil, relaciones laborales, del estado civil de las personas y el parentesco, es decir, de todos aquellos actos que tiene que ver con los particulares cuya resolución a favor o en contra trascienden e impactan directamente en sus vidas y sus patrimonios, por lo que no es poca cosa que cuando el abogado postulante acepta el patrocinio de un asunto, acepta también con ello el destino de algún aspecto de la vida de su cliente. Amén de lo anterior, también es preciso tener en cuenta que por disposición expresa de la ley de responsabilidades profesionales, el abogado al igual que los demás profesionistas tiene una serie de responsabilidades en el encargo de la prestación de sus servicios cuyas faltas pueden acarrear la suspensión de actividades, el retiro de la patente para ejercer la profesión e incluso la privación de libertad por la comisión de algún ilícito en el desempeño profesional. Todos estos son algunos de los elementos que dan luz respecto de las responsabilidades y ambiente de estrés bajo el que se encuentra del desempeño profesional del abogado postulante y también por supuesto de aquellas funciones de las autoridades judiciales reglamentadas por las leyes respectivas en ejercicio de sus funciones.

El ambiente jurídico del litigio proporciona diversos elementos a controlar por parte del abogado, las herramientas legales con que se cuenta, es decir, los recursos que la propia ley contiene da oportunidad a las partes contendientes en un juicio a elegir la manera de actuar, de modo que el ambiente sólo es controlable en la medida en que las propias disposiciones legales, la habilidad, conocimiento y disposición de la parte contraria lo puedan conducir y la autoridad decida resolverlo, por lo que es trabajo del abogado tratar de prever cualquier actitud procesal que pudiera ocurrir y saber como proceder en consecuencia para el logro de sus objetivos. Las situaciones que puedan presentarse en el juicio serán amenazantes e inciertas, sobre todo en la celebración de audiencias o careos donde los abogados deben contar no sólo con el conocimiento de la ley, sino con la habilidad, oratoria y retorica necesarias para resolverlas favorablemente a sus intereses. La incertidumbre y el ambiente amenazante podrá disiparse sólo en la medida en la que se vaya resolviendo un conflicto a favor de los intereses de la parte representada, lo cual significa que desde que inicia un juicio y hasta su total conclusión en todas las instancias legales no se puede tener la certeza de su resultado y por tanto se está ante un estado constante de estrés.

En ejercicio de su autoridad el estado, en aras de una impartición de justicia rápida y expedita, establece tiempos específicos en los cuales deben realizarse los procesos judiciales, los cuales no pueden ser cumplidos discrecionalmente por las partes en un juicio y que los obliga a actuar dentro de los términos jurídicos.

Por ello, la presión del tiempo sin duda es un factor importante en el desempeño profesional del abogado postulante, debido a que como se ha dicho el devenir de un litigio o proceso se ciñe a los pasos y tiempos previamente establecidos por la ley, donde los términos judiciales son fatales, esto es, se tienen sólo una hora o días, hábiles o naturales, según sea el caso, en los que se deben realizar determinadas acciones jurídicas como la interposición de recursos, aclaraciones, ofrecimiento de elementos de prueba y documentos entre otros, sin que exista forma o acontecimiento alguno que pueda posponerlas y por lo que se puede ganar o perder un juicio. La actuación de la autoridad judicial y la resolución del juicio al igual que la del abogado postulante están total y absolutamente regidas por los términos. Tiempos todos ellos, que tienen realización desde el principio o inicio de un juicio, ya que no se puede en cualquier momento iniciar una demanda por algún derecho que se considere vulnerado, y por otro lado una vez iniciado se deben ineludiblemente seguir los tiempos marcados en la propia ley para darle seguimiento a las etapas de un juicio hasta la obtención de la sentencia emitida por el juez que resuelve definitivamente la controversia planteada, de lo cual depende entre otras cosas, que un asunto se gane o se pierda. El actuar en base a los términos o tiempos judiciales evidentemente regula el comportamiento tan acelerado, impaciente y en exceso de prisa que permanentemente vive en su trabajo un abogado litigante.

Este aspecto del apremio temporal y el del estrés continuo derivado de la responsabilidad profesional del abogado postulante y los funcionarios judiciales involucrados en la resolución de controversias legales tienen un impacto importante dentro del comportamiento tipo A y de los riesgos que existen en el inicio y desarrollo de enfermedades cardiovasculares como se ha dicho, por ello, es preciso atender la forma en que se puede afrontar favorablemente al organismo tal entorno.

b) El litigio: un estilo de vida.

Socialmente, el abogado postulante en el desarrollo cotidiano de su trabajo jurídico se encuentra bajo gran tensión y estrés continuos ya que con independencia de las vicisitudes legales propias de cada asunto que

deba plantear ante la autoridad judicial para su resolución, el rol y estereotipo que la sociedad le ha asignado le demanda de manera permanente un actitud recia, categórica, arrojada, valiente, inflexible con la aplicación de las normas jurídicas, siempre racional y nunca emocional, que tenga la razón y sepa alegarla, sea decidido, disciplinado, organizado, ganador, exitoso, comprometido, cuyo trabajo se realiza siempre contra el tiempo, que no tenga descansos, que se sepa defender ante el abogado contrario y defender al cliente contra todos los demás y que imponga su manera de pensar y resuelva siempre satisfactoriamente un asunto; no cabe la idea de perder aunque la competencia sea muy alta, el trabajo se guía bajo el principio de ser en todo momento el mejor. Esto desde luego mas allá de ser una presión social, incluso es una manera muy común de pensar de la mayoría de los abogados, ya que en la practica profesional del litigio es impensable que se siga un asunto para perderlo y reconocer que los demás tienen la razón. El entorno presenta una alta competitividad y deseo de éxito que envuelve marcada hostilidad, agresividad, enojo e incertidumbre respecto del resultado final a obtener lo cual genera gran estrés en el desempeño de la profesión con sus consecuencias ya conocidas sobre el organismo y su salud.

El devenir diario de la labor jurídica significa para el abogado postulante jornadas de trabajo intenso durante las horas hábiles de los juzgados que van desde las nueve de la mañana hasta las nueve de la noche todos los días hábiles de la semana, durante los cuales debe diseñar y preparar con acierto y diligencia la mejor estrategia jurídica para la solución de los asuntos que le han sido encomendados por sus clientes. Generalmente, por las mañanas tiene que acudir a los juzgados para tener conocimiento de las resoluciones de trámite que el juez del conocimiento de un juicio va dictando en el transcurso de éste y actuar en consecuencia, así como para comparecer a audiencias en las que tiene que interrogar a las partes en conflicto, interrogar a las personas que sean testigos de los hechos que se controvierten, exhibir documentos, presentar quejas, recursos y todo trámite que tenga que ver con la continuación del procedimiento, trabajo que incluso puede demorarse hasta pasadas las quince horas del día e implica enfrentamientos y confrontación con las partes en juicio y con los servidores públicos encargados de la administración de justicia, enojos, competencia, impaciencia por terminar la mayor cantidad de trabajo en el menor tiempo posible; por las tardes debe hacer trabajo de oficina para preparar los escritos y demás documentación necesarias para el día siguiente, siempre estando pendiente de las horas y los términos en que se deben realizar sus actuaciones ya que de lo contrario su trabajo no prosperará como lo tiene planeado.

El diseño de estrategias de trabajo de abogado postulante no sólo contempla los recursos, documentos y trámites así como el tiempo y forma en que debe realizarlos ante los juzgados, también las habilidades con las

que su persona debe contar para sobrevivir en un medio altamente competitivo como lo es el del litigio donde debe demostrar seguridad, formalidad en su manera de vestir, hablar en voz alta y de forma clara, actuar de manera rápida y eficaz con objetivos precisos y de ser necesario agresividad en su plan de defensa.

En términos generales el vivir tan de prisa, la urgencia de tiempo constante, la impaciencia y encontrarse permanentemente sujeto al trabajo jurídico tan competitivo favorece un estilo de vida altamente estresante. Aunado a lo anterior también es de contemplarse que dado el ritmo de vida tan intenso, el abogado postulante carece del tiempo suficiente para proveerse de una alimentación saludable a su organismo, sobre todo si se considera que cuando existen términos legales que se cumplen a horas determinadas el trabajo se convierte en lo prioritario y no la alimentación, la que con frecuencia llega hasta terminados los trabajos que ameriten del cumplimiento de términos y horarios judiciales, lo que incluso puede llevar al abogado postulante sólo al desayuno muy temprano y a una segunda comida hasta después de las nueve de la noche en que se terminan las horas hábiles de los juzgados, siempre y cuando no se tenga más trabajo de oficina que hacer para presentar el día siguiente por la mañana ante el juez.

La vida sedentaria es otra consecuencia característica del trabajo jurídico del abogado, donde el ejercicio que se practica es muy poco o casi nulo ya que la mayor parte del día está dedicado al trabajo y la resolución de los conflictos que son planteados por lo que es poco el tiempo de que dispone para hacer ejercicio, a lo que se adiciona el consumo de alcohol, tabaco o drogas como mitigadores del constante estrés producido por el trabajo diario y como mediador social en el trato y reporte de asuntos con los clientes. La disposición de pocas horas para dormir y descansar si es que se puede, ya que siempre se está pensando en las responsabilidades de los asuntos encomendados y la mejor estrategia para la obtención del éxito en ellos, favorece en conjunto un ambiente poco adecuado para la salud física y emocional de los profesionales dedicados a la labor del litigio.

Cabe señalar que el ritmo laboral de los funcionarios públicos judiciales encargados de resolver los juicios no difiere de las características antes descritas para el abogado postulante, ya que como hemos apuntado todos ellos se encuentran inmersos en la labor judicial y por tanto comparten el mismo estilo de vida.

A grandes rasgos, éste es el medio normal y natural donde se desempeña cotidianamente un abogado litigante, quien hipotéticamente tiene que aprender en lo individual cómo enfrentar un medio hostil, competitivo, amenazante, donde se trabaja contra el tiempo que sólo da cabida a una vida sedentaria con hábitos alimenticios y de sueño poco saludables que

son un factor de riesgo para el buen funcionamiento del aparato cardiovascular. Sin embargo, cabe acotar que no obstante lo antes mencionado, existen personas que de manera exitosa se adaptan a un medio poco adecuado para la salud y logran vivir funcionalmente en él, aunque desafortunadamente son muy pocas.

c) La conducta tipo A y el desempeño profesional del abogado postulante como factores de riesgo en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares.

De lo descrito en puntos que anteceden respecto de la formación académica y las diversas implicaciones en el desarrollo profesional del abogado postulante y los funcionarios públicos encargados de la administración de justicia, puede apreciarse claramente cómo el actuar del profesional jurídico se encuentra matizado de los elementos cognitivos, emocionales y conductuales del comportamiento tipo A que han estudiado diversos investigadores desde hace alguna décadas.

En efecto si recordamos que Friedman y Rosenman (1974) definieron el patrón de conducta tipo A como un complejo particular acción-emoción, que puede observarse en algunas personas comprometidas en una lucha relativamente crónica con la finalidad de lograr un número de cosas, usualmente ilimitadas, de su medio ambiente, en el menor tiempo posible y, de ser preciso, contra los esfuerzos opuestos de otras personas o cosas de su mismo ambiente; podemos decir que el abogado postulante y los funcionarios judiciales involucrados en ella son sujetos con elevados rasgos de comportamiento tipo A dado que en su desempeño jurídico litigioso son personas con un alto nivel de responsabilidad a efecto de tener resultados exitosos en los asuntos encomendados por sus clientes logrando la satisfacción de las prestaciones que reclaman ante la autoridad judicial, realizando sus actividades bajo presiones de tiempo y contra los intereses de la parte contraria en el juicio.

Aunado a las características de hostilidad, agresividad, irritabilidad, con la presencia de prisa e impaciencia en todo momento y el deseo de competir y mostrar superioridad sobre el contrario, es un ambiente que también se ve favorecido y sólidamente reforzado por las necesidades propias del desempeño laboral jurídico. De manera que el ambiente laboral y el perfil profesional del abogado postulante son condiciones que propician y facilitan la personalidad tipo A.

También, es preciso tener en cuenta que los estudios realizados para encontrar las características que poseen las personas con comportamiento tipo A, hasta ahora muestran que se trata de un perfil multidimensional constituido por factores de diversa naturaleza que en esencia incluyen componentes como hablar rápidamente y en voz alta, hay presencia de excesiva actividad psicomotriz, gesticulación y otros manierismos típicos, urgencia de tiempo, velocidad, hiperactividad e implicación en el trabajo, motivación al logro, competitividad, orientación al éxito y ambición, hostilidad, impaciencia, ira, agresividad y necesidad de control ambiental; elementos de los cuales se trata casi en su totalidad de aquellos bajo los cuales desempeña su trabajo legal el abogado postulante.

De tal manera, podríamos decir que la mayoría de las personas dedicadas a la labor jurídica del planteamiento y resolución de problemas judiciales, en su comportamiento laboral, por lo menos, poseen varios de los mencionados patrones de comportamiento tipo A que se encuentran ampliamente reforzados por el entorno social y laboral que los urge a comportarse de forma competitiva, hostil, impaciente y contra el tiempo para así ajustarse a los requerimientos cotidianos de la tarea jurídica en que están inmersos.

Cabe destacar que como lo hemos señalado la conducta tipo A y sus componentes esenciales como son la ira, hostilidad y agresividad se encuentran invariablemente asociados con el estrés entendiendo a éste como un estado o vivencia displacentero sostenido en el tiempo, acompañado en menor o mayor medida de trastornos psicofisiológicos que surgen en el individuo como consecuencia de la alteración de sus relaciones con el ambiente, mismo que impone al sujeto demandas o exigencias, las cuáles objetiva o subjetivamente, resultan amenazantes para él y sobre las que tiene o cree tener poco o ningún control (Zaldivar, Guevara y Roca;1996).

En este contexto, al encontrarse el abogado postulante en un entorno que permanentemente le impone exigencias de competitividad, tiempo, forma, actitud, logro de metas y control sobre las actuaciones judiciales entre otras demandas laborales, resulta indudable que se encuentra en escenario laboral sumamente estresante que fácilmente se convierte en un factor de riesgo para la presencia de algún trastorno ya sea físico o psicológico.

Lo anterior puede explicarse tomando como sustento el análisis del estilo de comportamiento tipo A abordado desde la perspectiva centrada en los factores ambientales y culturales vinculados con él, en la que se han realizado diversos estudios sobre las manifestaciones de los sujetos tipo A en el ámbito laboral fundamentalmente por dos razones: la primera es la evidencia empírica, de que éste patrón de comportamiento se manifiesta y

refuerza con mayor frecuencia e intensidad en el entorno organizacional, ya que se trata de un contexto en el que las presiones de tiempo y la competitividad surgen con mucha frecuencia (Chesney, 1983) tal y como ocurre en el escenario en el que se desenvuelve laboralmente el abogado postulante. La segunda es que, teniendo en cuenta que su orientación psicológica hacia el trabajo se pone de manifiesto en la implicación laboral, la preocupación por el rendimiento, y su deseo competitivo de éxito y reconocimiento, se espera que estos individuos obtengan mayores logros reales (Glass 1977). En ésta misma línea, otros autores han vinculado una alta categoría profesional al patrón de conducta tipo A, así, Byrne y Reinhart (1995), relacionan la conducta tipo A con determinados perfiles profesionales, concretamente, los de mayor responsabilidad y estatus más alto. El afán competitivo del abogado litigante como buen tipo A lo lleva directamente a querer ganar siempre en todas las actividades que se proponga y mientras más veces gane, más hábil, competente y seguro se sentirá e intentará demostrárselo una y otra vez.

Así, el ambiente de trabajo ofrece al abogado litigante un elemento de reto que en la mayoría de los casos refuerza al patrón conductual que posee, lo que de acuerdo con la investigación en conducta tipo A indica fuertemente que el ambiente laboral jurídico actúa como catalizador para la presentación de éste comportamiento y su reforzamiento.

El patrón de conducta tipo A es de suma importancia en el desarrollo profesional del abogado postulante por lo menos por dos razones: como se ha señalado se trata de un tipo de comportamiento requerido y altamente reforzado por el ambiente de trabajo jurídico, donde es necesario contar con características del tipo para A para tener un desempeño brillante y exitoso ya que en este sentido es poco probable que careciendo de éste tipo de personalidad pueda sobrevivirse adecuadamente, laboralmente hablando, en un medio tan competitivo, hostil y con un ritmo en extremo acelerado por el tiempo, de modo tal que para el perfil profesional del abogado litigante es preciso contar y reforzar continuamente la conducta tipo A. En segundo lugar, la importancia del patrón conductual de que se trata adquiere relevancia en el ámbito de la salud física de la persona del abogado y de los funcionarios judiciales encargados de la administración de justicia ya que existen diversos estudios que apoyan el considerarlo como un factor emocional de vulnerabilidad hacia los problemas coronarios y cardiovasculares en general, al igual que la hostilidad, la ira y la agresividad (Friedman y Rosenman, 1974), todos ellos presentes en el desarrollo laboral jurídico.

No hay que olvidar que la naturaleza de los trastornos cardíacos es compleja y no existe un factor único responsable de su aparición y desarrollo, dado que se trata de trastornos multifactoriales que invariablemente ciñen a tratar el estudio de los diversos factores asociados

con la elevada incidencia de la enfermedad cardiovascular que aqueja hoy en día considerablemente a las personas, constituyendo según los informes más recientes de la Organización Panamericana de la Salud y la Secretaría de Salud una de las principales causas de muerte en el mundo y en nuestro país.

El patrón de conducta tipo A, el constructo de ira y hostilidad, la depresión, la ansiedad, la reactividad cardiovascular al estrés y el apoyo social conforman los denominados factores de riesgo emocionales en el origen de enfermedades relacionadas con el corazón. Tanto en su manifestación como en su origen, la enfermedad cardiovascular es una de las más relacionadas con el estilo de vida. Es importante señalar que los factores de riesgo de naturaleza emocional no se presentan aisladamente, sino que se influyen mutuamente no pudiéndose delimitar con precisión donde comienza uno, donde lo hace otro, así como la forma y momentos en que interactúan con los demás factores de riesgo.

Aunque existen diversas teorías que apoyan la hipótesis de considerar al comportamiento tipo A como factor de riesgo emocional en la enfermedad cardiovascular, respecto a la labor jurídica de abogado son básicamente trascendentes dos teorías acerca de cómo el alto nivel de reactividad de las personas tipo A y las condiciones de estrés pueden conducir hacia una enfermedad, particularmente cardiovascular: *la teoría mecánica*, que sugiere que en algunos individuos el estrés causa vasoconstricción en áreas periféricas al corazón, lo que a su vez acelera la tasa cardíaca, por lo que al pasar más y más sangre a través de los vasos contraídos, presumiblemente se genera un deterioro y desgarramiento de las arterias coronarias que provoca lesiones arterioscleróticas; y *la teoría química*, que propone que la reacción hormonal, así como las catecolaminas pueden ejercer un efecto químico directo en los vasos sanguíneos, las subidas y bajadas constantes en los niveles de catecolaminas pueden provocar cambios continuos en la presión sanguínea, causando deterioro en las paredes de los vasos y como consecuencia el surgimiento de un padecimiento cardiovascular. Finalmente en este aspecto es valioso tener en cuenta estudios como los Western Collaborative Group Study (Rosenman y cols, 1975) y Framingham (Haynes y cols., 1980) que igualmente han demostrado que quienes poseen conducta tipo A se encuentran en riesgo de padecer alguna enfermedad coronaria. Por ello la American Heart Association (1981) considera al patrón de conducta tipo A como un factor de riesgo para la aparición de enfermedad coronaria, siendo tan importante como el colesterol excesivo o la hipertensión arterial.

Así, es indudable que si la conducta tipo A se ha asociado con el aumento en la secreción de catecolaminas que se presenta en respuesta a los retos de la vida diaria, como también a los retos psicológicos y físicos, así como

el que el sujeto tipo A comparado con otros muestra una tasa cardíaca más elevada, mayor presión arterial sistólica y diastólica, mayor secreción de catecolaminas, mayor vasoconstricción periférica y cambios electrocardiográficos durante la entrevista clínica o al realizar tareas de tiempo de reacción, solución de problemas, exposición a ruidos o a factores aversivos no controlados y en pruebas de desempeño psicomotor; también lo es el impacto que tiene el litigio como estilo de vida en la actividad profesional del abogado postulante y los funcionarios judiciales encargados de la administración de justicia dadas las características de su comportamiento tipo A en el ámbito laboral y el permanente estrés al que se encuentran sujetos, todo ello altamente reforzado por un ambiente laboral cuyas exigencias cotidianas propician alteraciones en el funcionamiento adecuado del corazón.

De todo lo anterior puede decirse que con base en los datos aportados por la teoría, las múltiples y extensas investigaciones sobre el patrón de comportamiento tipo A como factor de riesgo emocional y cardiovascular, la formación académica proporcionada en las universidades que a través de sus planes de estudio y métodos de enseñanza inculcan en los aspirantes a abogados la formalidad, responsabilidad, puntualidad, rigidez, verticalidad, el espíritu competitivo y exitoso, que combinados con el estilo de vida tan estresante poco adecuado para la salud y un ambiente en exceso hostil y agresivo como es aquel en el que se desempeña el abogado litigante y los funcionarios públicos encargados de la administración de justicia, sin duda favorecen la aparición y desarrollo de enfermedades cardiovasculares manifestadas en sus diferentes tipos, que en muchos casos de acuerdo con las estadísticas desencadenan la muerte de un considerable número de personas. De esto resulta importante entender y atender los factores de riesgo a que nos hemos referido, para un sector de la población con características tan específicas que generan riesgos mayormente elevados en comparación de otros como lo es la de los profesionistas en derecho dedicados particularmente al litigio y los funcionarios públicos encargados de la administración de justicia que intervienen en él.

La tarea del psicólogo en este campo adquiere importancia en la promoción del empleo de adecuadas estrategias de afrontamiento al estrés y diseño de programas preventivos y de intervención psicológica, que permitan a los profesionistas del área jurídica litigiosa el ejercicio de sus labores legales con una menor afectación en su salud cardiovascular, que no necesariamente implique un menoscabo en su éxito y desempeño profesional.

CAPÍTULO 4

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA.

a) Generalidades del diseño de programas de intervención psicológica para sujetos con personalidad tipo A dedicados a la profesión del litigio.

Aunque el campo de la psicología es muy grande, el diseño de programas de intervención psicológica, cuya finalidad será sensibilizar e instruir al abogado postulante y los funcionarios públicos encargados de la administración de justicia en el uso de técnicas como la resolución de problemas; relajación; imaginería positiva y negativa; la reestructuración cognitiva; administración del tiempo; entrenamiento asertivo; entre otras, que faciliten un desempeño laboral exitoso tendientes a la disminución de riesgos de adquirir una enfermedad cardiovascular, corresponde al área del trabajo clínico.

Para ello, es imprescindible analizar las características de los sujetos a los que va dirigido, es decir, se trata de personas tipo A muy sensibles a la inversión y pérdida de tiempo, a la toma de decisiones respecto de si el programa de intervención les será útil o no y por lo tanto si acudirán al total de las sesiones que incluya un programa. También es importante considerar en la intervención clínica de la conducta tipo A y el desempeño profesional del abogado, la baja motivación al cambio del estilo de vida de los abogados postulantes y de los funcionarios públicos encargados de la administración de justicia, ya que por sus características de personalidad tipo A, la formación profesional y el entorno laboral, no perciben fácilmente la relación entre su estilo general de vida y el aumento del riesgo de padecer alguna enfermedad cardiovascular. Es posible incluso, que no estén de acuerdo en que su estilo apremiante y competitivo de vida es patológico para su salud cardiovascular, por el contrario tienden a considerarlo un estilo vital, normal e incluso necesario para el ambiente de trabajo, lo cual es así en la medida en la que el estrés y el comportamiento tipo A sean sólo suficientes para activar al abogado a desempeñarse adecuadamente, es decir, cuando es positivo y benéfico para la realización de tareas, pero en ningún caso cuando afecte la salud

del organismo dada su excesiva, incontrolada y permanente existencia en el trabajo. Aunado a ello, el proceso de generalización que hacen respecto de la idea de que perder un juicio significa ser mal profesionalista y por lo tanto inadecuado como ser humano. De modo que las creencias sobre las consecuencias de los eventos son altamente significativas y por ende reforzantes; además ante el cambio, experimentan el temor generado por la creencia de que si intentan modificar sus características de personalidad y comportamiento resultarían menos activos y productivos por lo que no serían buenos abogados.

El tiempo, es el principal enemigo del abogado postulante y de los funcionarios públicos encargados de la administración de justicia, lo cual resulta entendible si se considera que el actuar jurídico se encuentra total y absolutamente regido por los términos legales (ver pág. 71, cap. 3). Aunque toda la actividad humana en general se encuentra sometida a los tiempos, en el caso del abogado, éste se convierte en un agente patógeno en tanto no exista una adecuada organización del trabajo, ya que es muy usual que el abogado postulante encuentre uno de sus máximos estresores en él, cuando en pocas horas debe elaborar un escrito que contenga una defensa adecuada y sustentada legalmente para su cliente y deba entregarla ante la autoridad judicial que deba resolver antes de que cierre la oficina. Situación que lo coloca en un contexto donde es muy probable que se encuentre bajo gran presión diseñando la mejor estrategia legal de defensa para su cliente, que no tenga tiempo para alimentarse sanamente ni para hacer ejercicio y que incluso lo haga correr desesperadamente para alcanzar a entregar los documentos a la oficina de trámite legal. No importa lo que haga o deje de hacer, el abogado deberá cumplir en el tiempo previsto por la ley con el trabajo jurídico que le ha sido encomendado por su representado, siempre con la idea de ser el mejor y ganar a toda costa. Así, con el tiempo tan limitado para la realización del trabajo es muy difícil evadir el estrés, por lo que tal vez en este aspecto lo importante sería, a través de los programas de prevención o intervención, proporcionarle herramientas para disminuir la inevitable activación fisiológica.

Evidentemente la creación de conocimiento, a través de la información y la toma de conciencia respecto de las particularidades de su personalidad tipo A, su formación profesional, su contexto laboral y de los riesgos de desarrollar enfermedades cardíacas, tendrían buen efecto en la toma de acciones preventivas al tener conocimiento pleno de que la enfermedad es grave, que es posible que lleguen a padecerla, que la pueden evitar a través del uso de algunas técnicas y que los beneficios de esa acción preventiva superarán en mucho los costos de la enfermedad cardíaca. Por eso será importante concientizar a los abogados a través del conocimiento de las relaciones que hay entre su manera de funcionar laboralmente, de la generalización que de ello se hace a otras áreas de su vida y las

consecuencias para la salud, convencerlos respecto de la efectividad del programa, de las técnicas que se utilizarán en él y de los beneficios a obtener en su salud cardiovascular, amén de la buena inversión de tiempo que resultará en ellos la asistencia y adherencia al programa.

Asimismo, parte fundamental a contemplar en estos programas de intervención psicológica, es el entorno social y laboral en que se desarrollan tanto del abogado postulante así como de los funcionarios públicos encargados de la administración de justicia, mismo que, como se ha visto resulta en extremo complejo dado que no sólo contempla el actuar del abogado postulante sino de todas las personas que intervienen el procedimiento jurídico cuyo comportamiento impacta directamente en el actuar del abogado y su conducta tipo A. De modo que, determinar de manera exacta y precisa el total de variables o circunstancias que requieren de tratamiento dentro de los programas, no es posible dado que éstas no dependen únicamente del ambiente laboral sino de cada persona, de sus características individuales y de las circunstancias específicas de cada asunto o juicio, por lo que sería más recomendable considerar cuestiones generales del patrón comportamental tipo A como son ira, hostilidad, agresividad e impaciencia como factores emocionales que incrementan el riesgo de enfermedad cardiovascular, y, por ejemplo, los tipos de pensamientos automáticos que son más comunes entre los abogados, que generan emociones disfuncionales como las ya señaladas, que afectan al organismo en su salud cardiovascular.

Todo ello requiere también del conocimiento del campo de trabajo del abogado postulante y de la formación académica que desde las aulas universitarias refuerzan constantemente al patrón de conducta tipo A, por lo que valdría la pena recapitular brevemente sobre algunas situaciones y pensamientos automáticos que el abogado postulante y los funcionarios de la administración de justicia perciben como amenazantes, así como la forma en que fueron capacitados desde su formación profesional para responder a ese contexto laboral.

Desde una perspectiva cognitiva, el abogado siempre se maneja en el mundo del *deber ser*, es decir, donde todas y cada una de las situaciones que puedan presentarse en un juicio se encuentran previamente contempladas y reglamentadas por la ley, es común que el abogado piense que tiene la verdad absoluta sobre las cosas y por lo tanto que estas deben resolverse como él lo piensa y no de otra forma. Los pensamientos son de seguridad en cuanto a lo que debe hacer y de defender su punto de vista en todas las instancias legales de ser preciso; de ganar el juicio que le ha sido encomendado por su cliente; de estar siempre atento y a la defensiva para actuar en cualquier momento, sobre todo en audiencias donde hay careos, interrogatorios y necesidad de enfrentar al juez y a los abogados contrarios con la única idea de alegar su postura legal para

hacer prevalecer sus razones y de imponerlas para demostrar superioridad. Las actividades siempre son dinámicas con tendencia a la idea a demostrar alta competitividad y éxito. Las creencias de su formación profesional les hacen percibir y juzgar como amenazantes las acciones y situaciones que deben de enfrentar en su labor jurídica sobre todo cuando lo puedan llevar a perder un asunto.

El pensamiento predominante es que el perfil del abogado exitoso y productivo invariablemente debe tener una actitud recia, categórica, arrojada, valiente, inflexible, agresiva, con estricta aplicación de las normas jurídicas, altamente racional, decidida, disciplinada, organizada, ganadora, exitosa, comprometida, que se sepa defender ante el abogado contrario y defender al cliente contra todos los demás, que imponga su manera de pensar y resuelva siempre satisfactoriamente un asunto, el trabajo se guía bajo el principio rígido de ser en todo momento el mejor. Esto en sí mismo no debería producir problemas. El conflicto radica en el pensamiento absoluto, en la exageración que se hace del significado de las consecuencias que tiene el no ajustarse al perfil profesional, es decir, en perder y no ganar siempre un juicio.

Generalmente, los abogados en la labor del litigio suelen ser perfeccionistas con el trabajo, tienen gran tendencia posponer, sobre todo cuando se trata de cosas que tienen que hacer dentro de los términos que la ley les impone, de modo que incluso suelen dejar las cosas a último minuto y llegar corriendo a entregar escritos a las oficinas judiciales; en caso de que las cosas no salgan como ellos piensan que *deben ser* lo asumen como algo catastrófico (*perdí, el sistema es injusto no debería ser así*), aún cuando en la realidad no sea así y cuenten con otras alternativas de solución a la situación que se les presenta (resaltar consecuencia positivas por mínimas que sean; hacer juicios sobre la correcta aplicación de la ley). Todo lo que no sea como el abogado dedicado al litigio piensa que *debe ser* esta mal y es lo más terrible que puede ocurrir. En éste sentido, el abogado puede en su trabajo jurídico enfrentar dos tipos de problemas: el estrés causado por los términos judiciales que rigen el procedimiento (tiempo); o los ocasionados por su negligencia o posposición del trabajo, o por ambos.

El conocimiento de particularidades laborales del abogado como las señaladas y las que puedan aportar los sujetos participantes, forman parte importante del diseño del programa de intervención psicológica, ya que a través de ello se podrá proporcionar información a los sujetos sobre aspectos generales del comportamiento tipo A y los resultados de algunas investigaciones que se consideren relevantes en su vinculación con enfermedades cardiovasculares. También, es conveniente proporcionar información sobre aspectos cardíacos y los factores de riesgo que incrementan su aparición, haciéndose énfasis en las cuestiones

emocionales inherentes al comportamiento tipo A; además de información sobre el escenario laboral que requiere y refuerza ampliamente en el abogado el comportamiento tipo A; la forma en que esos factores inciden la salud cardiovascular de las personas y la posibilidad de cambio que existe a través del programa, para reducir en lo posible los comportamientos típicos de la personalidad tipo A que eviten o disminuyan los riesgos de padecer una enfermedad del corazón, preservando con ello su salud física y salvaguardando su exitoso desempeño profesional.

El manejo de toda esta información permitirá crear conciencia en el abogado postulante, sobre los comportamientos típicos de una persona con personalidad tipo A que constituyen factores emocionales que predisponen y facilitan la aparición de una enfermedad cardiovascular, como conductas que son reforzadas constantemente por el ambiente laboral en el cual se desempeñan profesionalmente. Otro aspecto importante, es lograr que el abogado postulante y todo el personal dedicado a la labor jurídica del litigio comprenda, que si bien, su comportamiento tipo A es requerido por la naturaleza propia de la labor del litigio y que la falta de manejo del mismo aunado al contexto laboral son factores que incrementan el riesgo de padecer alguna enfermedad relacionada con el corazón; no obstante, ello no necesariamente significa que irremediablemente enfermarán del corazón, ya que es preciso tener en cuenta en primer lugar, que aunque sea bajo el porcentaje, existen profesionistas dedicados al litigio que cuentan con adecuados estilos de afrontamiento y hábitos de salud que les permiten salir de la generalidad y contender saludablemente con el ambiente de trabajo; pero que de no ser así, si existe esa posibilidad de lograr un cambio tanto en las respuestas emocionales que se dan como consecuencia de los pensamientos automáticos que tienen, y también la forma en la que pueden incidir sobre un estilo de vida saludable en cuanto a una alimentación adecuada, hacer ejercicio, no fumar, entre otras estrategias; sin necesidad de que dicho cambio afecte su capacidad productiva y de éxito en el litigio. De hecho, la finalidad de todo programa de prevención o intervención psicológica, independientemente de su orientación o modelo a seguir, será la de promover un cambio en la conducta tipo A y el estilo de vida laboral, que favorezca la salud cardiovascular.

Es importante que la idea de posibilidad de cambio a través de la modificación de su forma de pensar y su proceso, sea lo suficientemente clara y contundente en relación a la información que se proporcione en el programa, ya que de ello dependerá en gran medida que las personas con conducta tipo A dedicadas a la tarea jurídica del litigio se interesen por su salud cardiovascular y tomen la decisión respecto de su asistencia y adherencia terapéutica.

El modelo de cambio de Prochaska & Di Clemente (1982) que menciona que el cambio terapéutico en el paciente implica etapas de: precontemplación (no sabe que tiene un problema), contemplación (piensa que tiene un problema), determinación (decide actuar para resolver el problema), acción (actúa para resolver el problema), mantenimiento (usa estrategias para mantener el cambio), recaída (puede haber regreso a patrones anteriores) y terminación (ya no vuelve a recaer), puede ser una herramienta eficaz en el trabajo de concientización al cambio dentro de los programas de prevención o intervención psicológica.

En este aspecto, el modelo de intervención psicológica cognitivo conductual cuenta con elementos importantes que proporcionan la posibilidad de elaborar desde programas breves de prevención primaria para la informar y sensibilizar a las personas de los riesgos de enfermedad cardiaca, hasta aquellos en los que se tenga como objetivo la intervención clínica formal donde se promuevan cambios profundos en el comportamiento y el estilo de vida saludables para el sistema cardiovascular.

El planteamiento que la psicología cognoscitiva hace, es que las situaciones que se enfrentan son evaluadas cognoscitivamente con las creencias que el sujeto tiene. De tal forma que una misma situación es evaluada de diferentes maneras por diferentes personas. Se han identificado una serie creencias que participan en éste proceso de evaluación y que pueden llevar a respuestas emocionales muy intensas, que Ellis y la psicología cognoscitiva llaman irracionales.

Además, la formación académica y el ambiente laboral coloca al profesionista jurídico dedicado al litigio a manejarse de forma estricta y disciplinada en el mundo del *deber ser*, lo cual cognitivamente también lo obliga a tener pensamientos y exigencias absolutas de tremendismo con tendencia a resaltar en exceso lo negativo, condenación y baja tolerancia a la frustración. Por esta razón, en los programas elaborados bajo un modelo cognitivo conductual dirigido a estos profesionistas, es necesario tomar conciencia sobre el tipo de pensamientos automáticos que prevalecen de forma general en las personas tipo A dedicadas al litigio, ya que de acuerdo con Ellis y el modelo de la terapia racional emotiva, una fuente importante de malestar emocional como la ira, la hostilidad, la agresividad y la impaciencia, entre otras, lo es el tipo de pensamientos automáticos e irracionales que presentan estos sujetos sobre los acontecimientos, y que constituyen exigencias dogmáticas y absolutas sostenidas en creencias negativas, generalización o exageración que la persona hace o tiene sobre los eventos.

Todo el ambiente que rodea al abogado le genera aspectos cognitivos de suma importancia, ya que propicia y difunde creencias irracionales o pensamientos automáticos muy específicos como:

- *"en mi trabajo siempre debo ganar".* (absolutismo)
- *"perder un asunto es lo peor que me puede suceder".*
(catastrofización)
- *"si pierdo un asunto es porque soy muy mal abogado".*
(generalización)
- *"ser buen abogado es ser agresivo verbalmente con los demás para imponer mis puntos de vista".* (generalización)
- *"debo imponer mi manera de pensar porque los demás no tienen mis conocimientos".* (absolutismo)
- *"siempre tengo hasta el último minuto para diseñar y hacer mejor mi estrategia de trabajo".* (posposición, devaluar la importancia de la planeación de una actividad necesaria)
- *"los demás no saben cómo hacer las cosas".*
- *"los demás deben de actuar como yo pienso que es correcto".*
- *"siempre debo imponer mi voluntad".*
- *"el tiempo siempre está en mi contra".*
- *"siempre debo poner a los demás en su lugar".*
- *"siempre estoy tan saturado de trabajo que no tengo tiempo ni para comer".*
- *"siempre tengo la razón".*

Pensamientos éstos, absolutos y catastróficos, que de acuerdo con A. Ellis, generan un malestar emocional y su consecuente impacto fisiológico en el

organismo, incrementan el riesgo de adquirir y desarrollar un padecimiento cardiovascular y requieren de un tratamiento que promueva un cambio de creencias irracionales dirigido, entre otras cosas, al bienestar cardíaco de las personas.

La terapia racional emotiva creada por A. Ellis (1957) es un modelo de reestructuración cognitiva que parte del principio de que las actitudes y las creencias son las responsables directas del malestar emocional y de los problemas interpersonales. Propone el modelo de análisis ABC; donde A es el acontecimiento activador, B son las creencias, pensamientos o ideas irracionales sobre el acontecimiento, y C son las consecuencias identificadas como desagradables que provocan el malestar emocional. A pesar de que los acontecimientos activadores (A) aparentemente son los causantes de las emociones desagradables (C) que a su vez provocan activación fisiológica del sistema nervioso autónomo, en realidad entre unos y otros (A) y (C) actúan como elementos mediadores las ideas y creencias irracionales que se hacen de los acontecimientos (B). Así la aplicación de esta técnica consiste en detectar las ideas irracionales (pensamientos automáticos) (B) que provocan el malestar emocional (C), discutir sobre ellas (D) y, finalmente sustituirlos por creencias racionales (E) que reducirán o eliminarán el malestar emocional y sus consecuencias en el sistema nervioso autónomo.

Así, el conocimiento de información sobre características fundamentales del sujeto con comportamiento tipo A y de la existencia de factores de riesgo para desarrollar enfermedades del corazón, el cambio en los pensamientos o creencias irracionales que se tienen sobre las cosas que ocurren bajo el modelo de la terapia racional emotiva en conjunto con otras técnicas como resolución de problemas, relajación, imaginación positiva y negativa, entre otras, son herramientas eficaces en el diseño cognitivo conductual de programas de prevención o intervención psicológica.

Finalmente, cabe aclarar que la elaboración de los programas de intervención de que se ha hablado, dada la complejidad y diversidad de los factores que influyen en el desempeño del trabajo jurídico del abogado contendrán estrategias de aplicación general, por lo que sus resultados dependerán sin duda de las diferencias individuales de cada persona y de sus habilidades particulares para la reestructuración cognitiva y la modificación conductual.

b) Programa cognitivo conductual para prevenir comportamiento tipo A en abogados dedicados al litigio.

Considerando las características laborales, particulares y de personalidad del abogado dedicado al trabajo del litigio, así como del poco tiempo de que dispone para dedicarlo a la terapia, es de mucha utilidad el diseño de un programa de prevención primaria que en un tiempo breve de cinco sesiones con atención a objetivos específicos muy claros para cada una de ellas, promueva la concientización sobre la importancia de la salud cardiovascular en los abogados postulantes y los funcionarios públicos encargados de la administración de justicia.

Con base en lo anterior, el terapeuta acordará con los pacientes sobre la duración de cada sesión, el tiempo que habrá entre cada una de ellas y el lugar en el que se llevarán a cabo, excepto cuando se trate de un programa implementado en alguna institución de salud o de gobierno donde será la institución la que lo determine.

En relación con la consideración de si el programa será individual o grupal, la propuesta sería que fuera del segundo tipo debido a las ventajas de la terapia de grupo en la modificación del comportamiento tipo A, que propicia la identificación de otras características en otros sujetos y la explicación de la conducta tipo A; alimenta la retroinformación a los demás; y facilita su difusión a sectores más amplios en la población.

Debido a la brevedad del programa el objetivo general será únicamente sensibilizar a los abogados dedicados a la labor del litigio sobre el incremento de riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular debido a su estilo de vida relacionado con la conducta tipo A y al ambiente laboral en el que se desempeñan.

El proceso de sensibilizar al personal jurídico que trabaja en el litigio se da fundamentalmente al proporcionar información sobre aspectos breves y relevantes de los constructos teóricos y las investigaciones sobre conducta tipo A, las enfermedades cardiovasculares y los requerimientos cognitivo conductuales altamente reforzados por el escenario laboral al que se dedican diariamente, que faciliten la identificación y concientización de los riesgos que tienen sobre la salud cardiovascular.

Además en el programa de prevención primaria se hará uso de técnicas como la relajación, reestructuración cognitiva de la terapia racional emotiva con la identificación de pensamientos automáticos que generan malestar emocional y sobreactividad fisiológica en el aparato cardiovascular, y finalmente la asignación de tareas sencillas que permitan

crear conciencia de la importancia cambiar la manera de pensar y del estilo de vida poco saludable que tienen los abogados, que a su vez motive en los participantes su asistencia a programas de intervención más completos cuyo objetivo sea el logro de cambios profundos en su estilo de vida laboral y su consecuente beneficio en la salud cardiovascular.

En términos breves y muy generales, se propone que las sesiones se lleven a cabo de la siguiente manera:

Primera Sesión.- Se hará la presentación de los terapeutas y los integrantes del grupo. Se planteará de manera clara el objetivo general del programa y el específico de la sesión (el objetivo específico de cada sesión se propondrá en cada una de las sesiones) y las reglas que guiarán el trabajo terapéutico. Se expondrán de manera breve temas informativos acerca del patrón de conducta tipo A, la enfermedad cardiovascular y sus riesgos. Desde el inicio de la primera sesión y durante todo el programa se hará uso de la relajación bajo su principio básico de respiración diafragmática ya que los beneficios de la misma son muy elevados en el control de activación fisiológica del organismo. Se asignarán tareas con sus respectivos controles de registros a realizar en el tiempo que transcurra hasta la próxima sesión.

Segunda Sesión.- Se continuará con la exposición breve de información y se adicionará aquella relativa al desempeño laboral cotidiano del abogado con la identificación de componentes de la personalidad tipo A y la identificación de pensamientos automáticos irracionales más comunes entre esa población de profesionistas y las emociones que provocan. Se revisarán y vincularán con la información proporcionada, las actividades realizadas en las tareas asignadas en la sesión anterior. Se iniciará la explicación breve sobre los principios básicos (a,b,c) de la terapia racional emotiva. Se revisarán tareas asignadas en la sesión anterior y su conexión con la información proporcionada en las sesiones anteriores. Se continuará con los ejercicios de respiración diafragmática, con iniciación de relajación muscular. Se asignarán tareas a realizarse para su discusión en la próxima sesión.

Tercera Sesión.- Se continuará de manera breve la exposición de información del patrón de conducta tipo A, la enfermedad cardiovascular, sus riesgos y el estilo de vida del abogado. Se continuará la identificación de pensamientos automáticos en los abogados, las emociones que generan como son ira, hostilidad y agresividad, y las respuestas fisiológicas que provocan en el organismo. Se continuará la explicación breve sobre los principios básicos (a,b,c) de la terapia racional emotiva. Se revisarán tareas asignadas en la sesión anterior y su conexión con la información proporcionada en las sesiones anteriores. Se continuará con la relajación

muscular y la respiración diafragmática. Se asignarán tareas relacionadas con los principios básicos de la terapia racional emotiva y la identificación de pensamientos automáticos.

Cuarta Sesión.- Se continuará de manera breve y se iniciará el cierre de la exposición de información del patrón de conducta tipo A, la enfermedad cardiovascular, sus riesgos y el estilo de vida del abogado. Se continuará con la exposición de la terapia racional emotiva y sus principios básicos. Se propiciará el cambio de pensamientos automáticos y se enfatizarán las emociones diferentes que provocan y el bienestar en la respuesta fisiológica del organismo, cuidando que dicho cambio no afecte el desempeño productivo y exitoso del abogado en su labor jurídica. Se Continuará y reforzará la respiración diafragmática y la relajación muscular. Se revisará la realización de tareas de la sesión anterior y se asignarán las que se harán para la próxima sesión.

Quinta Sesión.- Se finalizará la identificación de pensamientos automáticos, las emociones que producen y el impacto fisiológico que tienen en el organismo y los principios básicos de la terapia racional emotiva (a,b,c). Se revisarán las tareas asignadas en la sesión anterior. Se evaluará la experiencia personal de los pacientes respecto del programa de prevención y lo aprendido en él. Se evaluará y consolidará la posibilidad de cambios cognitivos (pensamientos automáticos) y conductuales a través de los principios básicos de la terapia racional emotiva, la respiración diafragmática y la relajación muscular y su reforzamiento en lo sucesivo. Se enfatizará la necesidad e importancia de continuar en la toma de conciencia respecto de los factores de riesgo presentes en el estilo de vida y ambiente laboral del abogado, así como la posibilidad de cambio. Se hará una especificación de planes futuros en la toma de acciones preventivas y de intervención psicológica en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares a través de programas de terapia psicológica que promuevan el cambio más profundo del estilo de vida del abogado postulante y su salud cardiovascular sin que ello afecte la productividad y éxito de su desempeño jurídico. Se hará una exposición respecto de la disponibilidad de los terapeutas para la implementación de programas de intervención psicológica más profundos para fomentar el interés y motivación de los pacientes.

Dada la naturaleza preventiva y breve del programa que se plantea sería importante que pudiera implementarse dentro de los cursos de capacitación o inducción al trabajo en instituciones donde los abogados se desempeñen en el trabajo jurídico del litigio. Además y a efecto de abarcar un sector más amplio de profesionistas también sería recomendable que los programas preventivos se incluyeran dentro de los planes y programas de estudios de la licenciatura en derecho en instituciones educativas

públicas y privadas, como actividad opcional donde se logre la concientización de las relaciones entre el comportamiento tipo A, las enfermedades cardiovasculares y los riesgos de padecer una enfermedad del corazón entre los aspirantes al ejercicio de la labor jurídica.

Conclusiones

- La conducta tipo A es un perfil multidimensional constituido por diversos factores que incluye componentes formales como voz alta, habla rápida, excesiva actividad psicomotriz, gesticulación y otros manierismos típicos; conductas abiertas o manifiestas como la urgencia de tiempo, velocidad, hiperactividad e implicación en el trabajo; aspectos motivacionales entre los que se encuentran la competitividad, orientación al éxito y ambición; actitudes y emociones tales como la hostilidad, impaciencia, ira, agresividad; y aspectos cognitivos entre los que figuran la necesidad de control ambiental y el estilo atribucional característico de éste comportamiento. Las personas con tipo de conducta A suelen funcionar bajo mucha presión, tienen gran empuje, son exigentes consigo mismos y con los demás.

Hay modelos teóricos, que para explicar la forma en que se adquiere y desarrolla el comportamiento tipo A proponen que en ésta se analizan los niveles de interacción social que moldean las conductas tipo A, mostrando como el ecosistema occidental desde sus aspectos morales hasta los familiares, constituyen actualmente el espacio ideal para moldear y reforzar conductas de tipo A; y que contempla la evolución del sujeto desde el aprendizaje más temprano en su medio familiar desde donde pueden ya propiciarse tendencias a la competitividad, la urgencia, la atención prioritaria a los rendimientos o la agresividad, mediante el uso de refuerzos contingentes; que, además continua su curso por las instituciones educativas que se sostienen sobre el mismo modelo, para así culminar en la vida laboral, donde, con base en lo aprendido, la persona pone a prueba toda su solvencia para la adquisición de logros y donde, a menudo, se pone también a prueba el equilibrio biológico del organismo para contender en el proceso físico de salud-enfermedad. Lo que merece atención especial entre el aspecto cardiovascular en relación con el ambiente laboral del abogado postulante y los funcionarios públicos que trabajan en las instituciones encargadas de la administración de justicia.

- Existen básicamente dos teorías acerca de cómo el alto nivel de reactividad de las personas tipo A y las condiciones de estrés pueden conducir hacia una enfermedad cardiovascular, así como numerosos estudios que intentan dar explicación de la posible relación que existe entre ambas. La teoría mecánica, sugiere que en algunos individuos el estrés causa vasoconstricción en áreas periféricas al corazón, lo que a su vez acelera la tasa cardíaca. Así, al pasar más y más sangre a través de

los vasos contraídos, presumiblemente se genera un deterioro y desgarramiento de las arterias coronarias que provoca lesiones arterioscleróticas. Por su parte la teoría química, que propone que la reacción hormonal, así como las catecolaminas pueden ejercer un efecto químico directo en los vasos sanguíneos, las subidas y bajadas constantes en los niveles de catecolaminas pueden provocar cambios continuos en la presión sanguínea, causando deterioro en las paredes de los vasos y como consecuencia el surgimiento de un padecimiento cardiovascular.

Diversos estudios han demostrado que quienes poseen conducta tipo A se encuentran en riesgo de padecer alguna enfermedad coronaria. Por ello se considera al patrón de conducta tipo A como un factor de riesgo para la aparición de enfermedad cardíaca, siendo tan importante como el colesterol excesivo o la hipertensión arterial y se le ha prestado ya gran interés en muchos países.

El análisis del estilo de comportamiento tipo A ha sido abordado por los investigadores principalmente desde dos perspectivas: la psicofisiológica y la centrada en los factores ambientales y culturales vinculados a él. Dentro de esta última, se han realizado diversos estudios sobre las manifestaciones de los sujetos tipo A en el ámbito laboral fundamentalmente por dos razones: la primera es la evidencia empírica, desprendida de los trabajos de numerosos autores, que muestran que este patrón de comportamiento se manifiesta y refuerza con mayor frecuencia e intensidad en el entorno organizacional, ya que se trata de un contexto en el que las presiones de tiempo y la competitividad surgen continuamente. La segunda es que, teniendo en cuenta que su orientación psicológica hacia el trabajo se pone de manifiesto en la implicación laboral, la preocupación por el rendimiento, y su deseo competitivo de éxito y reconocimiento, se espera que estos individuos obtengan mayores logros reales.

- El afán competitivo de las personas con comportamiento tipo A los lleva directamente a querer ganar siempre en todas las actividades que se propongan. La persona tipo A mientras más veces gane, más hábil, competente y seguro se sentirá e intentará demostrárselo una y otra vez, en muchos casos el ambiente de trabajo les ofrece un elemento de reto que refuerza ampliamente al patrón conductual que poseen. El ambiente actúa como catalizador para la presentación de este comportamiento.

Las investigaciones sobre comportamiento tipo A, han vinculado directamente esta conducta con el fenómeno de estrés entendido como un estado o vivencia displacentero sostenido en el tiempo, acompañado en menor o mayor medida de trastornos psicofisiológicos que surgen en el individuo como consecuencia de la alteración de sus relaciones con el

ambiente, que impone al sujeto demandas o exigencias, las cuáles resultan amenazantes para él y sobre las que tiene o cree tener poco o ningún control. Además existe evidencia de que el estrés produce diversas reacciones corporales. Los sistemas cardiovascular, respiratorio, digestivo, endocrino y nervioso, entre otros, trabajan en forma extraordinaria cuando experimentan estrés. Cuando estos sistemas están constantemente sobre trabajados durante largos periodos de la vida de una persona, aumenta la probabilidad de que ocurra algún trastorno cardiovascular.

- Las enfermedades cardiovasculares son aquellas que se presentan con relación del mal funcionamiento del corazón; éste, es un órgano muscular encargado de desarrollar tres funciones principales: transportar oxígeno y nutrientes a las células del organismo, remover desechos metabólicos, y servir como medio de transporte de sustancias químicas (hormonas) de una parte a otra del cuerpo, para lo cual debe bombear sangre a los tejidos del organismo y transportarla por una red de vasos sanguíneos. Debido a la complejidad en el funcionamiento del corazón, la enfermedad cardiovascular no se limita a un sólo padecimiento sino que existe un conjunto bastante amplio de enfermedades cardíacas que afectan a un porcentaje importante de la población entre las que se encuentran arritmias cardíacas, cardiopatías, valvulopatías, tumores, hipertensión arterial, paros (shock) cardíacos, arterioesclerosis, angina de pecho, infartos, enfermedades de las arterias coronarias, etc.

Dentro de las estadísticas mundiales de salud, las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en el mundo, siendo responsables del 30 % del total de las muertes, esto es, alrededor de 17.5 millones de personas han muerto debido a ello en 2005, lo cual representa, el mayor problema de salud pública de muchos países industrializados. En nuestro país, las enfermedades isquémicas del corazón ocuparon el tercer lugar entre las principales causas de mortalidad en edad productiva (de 15 a 64 años) con un 7.3 % del total de muertes en el año 2004, antecedidas por la diabetes mellitus que está en el primer lugar con un 14.1 % y la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado con un 10.1 % para el mismo año.

- Es evidente la importancia que debe otorgarse al estudio de la etiología de las enfermedades cardiovasculares dada su incidencia y tendencia al incremento de la misma como causa de enfermedad y muerte no sólo en nuestro país sino en todo el mundo. De tal modo y no obstante la gran importancia otorgada por los investigadores a los factores químicos y mecánicos como favorecedores en la aparición y desarrollo de padecimientos relacionados con el aparato cardiovascular, es imprescindible tomar en consideración los factores de riesgo emocionales,

que incluyen el patrón de conducta tipo A. Toda vez que, tanto en su manifestación como en su origen la enfermedad cardiovascular es una de las más relacionadas con el estilo de vida de las sociedades modernas, caracterizado por una mayor competitividad, apresuramiento, agresividad y hostilidad.

Algunas investigaciones han concluido que la conducta tipo A constituye un factor de riesgo emocional en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. Existen pruebas de que algunas enfermedades físicas son causadas por la interacción de factores psicosociales y biológicos, como es el caso de la enfermedad coronaria, la angina de pecho y el infarto miocárdico, donde se ha demostrado una correlación significativa entre el patrón de conducta tipo A y la elevada incidencia de enfermedad coronaria. Con ello se da muestra de la diversidad existente en la naturaleza de los factores de riesgo cardiovascular, es decir, de la gran cantidad y diversidad de factores que inciden en la aparición de un padecimiento cardíaco, independientemente de su origen, y que sin duda obliga a tenerlos en cuenta en su estudio, ya que circunscribirse sólo al aspecto biológico implicaría mantener una postura en exceso reduccionista y por tanto limitada en relación a las investigaciones y hallazgos recientes sobre el tema.

No obstante lo anterior, es importante señalar que aún cuando se cuenta con investigaciones sobre la conducta tipo A que lo consideran como un factor de riesgo cardiovascular que, además de tener relación con la respuesta fisiológica de la persona, se abocan fundamentalmente al estudio del comportamiento del individuo que favorecido por el entorno social, el ambiente laboral, las características de personalidad del propio individuo y la familia propician la aparición de enfermedades cardíacas, estas investigaciones tienen un menor sustento en cuanto a su solidez dado que si bien los estudios han dado cuenta de la existencia de ese patrón de comportamiento junto con sus elementos característicos y los efectos del mismo en el ámbito cardiovascular, de los resultados obtenidos hasta ahora no existen datos contundentes que demuestren plenamente esta influencia de la conducta tipo A como un factor de riesgo en la enfermedad y muerte cardiovascular, ésto debido en gran medida a la escasa evidencia empírica y a la obtención de resultados contrarios en diversas investigaciones, por lo que no hay consenso absoluto entre los estudiosos del tema en cuanto a la aceptación de su existencia como factor de riesgo emocional en la aparición y desarrollo de padecimientos cardíacos.

- Desde los inicios de su formación académica el licenciado en derecho alimenta y refuerza la observancia y cumplimiento ciego de las reglas jurídicas que dirigen el comportamiento exterior de los individuos en

sociedad sin considerar otro aspecto distinto de la conducta observable. En general, desde las primeras etapas de instrucción universitaria al abogado se le inculcan particularidades como la honradez, el respeto a la dignidad de las personas, el aprecio por los valores culturales, históricos y sociales de la comunidad y del país, el espíritu emprendedor, el liderazgo, la cultura de calidad, el respeto por el medio ambiente, la vocación de compromiso con las comunidades, la formalidad, la responsabilidad, la puntualidad, la rigidez, la verticalidad para el aprendizaje y futuro desempeño de la profesión jurídica, no importando el campo de trabajo en el que se encuentre, el abogado siempre se manejará en el mundo del *deber ser*, lo que implica el establecimiento de ideas estrictas e irreductibles respecto del comportamiento de los demás. Al entrar al campo de trabajo el licenciado en derecho estará capacitado para prestar servicios profesionales en áreas como: el ejercicio libre de su profesión, como abogados postulantes, en las diferentes especialidades del derecho, o como consultores de dependencias y entidades públicas, así como de empresas privadas, así como de los particulares; o como funcionarios públicos en áreas jurídicas de los poderes legislativo y ejecutivo de los gobiernos federal y estatal; o en los puestos de administración de justicia del poder judicial, tanto federal como estatal, entre otros campos de trabajo.

Particularmente, el desempeño profesional del abogado postulante se desarrolla en los juzgados y ante las autoridades judiciales que deberán dirimir y resolver sobre los conflictos que les sean planteados. Labor poco sencilla debido al ambiente en exceso hostil, donde la ira y el enojo por la afectación de los derechos de las partes en controversia enmarcan todo el tiempo el escenario de trabajo. En este contexto jurídico, donde el origen del actuar tanto de las partes como del abogado lo es la trasgresión y agresión de lo privado y personal, es que el abogado litigante y los funcionarios del poder judicial encargados de resolver los conflictos planteados encuentran el ámbito donde aplicar los conocimientos aprendidos en la formación académica profesional.

- Del análisis del estilo de vida del abogado postulante y los funcionarios públicos encargados de la administración de justicia, así como de los estudios realizados para encontrar las características que poseen las personas con comportamiento tipo A, podemos decir que estos profesionales del trabajo jurídico son sujetos con elevados rasgos de comportamiento tipo A dado que su desempeño jurídico litigioso lo realizan bajo casi la totalidad de elementos característicos de esta conducta.

El patrón de conducta tipo A es de suma importancia en el desarrollo profesional del abogado postulante al menos por dos razones: por tratarse de un tipo de comportamiento requerido y altamente reforzado por el

ambiente de trabajo jurídico, donde es necesario contar con características del tipo para A para tener un desempeño brillante y exitoso ya que en este sentido es poco probable que careciendo de este tipo de personalidad pueda laboralmente sobrevivirse adecuadamente en un medio tan competitivo, hostil y con un ritmo en extremo acelerado por el tiempo, de modo tal que para el perfil profesional del abogado litigante es preciso contar y reforzar continuamente la conducta tipo A; y en segundo lugar, la importancia del patrón conductual de que se habla adquiere relevancia en el ámbito de la salud física de la persona del abogado y de los funcionarios judiciales encargados de la administración de justicia dada la existencia de diversos estudios que lo consideran como un factor emocional de vulnerabilidad hacia los problemas coronarios y cardiovasculares en general, al igual que la hostilidad, la ira y la agresividad, todos ellos presentes en el desarrollo laboral jurídico.

En términos generales el vivir tan de prisa, la urgencia de tiempo constante, la impaciencia y encontrarse permanentemente sujeto al trabajo jurídico tan competitivo favorece un estilo de vida altamente estresante. La mala alimentación y la vida sedentaria también caracteriza la labor jurídica del abogado, ya que la mayor parte del día está dedicado al trabajo y la resolución de los conflictos que son planteados por lo que es poco el tiempo de que dispone para comer en los horarios y formas adecuadas; a lo que se adiciona el consumo de alcohol, tabaco o drogas como mitigadores del constante estrés producido por el trabajo diario y como mediador social en el trato y reporte de asuntos con los clientes. La disposición de pocas horas para dormir y descansar favorece en conjunto un ambiente poco adecuado para la salud física y emocional de los profesionales dedicados a la labor del litigio. Todo lo anterior aunado al estrés continuo derivado de la responsabilidad profesional del abogado postulante y los funcionarios judiciales involucrados en la resolución de controversias legales, tienen un escenario que favorece importantemente el comportamiento tipo A y elevan los riesgos de desarrollo de enfermedades cardiovasculares, por ello, es preciso atender la forma en que pueda proporcionarse a los profesionistas jurídicos herramientas que ayuden a su organismo a afrontar favorablemente tal entorno.

- Promover la salud cardíaca en este sector de profesionistas, a través de programas o talleres de prevención primaria o intervención psicológica, es de suma importancia no sólo por el mero aspecto de la salud personal que incide en una disminución de las estadísticas de enfermedad y muerte por trastornos del corazón, sino por el impacto que ello tiene en una sociedad regida por un estado de derecho como el nuestro, que sin duda requiere de profesionistas eficientemente capacitados en el área jurídica, que en buenas condiciones de salud contribuyan al progreso y bienestar de nuestro país.

En el diseño de talleres o programas de intervención para la prevención de enfermedades cardiovasculares en el abogado postulante y los funcionarios públicos encargados de la administración de justicia, es importante promover adecuadas formas de afrontamiento que respondan a las exigencias del medio jurídico; incluir estrategias de actuación sobre la reestructuración cognitiva del comportamiento tipo A; hacer uso de información sobre los factores de riesgo tradicionales y emocionales de las enfermedades cardíacas y los beneficios que conlleva un cambio en el estilo de vida del abogado postulante, que no necesariamente afecte el desempeño exitoso y productivo en el campo laboral del abogado.

La creación de conciencia y conocimiento respecto de las particularidades de su comportamiento y los pensamientos automáticos y las creencias irracionales sobre las consecuencias de los eventos, su formación profesional rígida, su contexto laboral altamente competitivo, los riesgos que llevan a desarrollar enfermedades cardíacas y su posterior modificación mediante su reestructuración cognitiva. El empleo de técnicas como la relajación; resolución de problemas; imaginería positiva y negativa; administración del tiempo; entrenamiento asertivo; entre otras, son herramientas útiles en el diseño de programas de prevención o intervención cuyo objetivo sea la sensibilización respecto de los riesgos de desarrollar una enfermedad del corazón, la detección y cambio de pensamientos irracionales, reducir el uso de respuestas tipo A y su sustitución por estrategias alternativas que disminuyan efectos patógenos sobre el aparato cardiovascular del tipo A, sin que ello menoscabe la obtención de resultados exitosos y productivos en el trabajo jurídico.

- Para ello el modelo de intervención psicológica cognitivo conductual cuenta con elementos importantes que proporcionan la posibilidad de elaborar desde programas breves de prevención primaria para la informar y sensibilizar a las personas de los riesgos de enfermedad cardíaca, hasta aquellos en los que se tenga como objetivo la intervención clínica formal donde se promuevan cambios profundos en el comportamiento y el estilo de vida saludable para el sistema cardiovascular.

Además, ofrece herramientas útiles y apropiadas a la formación académica y el ambiente laboral que refuerza en el profesionista jurídico dedicado al litigio a manejarse de forma estricta y disciplinada en el mundo del *deber ser*, lo cual cognitivamente también lo obliga a tener pensamientos y exigencias absolutas de tremendismo con tendencia a resaltar en exceso lo negativo, condenación y baja tolerancia a la frustración. Por esta razón, en los programas elaborados bajo un modelo cognitivo conductual dirigido a estos profesionistas es importante tomar importancia sobre el tipo de pensamientos automáticos que prevalecen de forma general en las

personas tipo A dedicadas al litigio, ya que es una fuente importante de malestar emocional como la ira, la hostilidad, la agresividad y la impaciencia, entre otras, y su consecuente impacto fisiológico nocivo para la salud del organismo. Pensamientos absolutos y catastróficos que de acuerdo con la terapia racional emotiva, constituyen exigencias dogmáticas absolutas sostenidas en creencias irracionales de la persona sobre los acontecimientos, que le generan un malestar emocional y su impacto fisiológico en el organismo, que incrementan el riesgo de adquirir y desarrollar un padecimiento cardiovascular y necesitan de un tratamiento que promueva un cambio de creencias irracionales dirigido, entre otras cosas, al bienestar emocional y físico de las personas.

Las diferencias individuales existentes entre las personas, son un factor importante a considerar al momento de diseñar un taller o programa de intervención para la reducción de padecimientos cardiovasculares, toda vez que la aplicación y resultado de los mismos dependerá de la forma individual en que cada sujeto responda, y de las habilidades con que cuente para la reestructuración cognitiva y modificación conductual de su estilo de vida laboral.

Referencias

- Alchourrón, C. y Bulygin, E. (1997) *Sobre la existencia de las normas jurídicas*. México: Fontamara.
- Badenes Gasset, R. (1997) *Conceptos fundamentales del derecho*. 11ª ed. Barcelona: Marcombo Boixareu Editores.
- Barling, J. y Boswell, R. (1995) Work performance and the achievement-strivings and impatience-irritability dimensions of Type A behavior. *Applied Psychology an International Review*, 44 (2), 143-153.
- Bermúdez, J.; Sánchez-Elvira, A y Pérez, A. (1991) Medidas del patrón de conducta tipo A en muestras españolas: datos psicométricos del JAS para estudiantes. *Boletín de Psicología*, nº 31, 41-77.
- Buceta, J. M.; Bueno, A. M. y Mas B., editores (2000) *Intervención psicológica en trastornos de la salud*. Madrid: Dykinson.
- Buceta, J. M.; Bueno, A. M. y Mas, B. editores (2001) *Intervención psicológica y salud: control del estrés y conductas de riesgo*. Madrid: Dykinson.
- Byrne, D. G. y Reinhart, M. I. (1995) Type A behavior in the Australian working population. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 29 (2), 270-277.
- Blood, M. (1969) Work values and job satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, 53, 456-459
- Casamadrid Pérez, M. E. J. (1989) *Infarto del miocardio: Opción o designio*. Tesis de doctorado en psicología clínica. Facultad Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Chesney, M. A. (1983) Occupational setting and coronary-prone behavior in men and women. En T. M. Dembroski y cols. (eds.). *Biobehavioral bases of coronary heart disease*. Basilea: Karger.
- Couture, E. J. (2004). *Los mandamientos del abogado*. 2ª ed. México: Miguel Angel Porrúa.

- Davis, M.; Mckay, M y Eshelman, E. R. (2005) *Técnicas de autocontrol emocional*. 4ª ed. Barcelona: Martínez Roca.
- Estadísticas de Salud de las Américas. Edición de 2006. Organización Panamericana de la Salud.
http://www.paho.org/spanish/DD/AIS/HSA2006_ST.pdf. 8 de febrero de 2008.
- Ellis, A. y Abrahms E. (1980). *Terapia racional-emotiva (TRE). Mejor salud y superación personal afrontando nuestra realidad*. México: Pax-méxico.
- Friedman, M. y Rosenman, R.H. (1974). *Type A behavior and your heart*. Nueva York: Knopf.
- García Martínez, J. M. A. y Berrios Martos, M. P. (1999) El significado del trabajo en personas con patrón de conducta tipo A. *Psicothema*, 1999. Vol. 11, nº 2, 357-366
- Iacovella, J. y M. (2003) La hostilidad y su relación con los trastornos cardiovasculares, *Revista PSICO-USF*. Jan/Jun. 2003, 55-64
- Informe de Proyecciones de la Población de México, 2000-2050. INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. CONAPO, 2002. www.ss.gob.mx. 14 de junio de 2007.
- Informe sobre la salud en el mundo 2006. *World Health Statistics, 2006*. <http://www.who.int/whosis/whostat2006.pdf>. 14 de junio de 2007.
- Informe sobre la salud en el mundo 2007. *World Health Statistics, 2007*. <http://www.who.int/whosis/whostat2007.pdf>. 14 de junio de 2007.
- Ivanicevich, J. M. y Matterson, M. T. (1985) *Estrés y trabajo: Una perspectiva gerencial*. México: Trillas.
- Kimivaki, M.; Kalimo, R. y Julkunen, J. (1996) Components of type A behavior pattern and occupational stressor-strain relationship: Testing different models in a sample of industrial managers. *Behavioral Medicine*, 22 (2), 67-76.
- Krantz, D.S., Glass, D.C. y Snyder, M.L. (1974). Helplessness, stress level, and the coronary-prone behavior pattern. *Journal of Experimental Social Psychology*, 10 (3), 284-300

- Lazarus, R. S. (2000) *Estrés y emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1991) *Estrés y procesos cognitivos*. México: Planeta: Roca.
- Linford Rees, W. (1974) Factores de Ansiedad en la asistencia global al enfermo en el terreno limítrofe entre medicina general y psiquiatría. *Actas del simposio celebrado en el hospital de S. Lucas, Amsterdam, Países Bajos*, 31 de marzo de 1973. Excerpta Médica.
- Meichenbaum, D. (1987) *Manual de inoculación de estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- Morello, A. M. (1999) *Los abogados*. 2ª ed. Buenos Aires: Abeledo-Perrot.
- Mudrack, P. E. (1993) The protestant work ethic and type A behavior: Overlap or orthogonality? *Personality and Individual Differences*, 14 (1), 261-263.
- Oblitas Guadalupe, L. A. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thompson.
- Ochoa Sánchez, M. A.; Valdés Martínez, J. y Veytia Palomino, H. (2002) *Derecho Positivo Mexicano*. 2a ed. México: Mc Graw Hill.
- Organización Panamericana de La Salud. Organización Mundial de la Salud. 40.a SESIÓN DEL SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO. *Washington, D.C., 20 al 22 de marzo de 2006*. 14 de junio de 2007.
- Prochaska, J. & Di Clemente, C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 19, 276-288.
- Sender, R.; Valdés M.; Riesco N. y Martín M. J. (1993) *El patrón de conducta tipo A y su modificación terapéutica*. Barcelona: Martínez Roca.
- Sorensen, G.; Jacobs, D. R.; Pirie, P. y Folsom, A. (1987) Relationships among type A behavior, employment experiences, and gender: The Minnesota Heart Survey. *Journal of Behavioral Medicine*, 10 (4), 323-336.

- Strube, M. J. y Werner, C. (1985) Relinquishment of control and the type A behavior pattern. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48 (3), 688-701
- Wheatley, D. (1985) *Estrés y el corazón: Interacciones entre el sistema cardiovascular, el comportamiento y las drogas psicotrópicas*. México: Compañía Editorial Continental.